

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas. León
Post Grado en Epidemiología y Salud



Tesis para optar al Título de:
“Master en Salud Pública”

Estilos de Vida y Salud en adolescentes que estudian en el Instituto Técnico “Luis Bogran”. Comayagüela, Honduras. Marzo 2014 – Marzo 2015.

Presentada por:
Lic. Gloria Argentina Escobar Meza
Dra. Iliana Guadalupe Morales Hernández

Tutora:
Dra. Patricia Cortés Flores.
Máster Salud Pública y Epidemiología.

Septiembre, 2015.
León, Nicaragua.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios la sabiduría, el entendimiento y la perseverancia del que me ha hecho acreedor en cada aspecto de mi vida personal y estudiantil.

A mis padres (QDDG) por su esfuerzo y apoyo en todo momento para el logro de mis metas

A mi esposo e hijos (a) por su apoyo y comprensión en todo momento

A los estudiantes del Instituto Luis Bogran, personal docente, y administrativo por su colaboración y disponibilidad los cuales proporcionaron datos que contribuyeron a la aplicación de encuestas y de esta manera facilitarme información de valiosa utilidad para el desarrollo de esta investigación.

Un profundo Agradecimiento para la universidad de León Nicaragua en la que aprendí las mejores enseñanzas.

A mis maestros, en especial a la Dra. Patricia Cortez y al Dr. Néstor Castro, por sus consejos y por compartir desinteresadamente sus amplios conocimientos y su experiencia.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar los estilos de vida y salud de los adolescentes que estudian en el Instituto Técnico Luis Bogran, Comayagüela, M.D.C., en 152 adolescentes, en edades de 14-19 años.

Se aplicó un cuestionario que midió variables demográficas, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco, drogas, práctica sexual, actividad física, antecedente Familiar de enfermedad crónica, estado nutricional. Se tomó la presión arterial, medidas antropométricas e índice de masa corporal.

El 87.5% son masculinos, 12.5 % femeninos. Residen en la zona urbana. Consumen bebidas carbonatadas, energizantes, comidas rápidas, dulces y golosinas, 32% tiene antecedente de fumado, 8% de masculinos son fumadores activos. 5 % ha consumido droga, 35 % consumen alcohol de 1 a 2 veces por mes, 81.13% en ocasión especial en mayor consumo entre los 15 a 17 años. El 23.02 % (35) tienen relaciones sexuales, 20% (7) no utilizo condón, con más de una pareja. Según índice de masa corporal el 12.7 % de los masculinos y 26.3% tiene sobrepeso y obesidad, 15.7 % de mujeres y 6.7 % de varones tiene obesidad abdominal, 73.2 % presentan antecedente familiar de enfermedad crónica, diabetes 54.4 %, hipertensión 44.46 %, 16.44 % no realiza actividad física, 3.3 % presenta valores tensionales elevados.

Los comportamientos influyen en el estado de salud tanto física como mental de los adolescentes, los hábitos alimenticios, fumar, alcohol, drogas, sedentarismo, el abuso de sustancias, conducta sexual de riesgo. Constituyen los principales factores de riesgo de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta.

Palabras clave: Estilos de vida; adolescentes, factores de riesgo, estado de salud.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
III.	OBJETIVOS	7
	Objetivo General.....	7
IV.	MARCO TEÓRICO	8
	4.1 Promoción para la salud	10
	4.2 Factores De Riesgo	12
	4.3 Factores Protectores.....	16
V.	DISEÑO METODOLÓGICO	27
	Procesamiento y análisis de datos.....	32
VI.	RESULTADO.....	35
	Tabla No.1.....	35
VII.	DISCUSIÓN.....	47
IX.	RECOMENDACIONES.....	55
XI.	ANEXOS.....	59
	i. INSTRUMENTO	59
	ii. CROQUIS UBICACIÓN INSTITUTO LUIS BOGRAN.....	68

I. INTRODUCCIÓN

La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. ^{(1) (2) (3)}

Por estilo de vida entendemos “los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados por conductas positivas o negativas influenciadas genéticamente o por el entorno en donde vivimos. ^{(1) (2) (3)}

La mayoría de los países a nivel mundial se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, la cual se caracteriza por el cambio de enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles. ⁽³⁾ Es bien conocido que un cambio a estilos de vida saludables (EVS) disminuye la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales son consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la principal causa de mortalidad y discapacidad mundial. ⁽⁴⁾ Las ECNT son la causa de alrededor del 60% de las muertes, de las cuales el 80% ocurren en países de bajos y medianos ingresos. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en el 2008, 36 millones se debieron a ECNT, principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y enfermedades pulmonares crónicas. ⁽⁴⁾ Se estima que en el 2030 la proporción del total mundial de defunciones son debidas a enfermedades crónicas llegará, al 70% y la carga mundial de morbilidad al 56%.

La OMS ha publicado un mapa global de las enfermedades no transmisibles, con datos de 193 países de distintos ingresos. ^{(4) (5) (6)}

En Centroamérica el perfil epidemiológico indica que las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) ocupan los primeros lugares en las tasas de mortalidad, observándose que la tendencia ascendente de mortalidad por estas enfermedades, ya supera a las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles.^{(7) (8) (9)}

En Honduras las ECNT representan 16.6% del total de defunciones en hombres y 14.4% en mujeres, la prevalencia de hipertensión arterial es de 33.7%, sobrepeso 50.1% y glucosa elevada en sangre 7.5%. Las ECNT tienen su origen en hábitos que pueden ser modificados, entre los que cabe destacar el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo. Actuando sobre los factores de riesgo prevenible puede disminuir la carga que implica esta epidemia moderna. Por otra parte, se ha observado que muchas de estas enfermedades tienen su origen en la adolescencia por la adopción de estilos de vida no saludables y conductas de riesgo.^{(10) (11)}

En Honduras son escasas las publicaciones sobre estilos de vida saludables (EVS) y existen pocos datos sobre el impacto de la transición epidemiológica en su población. Conscientes de la problemática de estilos de vida no saludable, se estudian las características, y factores asociados a conductas de riesgo en los estudiantes de secundaria.^{(10) (11) (12)}

Estos datos nos indican que uno de cada tres adolescentes tiene algún tipo de problema de salud crónico, sumado a ello, se encuentra el inicio de su sexualidad precoz en algunas veces no protegida, consumo de alcohol y tabaco, accidentes, situaciones de violencia, enfermedades infecciosas y mala nutrición, los cuales condicionan decisivamente su salud y calidad de vida.

Siendo Las enfermedades crónicas no transmisibles la nueva amenaza que acecha a la población y no discrimina sexo, raza, edad, por lo cual estos cambios representan una involución del estilo de vida de las personas y las generaciones subsiguientes, fenómenos como el sedentarismo, provocado por la mecanización y automatización del

transporte y una drástica reducción de la actividad física, tienen adversas consecuencias sobre un organismo como el cuerpo humano, a padecer enfermedades que atentan contra la vida a corto y largo plazo.⁽¹³⁾

Los programas de intervención deberían enfatizarse en ayudar a tomar conciencia de que un esfuerzo personal por mejorar el estilo de vida va a resultar rentable, no sólo por sus repercusiones positivas en la salud física sino también en la psicológica, mejorando la autoestima y desarrollando el potencial humano.^{(14) (15)}

El presente estudio de investigación tiene como objetivo principal determinar el estilo de vida y la salud de los adolescentes del área urbana con un nivel académico diversificado que estudian en el instituto técnico Luís Bográn en el periodo de marzo 2014 a marzo del 2015.

Antecedentes

El estudio del estilo de vida y salud se ha llevado desde varias ramas de las ciencias sociales, comenzando por antecedentes importantes.^{(12) (13)} El autor Schwartzmann en el 2003, antecede al primer planteamiento tomando en cuenta la calidad de vida relacionado con la salud, que en esencia sería que las personas reconozcan su estado de bienestar físico, social, mental, y espiritual, dependientes de valores y principios, en un contexto personal.⁽¹⁴⁾ Arrivillaga y Salazar (2005) tocaron el tema del estilo de vida de jóvenes latinoamericanos, a partir de un estudio de tipo no experimental, descriptivo y transversal.

Sobre la educación están las investigaciones de Häkkinen, Järvelin, Rosenqvist, Gunnar y Laitinen, 2006, y refiere a que la educación repercute ampliamente en el estilo de vida de la población. Sin embargo, el estudio sobre educación, estilo de vida y salud (Escardíbul y Calero, 2006), analiza los efectos de la educación sobre el consumo de alcohol y tabaco.⁽¹⁵⁾

Otra investigación fue realizada por Mendoza, Batista y Rubio (2005), sobre el desarrollo de estilos de vida en adolescentes escolarizados. Por otra parte, está la investigación de Sanabria, González y Urrego (2007), la cual tuvo como propósito conocer los estilos de vida saludable en profesionales de la salud. El estudio hecho por Regidor, Gutiérrez, Banegas, Domínguez y Rodríguez en ese mismo año, trataba de la influencia a lo largo de la vida de las circunstancias socioeconómicas, de la inactividad física y de la obesidad sobre la presencia de síndrome metabólico. ⁽¹⁶⁾

Como conclusión podemos extraer que hay dos visiones que implican en la forma de actuar de las personas en cuanto al estilo de vida. Los investigadores retomaron dos enfoques importantes, en la manera en la que ellos las clasificaron.

El enfoque número uno sería el evitar hábitos no saludables, siendo esto responsabilidad total de la persona. En un segundo enfoque está la salud relacionada a lo socioeducativo y personal, que implica tener una cultura de la salud para determinar cómo actuar, vivir como individuo y lo que se debe hacer para mejorar el estilo de vida. ⁽¹⁷⁾

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la adolescencia se producen una serie de cambios importantes que permiten al niño convertirse en adulto. En esta etapa de la vida, los adolescentes deberán hacer frente a una serie de contradicciones, confusiones y constantes luchas entre dependencia económica de sus progenitores, independencia en sus actuaciones y la auto confirmación, como ser la pertenencia a grupos, necesidad de afecto y seguridad entre otros. ⁽¹⁾

Los cambios físicos incluyen, el crecimiento corporal, el desarrollo sexual, la capacidad reproductiva y el inicio de relaciones sexuales.

Los cambios psicológicos, se relacionan con la necesidad de independencia y la búsqueda de su identidad lo que origina situaciones conflictivas con los padres, contradicciones con las normas de conducta establecidas por la sociedad, fluctuaciones del estado de ánimo y de las relaciones interpersonales. ⁽²⁾

Las relaciones sexuales a temprana edad, sin protección y con múltiples parejas constituyen una de las conductas de riesgo que más afectan a las adolescentes, por un lado el embarazo no deseado que termina abruptamente las vivencias de la niña, y por otro el aumento en la transmisión de las infecciones de transmisión sexual. ^{(3) (4) (5)}

En este sentido la educación sexual juega un papel fundamental por lo que en países en vías de desarrollo es necesario incluirla en la currícula nacional de educación como un eje transversal que brinde a los adolescentes los conocimientos adecuados, que les permitan entender las ventajas de retardar el inicio de las relaciones sexuales y en caso de hacerlo tempranamente actuar de forma responsable y segura. ⁽⁵⁾

Según el reporte del observatorio interamericano sobre drogas, (OID) la prevalencia en el consumo de alcohol y drogas como la marihuana, cocaína y sus derivados ha aumentado considerablemente en América Latina y el Caribe.

Así que la problemática que deteriora el estilo de vida de los adolescentes es multifactorial. ⁽⁶⁾ La obesidad como fenómeno global que afecta a todos los grupos socioeconómicos, independientemente de la edad, sexo y etnia. Tiene una etiología compleja, en la que influyen factores genéticos, neuroendocrinos, metabólicos, psicológicos, ambientales, culturales y socioeconómicos.

Diversos estudios han identificado que este último factor influye en la aparición de factores de riesgo cardiovascular, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾

Esta problemática conlleva al planteamiento de la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Prevalencia de Estilos de Vida y efectos en la salud de los adolescentes que estudian en el Instituto Luis Bogran de Comayagüela, Francisco Morazán Marzo 2014 – Marzo 2015

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar los Estilos de vida y salud de los adolescentes que estudian en el Instituto Técnico Luis Bogran, de Comayagüela.

Objetivos Específicos;

- 1) Definir las características socio-demográficas de la población en estudio.
- 2) Identificar los estilos de vida de los adolescentes.
- 3) Identificar los antecedentes familiares de enfermedades crónica no transmisibles en estos adolescentes.
- 4) Estimar la relación entre estilos de vida y estado de salud de los adolescentes.

IV. MARCO TEÓRICO

Es primordial conocer lo que se entiende por Salud, definir el concepto de salud no es una tarea fácil por los múltiples elementos que lo determinan. A lo largo de la historia se encuentra una multitud de definiciones, que generalmente obedecen a las características propias de cada momento histórico. ⁽¹⁾

A partir de 1956, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Esta definición de salud incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados. ⁽¹⁾

El término estilo de vida tiene muchas definiciones en el área de la salud pública, algunos la definen como “...patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas”. De acuerdo a esta definición, los estilos de vida no estarían determinados por otros factores ajenos al individuo como el social, económico, cultural, geográfico, entre otros ^{(1) (2)}.

La OMS lo define como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características de las personas. En el comportamiento de una persona, se da lugar a patrones de conducta que pueden ser beneficiosos o perjudiciales para la salud, estructurando un estilo de vida al que puede denominarse saludable en la medida que la elección que realizan los individuos y comunidades entre las alternativas a su alcance, fomenten su salud. Así, los Estilos de Vida que se practiquen determinan en cierta medida el grado de salud que se tiene y tendrá en el futuro. ^{(1) (2)}

La forma en que el hombre trabaja y descansa, sus hábitos nocivos, si los tiene, su relación con el medio ambiente y con el contexto en que se desenvuelve, determina en gran medida el proceso salud-enfermedad. Es importante tener en cuenta, que así como no hay un estado ideal de salud, no hay un estilo de vida “óptimo y único” para todo el mundo, puesto que aspectos como la cultura, el ambiente del hogar, el trabajo,

los ingresos económicos, la edad, las capacidades físicas individuales y el estado de salud, influyen en el modo de vida y en la calidad de ésta, haciendo que algunos estilos de vida se acerquen más a lo “saludable” en tanto que otros se alejan de dicho propósito. ^{(1) (2)}

Por estilo de vida entendemos “los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados.” y el patrón de comportamientos relativamente estable de los individuos o grupos que guardan una estrecha relación con la salud, También es aquel conjunto de pautas y hábitos que son cotidianos y demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones constantes y se constituyen en factores de riesgo o de protección para la salud. ^{(1) (2)}

Dicho estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de auto cuidado, que contrarrestan los factores nocivos” ⁽³⁾

Alcanzar dicho estilo de vida saludable sólo es posible cuando se cuenta con los conocimientos, se tiene la oportunidad y ante todo, la voluntad de hacerlo, que es lo que en realidad determina el auto cuidado del individuo.

“El auto cuidado son las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, salud, bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que se presentan” Este es indispensable para la vida y si falta produce la enfermedad o la muerte. ⁽³⁾ Es de tener en cuenta, que en el auto cuidado la educación es un aspecto importante, puesto que a través de ella se pueden modificar conductas inadecuadas, fomentando comportamientos de vida sana.

Por tal razón la adopción de estilos de vida saludables está ligado al concepto de educación en salud, que para la OMS es “un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas de estilos de vida saludables”. ^{(3) (4)}

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcado dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, tal vez el momento clave o el inicio de esta tendencia fue en el año 2004.

Se generó por una declaración de la organización mundial de salud, para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo. ⁽⁴⁾ Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida: Seguridad social en salud y control en factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, stress y algunas patologías como hipertensión y diabetes. ⁽⁴⁾ El tema de estilos de vida saludable, va incorporado o va de la mano a la salud preventiva que es la encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos médicos. Esta prevención primaria comprende:

4.1 Promoción para la salud

La promoción de la salud como estrategia de la nueva salud pública surgió como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública. En Ottawa, Canadá, se celebró en 1986 la Primera Conferencia internacional de la Promoción de la salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la " Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". En esta se llegó a una definición consensuada de promoción de salud: El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. ⁽⁵⁾

Se entiende por determinantes al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones. ⁽⁵⁾

La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos de modificar las condiciones sociales, ambientales, económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo, la educación para la salud. ⁽⁵⁾

Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir sanamente ⁽⁵⁾.

En la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida y multi causalidad son responsables de gran parte de la morbimortalidad y del déficit en calidad de vida. Igualmente, los determinantes sociales, son parte fundamental del origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual. ⁽⁶⁾

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud que aborda no solamente la transmisión de la información sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. ⁽⁶⁾

La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales, que influyen en la salud, sino también lo que refiere a los factores de riesgo, y comportamiento de riesgo, además del adecuado uso del sistema de estructura sanitaria. ⁽⁶⁾ Los estilos de vida no saludables en un individuo conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias, entre otras.

Transformándose en factores de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades llamadas por la OMS como las “enfermedades de los estilos de vida”.⁽⁶⁾

4.2 Factores De Riesgo

Alimentación Inadecuada

La alimentación basada en comidas rápidas, ricas en grasas, azúcares con alta densidad energética, y escasos nutrientes y fibras, ha llevado a un aumento significativo de los casos de obesidad y dislipemias así como de diabetes tipo 2 e hipertensión. Estos elementos constituyen el Síndrome metabólico.

Una dieta sana debe tener presente alimentos ricos en fibra (pan integral, frutas, verduras, legumbres, frutos secos) y una proporción global adecuada de hidratos de carbono (50%), grasas (30%) máximo, no debiendo superar las saturadas el 8% - 10%) y proteínas (15%). Una dieta con excesivas calorías o con exceso de grasas o hidratos de carbono conduce a la obesidad, sobre todo en ausencia de una práctica adecuada y regular de ejercicio.⁽⁶⁾

Efectos del consumo de refrescos gaseosos

Los ingredientes de las gaseosas pueden ser nocivos para la salud. Entre los ingredientes “conocidos” de la misteriosa fórmula secreta Coca Cola se encuentra el ácido fosfórico, utilizado como aditivo, que además de ser uno de los anticorrosivos favoritos de los mecánicos, (utilizado para limpiar motores, defensas, entre otros), en el cuerpo provoca desmineralización ósea, esto significa que no permite la adecuada absorción de calcio en el organismo, debilitando los huesos y por tanto incrementándose la posibilidad de tener fracturas.⁽⁷⁾

Los refrescos de cola no tienen ningún valor nutritivo, no contienen vitaminas, proteínas ni minerales y sí gran contenido de endulzantes y aditivos como conservadores y colorantes. Además, la combinación de este ácido con azúcar refinada y fructuosa

dificulta la absorción de hierro, lo que puede generar anemia y mayor facilidad para contraer infecciones, principalmente en niños, ancianos y mujeres embarazadas.

Sedentarismo

Se define generalmente como la "falta de actividad física o inactividad física". Con esta definición se describe más bien una conducta o un estilo de vida. Produce una disminución en la eficiencia del sistema cardiovascular (corazón y circulación sanguínea), una disminución y pérdida de masa ósea y muscular, aumento de peso, aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial. ⁽⁷⁾

Tabaco

El tabaco es una planta herbácea anual o perenne, cuyas hojas preparadas convenientemente, se fuman, se aspiran o se mascan. Sus hojas contienen un alcaloide (nicotina), en cantidades variables que van de 0.2 al 5% según la especie que excita el Sistema Nervioso Vegetativo.

La nicotina, es un alcaloide líquido, incoloro, volátil presente en las hojas del tabaco, aunque se puede producir sintéticamente. Este alcaloide se absorbe fácilmente en las vías respiratorias, mucosa bucal y piel. Por ser una base relativamente fuerte, su absorción en el estómago es limitada, no así a nivel intestinal. ⁽⁷⁾

El contenido promedio de nicotina en los cigarrillos se calcula en 8 a 9 mg. Sobre la duración del efecto este es más largo en el tabaco de mascar debido a que el alcaloide se absorbe con mayor lentitud que la inhalada. Su vida media 6 horas después de su inhalación o administración parenteral es de 2 horas aproximadamente y se excreta, al igual que sus metabolitos, por vía urinaria.

La nicotina también puede excretarse por la leche materna, llegándose a detectar hasta 0,5 mg de nicotina por litro en la leche de las grandes fumadoras. Acciones que tiene el alcaloide en los diversos sistemas del organismo. ⁽⁷⁾

En el Sistema Nervioso Periférico estimula de manera transitoria a todos los ganglios autonómicos, para luego deprimirlos de manera persistente. Sobre el Sistema Nervioso

Central actúa estimulándolo; a dosis apropiadas produce temblores y va seguido de convulsiones a dosis elevadas.

En el sistema cardiovascular suele producir aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Los efectos sobre el sistema digestivo se deben a la estimulación parasimpática que llevan al incremento de la actividad motora del intestino con las consiguientes náuseas, vómitos y diarrea.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud, hace mención a la asociación causal entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, bucal, laringe, faringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Además señala que el humo colateral del cigarrillo contiene mayor concentración de carcinógenos que el humo central, incrementando el riesgo de cáncer en fumadores pasivos. Igualmente, se ha demostrado que el humo del tabaco contiene más de 3.900 compuestos químicos, y en las hojas más de 2.500, la mayoría de estas sustancias son carcinógenas.⁽⁷⁾

Alcohol

El tipo de alcohol involucrado en las bebidas es el etanol. Sobre el etanol se afirma que su absorción es rápida en el estómago, intestino delgado y colon; alcanzando una concentración máxima en sangre a los 30 a 90 minutos. Esto depende de la presencia de alimentos en el estómago que retardan su absorción. Una vez absorbido, se distribuye con uniformidad por todos los tejidos y líquidos del cuerpo, incluso a través de la placenta. La tasa promedio de su metabolización es de 120 mg/kg por hora; cerca de los 30 ml en 3 horas.

Su oxidación se produce a nivel del hígado. El etanol es un depresor del Sistema Nervioso Central, afectando en primer lugar los procesos mentales de capacitación y experiencia previa; luego se pierde la memoria, la concentración y la intuición que conllevan a trastornos de la personalidad y arranques emocionales. En casos de intoxicación grave se puede llegar a estados de anestesia general, incluso con compromiso de la respiración.⁽⁷⁾

Sobre el sistema cardiovascular, el etanol a bajas dosis, genera pequeñas variaciones en la presión arterial, gasto cardíaco y fuerza de la contracción miocárdica. A dosis moderadas, causa vasodilatación a nivel cutáneo dando como resultado una piel caliente y enrojecida debido a que se intensifica el flujo sanguíneo cutáneo y gástrico produciendo la sensación de calor, incluso con incremento de la sudoración, reduciendo la temperatura corporal interna. ⁽⁷⁾

Sobre el músculo estriado reduce la percepción de fatiga e incrementa al trabajo muscular. Por otro lado, a nivel del tubo digestivo, el etanol suele estimular las secreciones gástricas y salivales al estimular las terminaciones sensoriales del estómago y boca. A concentraciones altas en el estómago (40% o más), produce gastritis erosiva. ⁽⁷⁾

El consumo habitual de grandes cantidades de etanol puede causar estreñimiento y diarrea. En cantidades moderadas, no influye en la acción motora del colon, pero su ingesta hasta la intoxicación resulta en la interrupción de las funciones secretoras y motoras del tubo digestivo, retrasándose la absorción y produciéndose piloropasmo y vómito. Igualmente, contribuye en la producción de lesiones en el esófago y duodeno a la vez que es el factor causal de la pancreatitis aguda y crónica debido al aumento de la secreción y a la obstrucción del conducto pancreático.

Sobre el hígado, la ingesta aguda y moderada produce pocos cambios duraderos en la función hepática; pero su consumo regular conlleva a efectos adversos relacionados con la dosis (hepatitis alcohólica y cirrosis).

En el riñón, inhibe la hormona antidiurética y reduce la resorción tubular renal del agua incrementando la diuresis dependiendo de la concentración sanguínea del alcohol. Hematológicamente, el alcohol interfiere con el metabolismo y transporte de folato así como su almacenamiento en el hígado, ocasionando anemias sideroblástica y megaloblástica, efectos reversibles con la abstinencia. También hay depresión de la migración de leucocitos hacia zonas inflamadas lo que explicaría la mala resistencia de los alcohólicos a la infección. ⁽⁷⁾

4.3 Factores Protectores

Alimentación Saludable

Uno de los beneficios de comer saludablemente es el tener energía durante todo el día, conseguir las vitaminas y minerales que se necesitan, el mantenerse fuerte para realizar deportes y otras actividades, y el de mantener un peso que sea el mejor para el cuerpo, por lo que hay que prevenir hábitos de alimentación que no sean saludables como la comida rápida.

El consumo de comida rápida suele relacionarse con la obesidad, las enfermedades del corazón, la diabetes tipo II y las caries. ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾

Ejercicio Físico

En relación con el ejercicio físico, es conveniente establecer diferencia con la actividad física, que es definida por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1995) como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia”;

Por su parte, la National Library of Medicine (2002) la define como el estado de permanecer en actividad o como acción o movimientos enérgicos. Por otro lado, el ejercicio físico es definido por Caspersen (citado por González et.al. 2001), como una categoría de la actividad física, específico, libre y voluntario, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar o mantener una o más de las cualidades biomotoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo. ⁽⁷⁾

Además se ha demostrado la importancia del ejercicio físico para el control del peso, reducción del colesterol, mantenimiento adecuado de la glucosa en la sangre, la disminución del riesgo de enfermedad coronaria, hipertensión arterial y muerte súbita, y se está estudiando la influencia favorable que pueda ejercer en enfermedades orgánicas como la diabetes, osteoporosis, hipertensión, alcoholismo, tabaquismo, y enfermedades mentales como la depresión, ansiedad, psicosis, retraso mental. ⁽⁸⁾

Al igual que el comer saludablemente es importante para la salud, el ejercicio físico también nos ofrece beneficios como por ejemplo: -Incrementa el funcionamiento del sistema cardiovascular y respiratorio para mejorar el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos. Opera cambios en la mente del hombre hacia direcciones más positivas independientemente de cualquier efecto curativo. Produciendo moderados efectos pero positivos sobre estados depresivos, ansiedad, estrés y bienestar psicológico. Aumenta la circulación cerebral, Mejora y fortalece el sistema osteomuscular, mejora el aspecto físico de la persona. ⁽⁸⁾

4.4 Enfermedades de los Estilos de Vida

Obesidad

El sobrepeso y la obesidad son una epidemia que afecta a individuos de todas las edades, sexos, razas y latitudes, sin respetar el nivel socioeconómico. Es la consecuencia de la existencia de un balance energético positivo que se prolonga durante un tiempo. ⁽⁸⁾

Al balance energético negativo, único tratamiento efectivo de la obesidad, se puede llegar incrementando la actividad física y/o reduciendo la ingesta total de energía alimentaria. Por esta razón, las acciones que se ejecuten deben estar dirigidas a desarrollar estilos de vida saludables mediante la realización de actividades físicas moderadas e intensas acompañadas del consumo de una dieta adecuada.

Si en edades tempranas no se consume una dieta variada, equilibrada y en cantidades suficientes para que aporte los nutrientes necesarios en el crecimiento y desarrollo, estaremos fomentando que el niño crezca con tendencia a ser un adulto obeso; sin embargo, nunca es tarde para adoptar nuevos estilos de vida. Aún en la etapa adulta se puede comenzar con patrones dietéticos sanos que nos protejan de la obesidad. ⁽⁸⁾

El abordaje terapéutico de la obesidad, por su naturaleza multifactorial, debe ser objeto de múltiples sectores o miembros de la sociedad. El individuo obeso como integrante de

la comunidad, requiere ser informado correctamente sobre las acciones que debe realizar para lograr y mantener el peso correspondiente a la edad, sexo, talla y de sus integrantes por las implicaciones que esto tiene para la salud de la población. ⁽⁸⁾

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial tiene relación estrecha con un estilo de vida saludable. Constituye un problema de salud, es el factor de riesgo más importante en el origen de las afecciones del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal. ⁽⁸⁾

En un reciente análisis, se asegura que la reducción de la tensión sistólica la primera cifra y mayor de las dos lecturas- en 20 mm de Hg, y de la diastólica la segunda lectura- en 5 mm de Hg, en cualquier persona podrían disminuirle a la mitad el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular o desarrollar una cardiopatía. ⁽⁹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial causa cerca del 50 por ciento de los casos de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo. La OMS estima que entre 10 y 30 por ciento de los adultos en todo el planeta tiene hipertensión arterial y entre 50 y 60 por ciento podría gozar de mejor salud si redujera sus cifras tensionales. ⁽⁹⁾

Aun cuando muchas veces la hipertensión aparece sin causa conocida, siempre resulta fácil determinar los elementos de riesgo presentes en el estilo de vida de estas personas. Para revertir este proceso en función de la salud del hombre y su calidad de vida es necesario: Llevar una dieta balanceada, evitar el consumo excesivo de sal, practicar ejercicios físicos sistemáticamente, controlar el peso corporal, renunciar al hábito de fumar, evitar las tensiones emocionales intensas y continuas, reducir o eliminar la ingestión de bebidas alcohólicas. ⁽⁹⁾

Es indudable que para continuar elevando la duración y calidad de vida de las personas, se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión. Ese reto se extiende a toda la sociedad, no sólo se concentra en el tratamiento y el control adecuados de los pacientes diagnosticados y con perfeccionar

los métodos que conduzcan a descubrir quiénes son aquellos que, sin sospecharlo siquiera, pueden estar afectando su plenitud vital por esta causa; tiene que ver también con el incremento del número de personas que asuman un estilo de vida saludable. ⁽¹⁰⁾

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad que se produce por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y en la orina, que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina para cubrir sus necesidades o bien, cuando la que se produce no se metaboliza efectivamente; es una enfermedad multi orgánica, con afectación en el sistema macro y micro vascular, que tiene como consecuencia, lesión en diferentes órganos y sistemas del cuerpo tanto a corto como a largo plazo.

El crecimiento continuo de la prevalencia de diabetes mellitus de tipo 2 en un gran número de países constituye una importante preocupación para los organismos nacionales e internacionales relacionados con la salud pública. ⁽¹⁰⁾

El actual paradigma explicativo de las causas de este aumento y las estrategias de prevención sitúan como principales responsables a los estilos de vida que adoptan los individuos, y por ello son prioritarias las intervenciones terapéuticas y educativas.

La obesidad y el sedentarismo son los factores más identificados, tanto en los medios científicos como entre la opinión pública, como las causas más destacadas de la epidemia de diabetes mellitus tipo 2. La insistencia sobre la necesidad de que los individuos adopten una alimentación saludable y practiquen ejercicio físico se ha convertido en el principal mensaje preventivo de casi todos los que se preocupan por ofrecer soluciones al problema. ⁽¹⁰⁾

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con diabetes (tanto tipo 1 como 2), la práctica de los estilos de vida cumplen una función fundamental en su tratamiento, se puede describir que el manejo y progresión de la diabetes están

ligados estrictamente con la conducta que tenga el paciente frente a su enfermedad. Es por ello que se ha establecido para el tratamiento de la diabetes, la práctica de estilos de vida saludables en la dieta, la actividad física, la vigilancia y la farmacoterapia, incluyendo a la insulino terapia y los hipoglucemiantes orales.

Dislipidemias

El término dislipidemias se define como el conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos y de los componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que implica un riesgo para la salud.

En el tratamiento de las dislipidemias, es necesario considerar que las pautas nutricionales y los cambios de hábitos constituyen el eslabón inicial y esencial de la terapéutica. Dichas modificaciones deben mantenerse en forma permanente, en tanto dure el tratamiento.

Es necesario remarcar que la sección dieta representa para la mayoría de los pacientes una prohibición de disfrutar de situaciones placenteras. Por ello son pocos los individuos que logran beneficios claros y duraderos con estas modificaciones.⁽¹⁰⁾

La adolescencia es un período crucial para la salud porque constituye una etapa donde existe un impulso natural a la experimentación de una gama amplia de nuevas actividades que pueden conducir a un alto riesgo para la salud. Uno de cada tres adolescentes tiene algún tipo de problema de salud crónico, se encuentran amenazados por el inicio de su sexualidad precoz o no protegida, por el consumo de alcohol, tabaco, por los accidentes y la situación de violencia, las enfermedades infecciosas y la mala nutrición, los cuales condicionan decisivamente su salud y su vida.

Tres factores básicos explican el bienestar psicológico

- a) la satisfacción con la vida, entendida como la evaluación positiva de la vida en su conjunto;
- b) la frecuencia individual de emociones positivas o afecto positivo;
- c) la frecuencia individual de emociones negativas a la que se denomina afecto

Negativo.

Entre las variables clásicas a considerar dentro de un estilo de vida saludable figuran la práctica deportiva, los hábitos de alimentación, el consumo del alcohol y de tabaco y también las percepciones de salud que experimentan los sujetos.

Las conductas en el marco de la salud se pueden considerar como adecuadas o inadecuadas. Ellas determinan un estilo de vida de riesgo o, por el contrario, de protección.

Las inadecuadas, denominadas patógenos conductuales –término utilizado por Becoña, Vázquez y Oblitas Guadalupe (2000) o conductas patógenas –mencionado por León Rubio (2004), son todas aquellas conductas que afectan la salud de los individuos aumentando el riesgo de enfermar y causar la muerte.

Por el contrario, las conductas adecuadas, denominadas inmunógenos conductuales o conductas inmunógenas, son todas aquellas que protegen la salud y disminuyen el riesgo de enfermar. ⁽¹⁰⁾

La carencia de la actividad física representa por sí sola un gran desequilibrio en el estilo de vida; sin embargo, a éste lo acompañan otros cambios igualmente perjudiciales sobre la salud, como una dieta saturada en grasas, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la subvaloración del cuidado médico y la indiferencia sobre el autocuidado, entre otros. ⁽¹¹⁾

Se estima que la actividad física favorece una buena salud a partir de los seis años de edad y por lo menos durante media hora diaria, lo que se constituye en un estilo de vida positivo. Los beneficios de la actividad física para los niños y las niñas son numerosos,

y se pueden clasificar, en tres categorías:

En primer lugar, están los beneficios físicos, mentales y sociales, es decir, salud durante la infancia; en segundo lugar, estos beneficios para la salud, logrados en la infancia, se transfieren a la edad adulta, lo cual puede predisponer la actividad física para la etapa adulta; y en tercer lugar, ese remanente conductual del hábito de práctica

de la actividad física se mantiene hasta la edad adulta, garantizando de esta manera la salud en esta etapa. ⁽¹¹⁾

El índice de masa corporal (IMC) es el mejor indicador antropométrico para evaluar el estado nutricional, ya que se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal, tanto en los niños como en los adultos, aunque no permite discriminar su distribución.

En los niños y los adolescentes, la circunferencia de la cintura es un buen indicador de la obesidad central, con utilidad clínica y epidemiológica. La medición de los pliegues cutáneos es difícil, además, la sensibilidad es menor que el índice de la circunferencia de la cintura.

“OMS: Declarase. La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardíacas, circulatorias, hipertensión, diabetes, artritis, entre otras, aumentando considerablemente la tasa de mortalidad. ⁽¹²⁾

Las complicaciones metabólicas y el riesgo cardiovascular de la obesidad se asocian con el porcentaje de la grasa visceral, manifestada clínicamente como obesidad central o abdominal.

Recientemente se ha comenzado a estudiar las mediciones de la cintura en los niños pre púberes y púberes de ambos sexos, y su correlación con el síndrome metabólico actual y con los riesgos de enfermedades metabólicas y cardiovasculares del adulto. ⁽¹²⁾

Lo anterior resulta de interés, ya que el sobrepeso y la obesidad, junto con los estilos de vida no saludables, como alimentación inadecuada, sedentarismo y hábitos tóxicos, representa un riesgo de desarrollar hipertensión arterial (HTA), dislipidemia y resistencia insulínica, cuyo marcador clínico más utilizado es la presencia de acantosis nigricans (lesión histológica de la epidermis con hiperpigmentación de la piel), diabetes mellitus e identificar la asociación entre el exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) y los antecedentes patológicos familiares de obesidad, diabetes gestacional, peso al nacer, lactancia materna, tiempo de lactancia materna exclusiva y edad del destete; así como identificar la presencia de HTA y su relación con el sobrepeso y la

obesidad, el incremento de la adiposidad abdominal y los antecedentes patológicos familiares de hipertensión. ⁽¹²⁾ La obesidad central se asocia con mayor riesgo cardiovascular y complicaciones metabólicas, lo que avala la importancia de detectar y tratar tempranamente este tipo de obesidad.

Este incremento marcado de la adiposidad abdominal también fue encontrado por Argote y otros, donde predominó el índice cintura-cadera > 90, Percentil sobre los demás criterios de síndrome metabólico en el grupo de adolescentes estudiados. La obesidad central identificada a partir de la circunferencia de cintura es el componente principal del síndrome metabólico, ya que es considerado un predictor independiente de resistencia insulínica, dislipidemias e HTA, por lo cual representa un factor de riesgo para la HTA. ⁽¹³⁾

Con respecto al control de la presión arterial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó la atención sobre la importancia de la medición periódica y rutinaria de la presión arterial en los niños y la detención precoz de la hipertensión arterial en la niñez. Por eso es importante pesquisar precozmente las alteraciones de la presión arterial por los antecedentes de enfermedades cardiovasculares en nuestro país, estas son responsables del 20% de los fallecimientos, lo que constituye la primera causa de muerte en los hombres mayores de 35 años y en mujeres mayores de 50 años. ⁽¹³⁾

Debido al consumo de sustancias psicoactivas surgen alteraciones biológicas, comportamentales, cognitivas y emocionales en los jóvenes consumidores, afectando su modo de vivir y de quienes los rodean. ⁽¹²⁾ Peugh y Belenko (2001), encontraron que el uso de sustancias como el alcohol y la nicotina, así como las otras drogas consideradas como ilícitas, causan efectos en el ámbito sexual, debido a la interrupción o cambio en los niveles de neurotransmisores, especialmente serotonina, norepinefrina y dopamina, que directa o indirectamente afectan el funcionamiento de varias hormonas asociadas con la activación sexual y los mecanismos fisiológicos de los órganos sexuales.

Con Respecto a la vida sexual activa, se ha documentado una prevalencia mayor de tabaquismo en adolescentes que inician las relaciones sexuales en fase temprana. En general, son los varones quienes inician a edades más tempranas su actividad sexual.⁽¹⁴⁾

En los adolescentes el consumo del alcohol se asocia muchas veces con la autodeterminación, la diversión, el ocio y la modernidad, constituyendo un elemento que da estatus en su grupo de pertenencia, lo que hace más difícil su eliminación a pesar de las consecuencias negativas derivadas del consumo excesivo.

En cuanto al rango de edad de inicio de consumo de alcohol, se ubica entre los 12-15 años en ambos sexos. Las bebidas que más consumen varones y mujeres son la cerveza y el ron.⁽¹⁴⁾

Las Conductas habituales del individuo ante el alcohol, en aspectos relacionados con frecuencia de uso semanal, cantidad diaria y abuso de la sustancia.

Estos aspectos dan lugar a 4 tipos de comportamientos: Abstinencia, consumo normal, consumo moderado, consumo excesivo:

- Abstinencia: Comportamiento de no ingestión de bebidas alcohólicas.
- Consumo normal: Comportamiento que se caracteriza por la ingestión de bebidas alcohólicas menos de 3 veces a la semana, o menos del equivalente a 100 g de alcohol por cada día de consumo y ha presentado hasta 4 estados de embriaguez al año.
- Consumo moderado: Comportamiento ante el alcohol que se caracteriza por la ingestión de bebidas alcohólicas menos de 3 veces a la semana, o el equivalente a 100 g de alcohol por cada día de consumo y entre 5 y 12 estados de embriaguez al año.
- Consumo excesivo: Comportamiento que se caracteriza por la ingestión de bebidas alcohólicas más de 3 veces a la semana con cantidad superiores a los 100 g de alcohol por cada día de consumo, o cuando excede 12 estados de embriaguez al año.⁽¹⁵⁾

En relación con el motivo de consumo por el cual los adolescentes ingieren bebidas alcohólicas, observamos que el mayor número de ellos lo hace porque estas le dan confianza y seguridad seguido del embullo o la imitación. Igualmente, nos preocupa para el trabajo de prevención del alcoholismo el hecho de que la cerveza sea el tipo de bebida con mayor frecuencia de consumo, ya que si bien requiere mayor poder adquisitivo para comprarla, también requiere de un mayor consumo para que el individuo experimente vivencias negativas de las provocadas por el alcohol, y esto la convierte en un poderoso reforzador del hábito de consumo. ⁽¹⁶⁾

En relación con el hábito de fumar y el número de cigarrillos que se consumen, se observa en el grupo de adolescentes varones que a medida se incrementa la edad o el estado de la adolescencia aumenta tanto el hábito como el número de cigarrillos consumidos; además, en aquellos que refirieron el hábito de fumar, especialmente en los de adolescencia tardía, les cuesta dejar de fumar en sitios donde está prohibido ⁽¹⁶⁾

En un estudio sobre el bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en México “con respecto a la influencia de los pares, se observó que la persistencia del consumo de tabaco entre los que tenían amigos que consumían drogas ilegales es semejante para ambos sexos y el efecto de este hábito se refleja en mantener bajo o empeorar el desempeño escolar, en especial cuando se es amigo de un compañero de escuela que consume drogas ilegales, en ambos sexos.” ⁽¹⁷⁾ Así, a los 15 años el 30% de los escolares europeos fumaron al menos un cigarrillo.

En España se aprecia un adelanto en la edad de consumo, estando situado en la actualidad en torno a los 13 años, y un incremento del porcentaje de chicas consumidoras de tabaco. ⁽¹⁷⁾

La organización mundial de la salud (OMS/WHO) define la salud sexual como “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, comunicación y el amor” (WHO 1975).

Por tanto la sexualidad se establece como un aspecto importante del bienestar integral de la persona, que incluye las diferentes dimensiones del ser humano y que no puede reducirse de forma exclusiva a la dimensión física. En este contexto se enmarca el análisis de la actividad sexual para determinar el estilo de vida de los jóvenes estudiados.⁽¹⁷⁾

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de infección de enfermedades de transmisión sexual (ITS) como el VIH (Espada- Sánchez, Quiles-Sebastián, & Méndez-Carrillo, 2003).

En primer lugar, son los jóvenes varones que presentan mayor conducta sexual de riesgo, a lo que se asocia la variabilidad de parejas sexuales en el último año. Ese es un hecho conocido, que aumenta la probabilidad de ITS por el no uso de preservativos (Espada-Sánchez, et al., 2003).^{(17) (18)}

La edad que refieren de inicio de relación sexual es para los adolescentes varones menores de los 14 años, mientras que en las siguientes etapas (media y tardía) se presenta entre los 15 a 16 años.

En las adolescentes que tienen vida sexual activa se observa el mismo fenómeno que en los varones que al aumentar en edad de la adolescencia se incrementa tener “una pareja estable”; sin embargo, a medida que se aumenta en edad se protegen menos, aunque esta diferencia no fue significativa para el grupo de las mujeres no refirieron haber padecido alguna infección de transmisión sexual, mientras que el grupo de los varones sí lo manifestó, sujetos con mayor número de parejas sexuales en el último año presentaron 6 veces más oportunidad de no utilizar condón.^{(19) (20) (21).}

V. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo transversal, periodo Marzo del 2014 hasta Marzo del 2015.

Área de estudio: Instituto Técnico Luis Bogran, Comayagüela, M.D.C., Departamento de Francisco Morazán, Honduras, C.A.

Ubicación: Colonia El Carrizal 2, Comayagüela.

El Municipio del Distrito Central está conformado por la ciudad de Tegucigalpa y Comayagüela, El Instituto Técnico Luis Bogran se encuentra ubicado en la ciudad capital de la República de Honduras.

Fundado el 15 de septiembre de 1890, decano de la educación técnica del país, de carácter oficial, administrado y financiado por el estado de Honduras, atiende una población estudiantil de 2300 alumnos entre las edades de 12 a 20 años, distribuidas en las jornadas matutina, vespertina y nocturna, en dos modalidades: Ciclo básico técnico y Bachillerato técnico industrial, tiene la modalidad del Instituto del Sistema de educación media a distancia (ISEMED) desde 1999, con ciclo básico técnico y bachillerato en administración de empresas.

En la parte académica cuenta con 164 catedráticos, especializados dentro y fuera del país en el área académica tecnológica y tecnológica.

En la estructura física tiene las siguientes instalaciones: edificio administrativo cuatro edificios de aulas, once talleres, biblioteca, siete laboratorios, módulo de consejería, canchas de futbol y básquetbol, clínica médica - odontológica y de enfermería.

Unidad de análisis: 152 Estudiantes de 14-19 años del Instituto Técnico Luis Bográn del III Curso Básico y I y II de bachillerato.

Universo: El Instituto Técnico Luis Bográn cuenta con una población de 1500 estudiantes, distribuidos en ciclo común básico y diversificado en la jornada matutina.

Muestra: fueron 152 estudiantes del total que aceptaron participar en el estudio
Distribuidos de la siguiente manera:

Ciclo Básico: 46 estudiantes

I Bachillerato Técnico: 40 estudiantes

II de Bachillerato Técnico: 66 estudiantes

Criterios de inclusión: Todos los estudiantes que estén matriculados en el instituto Luis Bogran jornada matutina comprendidos en las edades de 14 a 19 años. Que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Estudiantes que no estén en las edades descritas anteriormente. Estudiantes que el día de la recolección de la información no se presentó, o no tenían firmado el consentimiento informado por el padre o responsable.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Dicho estudio fue ejecutado con la colaboración de los estudiantes del tercer año de la carrera de Medicina cursantes de la asignatura de Servicio Social Formativo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, con la asesoría de las autoras del estudio en el Segundo periodo del año 2014. A los que se les instruyó sobre el proceso de recolección de la información durante 5 días.

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario estructurado con 26 preguntas, de las cuales 18 eran cerradas y 8 abiertas, teniendo como variables: los aspectos sociodemográficos, hábitos alimenticios, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, sedentarismo, antecedentes familiares, prácticas sexuales.

El cuestionario se validó en el instituto Luis Bogran en 10 estudiantes adolescentes que voluntariamente accedieron a participar. Se consideró a ellos por ser de similares características a la población estudiada, con la finalidad de comprobar si la encuesta estaba bien planteada, considerando las observaciones y sugerencias se realizó los cambios respectivos para su impresión final.

Previo al día de la aplicación del cuestionario se les entregó un consentimiento informado y asentimiento informado, para el padre de familia, tutor o persona encargada, la cual debía ser mayor de edad, y en dicha constancia se les explicaba detalladamente en qué consistiría el estudio, día de realización y duración del proceso, bajo supervisión por el profesor guía y un médico que labora en la clínica de salud del centro educativo, donde se explica detalladamente que el encuestado no sufriría de ningún dato físico o mental, accediendo el encargado del alumno al firmar la constancia del mismo.

Previo al llenado del instrumento se brindó orientación general sobre el procedimiento para la recolección de datos. Se procedió a la entrega de los cuestionarios dando la instrucción estandarizada para su auto aplicación, por los investigadores durante 10 minutos y se dio inicio, procediendo a la entrega de los cuestionarios el cual fue llenado de forma simultánea,

El instrumento se aplicó a 152 estudiantes comprendidos entre las edades de 14 a 19 años, Adicionalmente a cada encuestado se le realizó toma de presión arterial, medición del peso y talla para posteriormente calcular el índice de masa corporal y medición de la circunferencia abdominal.

Para la medición del peso se utilizaron 6 balanzas marca Health meter profesional calibrada en kilogramos y la talla con 6 tallimetro de pared marca Tycos calibrado en centímetros para la medición de la circunferencia abdominal se utilizaron 12 cintras métricas graduada en centímetros.

Haciéndose la medición a nivel del ombligo y la medición de caderas tomadas para determinar el índice cintura-cadera (cintura en cms/cadera cms) cuyo valor normal es menor de 0.85.

Para la evaluación del estado nutricional de la población en estudio se procedió a tomar el peso y la talla, para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC) utilizando la siguiente fórmula:

$IMC = \text{Peso (kg)}/\text{Talla al cuadrado.}$

La toma de presión arterial se hizo con 12 esfigmomanómetros y 12 estetoscopios de marca Tycos clasificando los valores obtenidos como normal (< de 120/80 mmHg), pre hipertensión (120-139/80-99 mmHg), hipertensión arterial grado I (140-159/100-109 mmHg) y Grado II (> 160/110mmHg) según el séptimo reporte del comité nacional de prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión sanguínea elevada (JNC-7)².

Para la evaluación de la presión arterial se tomó en ambos brazos, en posición sentado, con un tiempo previo de reposo de 30 minutos, sacando una media de ambos resultados.

Para la toma de estas medidas se aplicaron las normas y técnicas establecidas por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud aprobadas y aplicadas por el Ministerio de Salud Pública de Honduras.

Dicho procedimiento fue realizado durante 8 horas por 12 estudiantes de III año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras como parte de practica en la signatura de servicio social formativo y bajo la supervisión de las autoras del estudio.

Fuente de información: Primaria

Se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas.

Las variables independientes fueron: edad, sexo, peso, talla, lugar de residencia, circunferencia de la cintura, tensión arterial.

Las variables dependientes: hábitos alimenticios, actividad física, alteraciones en el peso, consumo de alcohol y drogas, hábito de fumar, prácticas sexuales, antecedentes familiares de enfermedades crónicas no transmisibles. Estado de salud de los estudiantes.

Conceptualización y medición de variables

Variab les	Definición	Dimensiones	Indicadores	Frecuencia /cantidad
Consumo de drogas del estudiante	Ingesta habitual de sustancia natural o sintética que introducida oral, nasal o intravenosa produce efectos psicotr3picos en el individuo.	Tipo de droga consumida/ Frecuencia y Cantidad de droga consumida	Si No Alcohol Tabaco Marihuana Cocaína	Cerveza de 350 ml c/u. Trago de tequila 30ml 1vez/ mes 2-3veces/mes 2-3 veces/semana Diario Ocasión especial
Ejercicio físico	Conjunto de actividades motoras y esqueléticas que mejora y mantienen la aptitud física, la salud y el bienestar de la persona	Tiempo de duración del ejercicio/tipo de ejercicio	Tiempo: 30 min. 60 + min.	Fútbol Natación Basketball Baile Voleibol Gimnasia
		Tiempo de duración del ejercicio/ Frecuencia	No. de veces por semana.	1-2 veces/semana 3-4 veces/semana 5+ veces/semana
Antecedentes Familiares	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos	Presencia de enfermedad en el 1º. grado de consanguinidad	Diabetes Hipertensión Arterial Dislipidemias Obesidad Corazón Enfermedad Cerebro-vascular Cáncer Respiratorio	Padre Madre Abuelos
Prácticas Sexuales	Comportamiento sexual de los seres humanos	Activo sexualmente/ Conductas de riesgo	Si No	
		Número de Parejas sexuales en últimos doce meses/protección sexual.	0 1 2 3 4 5 y mas	
		Uso de condón	Sí No	
Circunferencia de la cintura	Índice que mide la concentración de grasa en la zona	Circunferencia. Abdominal. medida/circunf.	102 cms en el hombre 88 cms en	Bajo riesgo:< 70cm Normal: 71-

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	FRECUENCIA /CANTIDAD
	abdominal del individuo	Abd. normal	la mujer	84cm Alto riesgo:> 85cm
Índice de masa corporal (IMC)	Medida de asociación entre el peso y talla de un individuo	Medida de peso en kg. / estatura medida en metros	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad II	< de 18.5 18.5- 24.9 25 – 29.9 30 – 34.9 35 – 39.9
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años cumplidos	14 a 19 años	14 – 15 años 16 – 17 años 18 – 19 años
Genero	Condición Orgánica, masculina o femenina diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de reproducción	Sexo	Masculino Femenino	M F
Presión arterial	Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias	Presión arterial Sistólica Presión arterial Diastólica	Normal Pre hipertensión Hipertensión 1 Hipertensión 2	<130/<85 130-139/85-89 140-159/90-99 160- 179/ 100-109
Hábitos Alimenticios	Ingestión de alimento por parte de los organismos para satisfacer necesidades alimenticias	Tipo de alimentos / cantidad consumida por día.	Tipo saludable, no saludable	Frecuencia: Nunca 1-3 veces/día 1-3veces/semana 1-2veces/mes

Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos a través del llenado de un cuestionario por los estudiantes de secundaria de la jornada matutina del Instituto Luis Bogran, se digitalizaron.

La máscara de digitalización de datos, con número 152 (ciento cincuenta y dos) encuestas, de 26 preguntas, Para esto se creó una base de datos en el programa EPI INFO versión 7.1.3, y Excel 2010.

Se realizó un procesamiento electrónico de los datos siendo procesados mediante la utilización de 2 computadoras. El procesamiento se realizó durante 2 meses por los estudiantes de III año de medicina de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, cursantes de la asignatura de servicio social formativo y las 2 personas autoras del estudio.

Para este procedimiento se instruyó a los digitadores durante un periodo de tres días. Por expertos de la unidad de investigación científica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Para la verificación de la calidad de la información y minimizar errores en la base de datos se digitalizo en pares es decir uno digita y otro dicta los datos.

Una vez finalizada la introducción de datos se tomaron varias encuestas al azar un numero de 15 para comprobar si estaban correctamente llenas se encontraron varios errores en cuanto a tamaño de letra o si era numero o letra u omisión de alguna información importante. Se realizó la limpieza de los datos garantizando la calidad de los mismos.

Luego se organizaron los datos en tablas, usando estadística descriptiva, hallando frecuencias, promedios. Se realizó análisis univariado y bivariado que permitió obtener tablas estadísticas relacionadas con frecuencias y porcentajes las cuales se estandarizaron por edad y género que demuestran la situación existente de la población estudiada.

Aspectos Éticos

El estudio está basado en los estilos de vida y su afectación a la salud en los adolescentes del sector educativo formal que estudian en el Instituto Luis Bogran Comayagüela, M.D.C., de Marzo 2014 - 2015.

Fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica (CEIB) de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH siguiendo las normas nacionales e internacionales de protección a los sujetos de estudio, los encuestados, no recibieron ningún beneficio económico, administrativo ni académico para participar en la aplicación de la encuesta.

Se les explica de manera detallada, concisa y descriptiva que no sufrirían de ningún tipo de daño en la obtención de datos, que no se les realizaría ningún procedimiento invasivo y que la aplicación de encuesta para obtención de datos sería confidencial, individual, y supervisada por la maestra guía en la clase correspondiente, asesorados por el médico del Instituto ante cualquier duda que presentaren. Además, se contó con la autorización de las autoridades del colegio, quienes también estuvieron informados sobre el fin perseguido en el estudio.

VI. RESULTADO

Tabla No.1

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran según grupos de edad y género, 2014-2015

Grupos de Edad	Femenino	%	Masculino	%	Total	%
14 - 15	10	6.58	44	28.94	54	35.53
16 -17	8	5.26	79	59.39	87	57.23
18 -19	1	0.66	10	7.51	11	7.23
Total	19	12.48	133	87.47	152	100

TABLA No. 2

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran según tipo de bebida que consume y frecuencia 2014 -2015

Tipo de Bebida	Nunca	2- 3/ sem	1-2/ día	3-4/ día	5-7/ día	8 y mas	Total	%
Agua (vaso)	3	0	46	62	28	13	149	98.03
Gaseosas	10	64	67	10	1	0	142	93.42
Energizantes	104	35	13	0	0	0	48	31.57
Fresco natural	18	45	62	16	11	0	134	88.15
Café	26	36	80	5	5	0	126	82.89

TABLA No. 3

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran según tipo de alimento que consume y frecuencia 2014 - 2015

Tipo de Alimentos	1-2 /día	+ 3 / día	1-2/ sem.	+ 3 /sem.	1-2/ mes	Nunca	Total	%
Verduras y Frutas	60	24	38	24	6	0	152	100
lácteos	70	18	35	29	0	0	152	100
Carnes blancas	26	6	82	26	11	1	151	99.34
Carnes rojas	19	1	79	27	22	4	148	97.36
Comidas rápidas	6	0	39	4	89	14	138	90.78
Pastas	22	0	91	11	25	3	149	98.02
Pan, tortilla	68	25	43	11	5	0	152	100
Dulces y golosinas	77	21	35	10	6	3	149	98.02

TABLA No. 4

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran según consumo de alcohol, tabaco, drogas en relación a edad y género

2014 – 2015

HABITO	Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total
Alcohol	14 - 15	18	13.53	3	15.78	21
	16 - 17	23	17.29	2	10.52	25
	18 - 19	6	4.5	1	5.26	7
Total		47	35.33	6	31.56	53
Tabaco	14 - 15	17	12.78	2	10.52	19
	16 - 17	33	24.81	0	0	33
	18 - 19	9	6.76	1	5.26	10
Total		59	44.36	3	15.78	62
Drogas	14 - 15	1	0.75	0	0	
	16 - 17	6	4.51	0	0	
	18 - 19	1	0.75	0	0	
Total		8	6.01	0	0	8

TABLA No. 5

**Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran según práctica de actividad física
En relación a tiempo y género 2014 – 2015**

Actividad Física	Tiempo	Femenino	%	Masculino	%	Total
SI 127 83.55 %	< de 30 Min.	1	0.78	32	25.19	33
	30 - 60 Min.	10	7.87	50	39.37	60
	> de 60 Min.	0	0	34	26.77	34
Total		11	12.5	116	87.5	127
NO 25 16.44 %	< de 30 Min.	0		0		
	30 - 60 Min	0		0		
	.> de 60 Min.	0		0		
				0		
Total		8		17		25

TABLA No. 6

Estudiantes del Técnico Luis Bogran, según práctica sexual por Edad y genero 2014-2015

Edad	Femenino				Masculino			
	Si	%	No	%	Si	%	No	%
14- 15	1	5.26	9	47.36	5	3.75	39	29.32
16-17	2	10.52	6	31.57	22	16.54	57	42.85
18-19	0	0	1	5.26	5	3.75	5	3.75
Total	3	15.78	16	84.19	32	24.04	101	75.92

TABLA No. 7

Estudiantes de Instituto Técnico Luis Bogran según parejas sexuales en el último año por edad y genero 2014 - 2015

Edad	No. de Parejas sexuales en el último año Femenino					No. de parejas sexuales en el último año Masculino					Total	%
	1	2	3	4	7	1	2	3	4	7		
14 - 15	1					2	2		1		6	17.14
16 - 17	2					14	5	3			24	68.57
18 - 19	0					2	1	1		1	5	14.28
Total	3					18	8	4	1	1	35	100

Tabla No.8

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran según Antecedente familiar de enfermedad crónica y tipo 2014 – 2015

Antecedente Familiar	Tipo de Enfermedad	Frecuencia	%
Si 111 73.03 %	Diabetes Mellitus	61	54.46
	Hipertensión Art.	50	44.64
	Dislipidemias	32	28.57
	Obesidad	25	22.32
	Cáncer	8	7.14
	Enfermedad C. Vas.	18	16.07
	Insuficiencia Cardia.	16	14.28
	Transt. Psic. y/o Ne.	7	6.25
	Problemas. Respirat.	42	37.5
No 41 26.97 %			

TABLA No. 9

Estudiantes del instituto técnico Luis Bogran según índice de masa corporal por edad y genero 2014 – 2015

IMC/Rango	Femenino					Masculino					
	Edad					Edad					
	14-15	%	16-17	%	18-19	14-15	%	16-17	%	18-19	%
Bajo peso	1	5.26				3	2.2	7	5.26	1	0.75
Normal			13	68.4		44	33	51	38.3	10	7.51
Sobre peso	4	21						11	8.27		
Obesidad 1	1	5.26						5	3.75		
Obesidad 2						1					
Total	6	31.5	13	68.4		48	36.1	74	55.6	11	8.27
		7		2					4		

TABLA No.10

Estudiantes del instituto técnico Luis Bogran según índice de circunferencia abdominal por edad y género 2014 – 2015

Edad	Femenino						Total	Masculino						total
	Bajo riesgo		Normal		Alto riesgo			Bajo riesgo		Normal		Alto riesgo		
14 – 15	0		0		2	10.52	2	34	25.56	18	13.53	0		52
16 – 17	7	36.84	9	47.37	0		16	45	33.83	17	12.78	9	6.76	71
18 – 19	0		0		1	5.26	1	5	3.76	5	3.76	0		10
Total	7	36.84	9	47.37	3	15.78	19	84	63.15	40	30.07	9	6.76	133

TABLA No. 11

Estudiantes del instituto técnico Luis Bogran según índice de masa corporal en relación al consumo de comidas rápidas y frecuencia 2014 – 2015

IMC/RANGO	Consumo comidas rápidas						Total	%
	Nunca	1-2/día	1-2/sem	2+/sem	1-2/mes	3+/mes		
Bajo peso	3		5		4		12	7.9
Normal	10	6	30	3	68	1	118	77.6
Sobre peso	1		2		12		15	9.9
Obesidad 1			1		5		6	3.9
Obesidad 2			1				1	0.66
Total	14	6	39	3	89	1	152	100
%	9.21	3.94	25.7	1.97	58.55	0.66		100

TABLA No.12

Estudiantes del instituto técnico Luis Bogran según índice de masa corporal en relación al consumo de bebidas carbonatadas y frecuencia 2014 – 2015

IMC/RANGO	Bebidas carbonatadas					Total	%
	Nunca	1-2 / día	3 - 4/día	5 +/día	2-3/sem		
Bajo peso	1	5	1		5	12	7.9
Normal	9	53	8	1	47	118	77.6
Sobrepeso		6	1		8	15	9.9
Obesidad 1		3			3	6	3.9
Obesidad 2					1	1	0.66
Total	10	67	10	1	64	152	100
%	6.58	44.07	6.58	0.66	42.11	-	100

TABLA No. 13

Estudiantes del instituto técnico Luis Bogran según índice de masa corporal en relación a antecedente familiar de diabetes y Dislipidemia 2014 – 2015

IMC/RANGO	Diabetes				Dislipidemia				Total
	Si	%	No	%	Si	%	No	%	
Bajo peso	7	11.48	5	5.49	10	8.33	2	6.25	12
Normal	42	68.85	76	83.52	96	80	22	68.75	118
Sobre peso	7	11.48	8	8.79	9	7.5	6	18.75	15
Obesidad 1	4	6.56	2	2.19	4	3.33	2	6.25	6
Obesidad 2	1	1.64	0	0	1	0.83	0	0	1
Total	61	-	91	-	120	-	32	-	152
%	40.13	100	59.87	100	78.95	100	21.05	100	-

TABLA No. 14

Estudiantes del instituto técnico Luis Bogran según índice de masa corporal en relación a la práctica de deportes 2014 – 2015

IMC/RANGO	Práctica de Deportes				Total
	Si	%	No	%	
Bajo peso	9	7.09	3	12	12
Normal	102	80.31	16	64	118
Sobrepeso	11	8.66	4	16	15
Obesidad 1	4	3.15	2	8	6
Obesidad 2	1	0.79	0	0	1
total	127	-	25	-	152
%	83.55	100	16.45	100	

TABLA No. 15

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran, según parámetros de presión arterial por edad 2014 - 2015

Edad	Normal	%	Pre HTA	%	HTA 1	%	HTA 2	%	Total	%
14 - 15	54	35.52							54	35.52
16 - 17	80	52.63	4	2.63	2	1.31	1	0.66	87	52.24
18 - 19	10	6.57	1	0.66					11	7.23
Total	144	94.72	5	3.29	2	1.31	1	0.66	152	100

TABLA No. 16

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran, según parámetros de presión arterial en relación al índice de masa corporal 2014-2015

Rangos P/A	Bajo peso	Normal	Sobre peso	Obesidad 1	Obesidad 2	Total	%
Normal	12	114	11	6	1	144	94.07
Pre Hipertensión		3	2			5	3.95
Hipertensión 1		1	1			2	1.31
Hipertensión 2			1			1	0.66
Total	12	118	15	6	1	152	100
%	7.89	77.63	9.86	3.94	0.66	-	100

TABLA No. 17

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran, según parámetros de presión arterial en relación a la práctica de actividad física 2014-2015

Rangos P/A	No	%	Si	%	Total
Normal	23	92	121	95.28	144
Pre Hipertensión	2	8	3	2.36	5
Hipertensión 1	0	0	2	1.57	2
Hipertensión 2	0	0	1	0.79	1
Total	25	-	127	-	152
%	16.44	100	83.55	100	100

TABLA N° 18

Estudiantes del Instituto Técnico Luis Bogran, según parámetros de presión arterial en relación a antecedente familiar de hipertensión arterial 2014-2015

Adolescentes	Antecedente familiar de hipertensión				
	Si	%	No	%	Total
Rango P/A.					
Normal	45	90	99	97.06	144
Pre hipertensión	4	8	1	0.98	5
Hipertensión 1	1	2	1	0.98	2
Hipertensión 2	0	0	1	0.98	1
Total	50		102		152
%	32.89	100	67.11	100	100

RESULTADOS

De 152 adolescentes que representa el 100% de la población de estudiantes. Que Participaron en el estudio se distribuyeron de la forma siguiente: 66 cursan el II de bachillerato técnico representando el 43.33%, 46 de III Curso de Ciclo Común equivalente al 29.60%. 40 de I bachiller técnico, para un 26.31%.

El 59.39 % (79) son masculinos en edad de 16-17 años, 28.94% (44) entre 14-15 años. 6.58%(10) son femeninas en edad de 14- 15 años, 5.26 % de 16 - 17 años.

El 84.87 % de los adolescentes residen en el área urbana. 48.03% viven con ambos padres, 14.08 solo con la madre y hermanos.

En relación al tipo de bebida que consumen: El 89.47 no consumen el número de vasos con agua recomendados para mantener una buena salud. El 93.42% toma bebidas gaseosas, 31.57% consume energizante (Raptor, adrenalina, Red Bull, Monster) y el 82.89% café. Las bebidas que consume esta población en mayor cantidad y frecuencia es el café, 1 o 2 veces al día, gaseosas y energizantes 2 a 3 veces por semana. Estos datos son de impacto debido a todos los efectos dañinos demostrados con el consumo de estos, según datos de la OPS (2003) las bebidas gaseosas fomentan el consumo energético reduciendo el control del apetito lo que favorece el aumento de peso y la obesidad.

El 90.78 consume comidas rápidas (pizza, pollo frito, hamburguesas) en una frecuencia de una o dos veces por semana y una a dos veces por mes. El 98.02% consume dulces y golosinas (frituras) 1 a 2 veces al día. El 100% consume en su dieta diaria Pan, tortillas, 97% consume carne roja 1 o 2 veces por semana.

El 40.78 de la población total tiene antecedente de consumo de tabaco. Siendo mayor en los masculinos con el 24.81% en edad de 16 a 17 años. Y 12.78% de 14 a 15 años. Para las mujeres 10.52% en edad de 14 a 15 años seguido de 5.26% en los 18 a 19 años. Con una frecuencia en ambos sexos de 1 a 2 cigarrillos por día.

El 6.01 % del género masculino tiene antecedente de haber consumido drogas, siendo mayor en la edad de 16 a 17 años. En las femeninas no se encontró antecedente. Se les indago sobre el uso de algún tipo de medicamento y se encontró que 2.62% usa medicamentos para dormir.

El 34.86% de la población consume alcohol, siendo mayor en los masculinos en la edad de 16 a 17 años con un 17.29 %. Entre la edad de 14 a 15 años, el 15.78 para las femeninas y 13.53% de masculinos. El 81.13% en ocasiones especiales, sin embargo hay una población del 15.1% de 1 a 3 veces por mes en una cantidad de 4 o más tragos y cervezas.

El 16.45% no realiza ningún tipo de actividad física. 83.55% si lo practica, de estos el 7.23% son mujeres y 76.97 % varones. El 47.24% realiza actividad física durante 30 a 60 minutos, 25.9% realiza menos de 30 minutos. El 26.7% realiza actividad física mayor a 60 minutos. En una frecuencia de 1 a 2 por semana, El deporte que más se practica es el fútbol en ambos sexos. El 67 % de esta población no realiza actividad física a diario que es lo recomendado para alcanzar una salud óptima.

El 23.02 % (35) de la población tienen vida sexual activa. 17.14% de los varones entre 14 a 15 años. Entre los 16 a 17 años el 16.54 % son varones y 10.52 son mujeres. En relación al N° De parejas sexuales en el último año, El 40 % (14) del sexo masculino han tenido hasta un máximo de 7 parejas sexuales.

De los 35 jóvenes activos sexualmente, 7 no usaron condón, dato evidente en los masculinos con múltiples parejas.

El 73.03% (111) tienen antecedente familiar de enfermedad crónica en el primer grado de consanguinidad. 54.46% tienen antecedente familiar de diabetes tipo 2, seguido del 44.64% con Hipertensión arterial, entre las más destacadas. El 84.86% de los estudiantes aparenta condición saludable. El 15.13% refirieron padecer de alguna enfermedad respiratoria.

En la población femenina, según la edad e índice masa corporal, se encontró que en las de 14 a 15 años el 21% están en sobre peso y 5.26 en obesidad tipo1. En los masculinos en edad de 16 a 17 años, el 8.27% están en sobre peso, 3.75 en obesidad tipo1. En relación a los resultados de la circunferencia de cintura, en el género femenino el 10.52 % en la edad de 14 a 15 años están en alto riesgo. Con respecto al género masculino el 6.76 % en la edad de 16 a 17 años en igual riesgo de presentar síndrome metabólico o problemas cardiovasculares a futuro.

Haciendo una relación entre el consumo de comida rápida, consumo de bebidas carbonatadas e índice de masa corporal, el 10% está en sobrepeso, 4% obesidad 1.

En cuanto al antecedente familiar e IMC, 40% tiene antecedente de diabetes 11.48 % están en sobrepeso, 8.2 % en obesidad. Sin embargo 59.87 **no tienen** antecedente familiar de esta patología y 8.8 % están en sobrepeso y el 2 % en obesidad.

78.95 tiene antecedente familiar de dislipidemias. 7.5 % tienen sobrepeso, 3% obesidad. 21.05% **no tiene** el antecedente de esta, pero 18% están en sobrepeso, 6.25% en obesidad.

Según resultados de la medición y categorías por rangos de la presión arterial, de los masculinos en edad de 16 a 17 años, el 2.63 % presentaron pre hipertensión y 1.31% hipertensión tipo 1 e hipertensión tipo 2. En las femeninas no se encontraron valores tensionales alterados.

Relacionando la actividad física, IMC. Y Presión arterial. El 83.55% de la población practica actividad física de ellos 8.66% está en sobrepeso, 4% en obesidad. 2.36 presento pre hipertensión, 1.57 % hipertensión tipo1, 0.79 hipertensión tipo 2.

El 16.45% no realiza actividad física, 16% tiene sobre peso y 8% obesidad. Y el 8% presento pre hipertensión. Estos resultados de la relación entre los valores de la presión arterial e índice de masa corporal, reflejo que los que están en sobrepeso. presentaron valores tensionales elevados.

El 32.89 % tiene antecedente familiar de hipertensión, de ellos 8% presento pre hipertensión, 2% hipertensión tipo1. El 90% de esta población con rango normal de P/A posee el antecedente familiar de esta patología.

VII. DISCUSIÓN

El universo seleccionado es finito que consiste en alumnos de ambos sexos que corresponden a las edades de 14 a 19 años. La población con mayor predominio de los encuestados es del sexo masculino y se encuentran entre las edades de 15-17 años. En el sexo femenino predominó la edad de 15 años.

Hábitos alimenticios.

En un estudio en adolescentes escolares del departamento Huila septiembre 2011. ⁽⁵⁾ El 67,7% de los adolescentes escolares consume dulces, helados, pasteles y gaseosas, comidas rápidas.

Datos superiores se reflejan en los estudiantes del Instituto Luis Bogran donde el 98% consume dulces, golosinas, frituras, comidas rápidas a diario y 1 a 2 veces por semana. 93% consume gaseosas diariamente, 89.47 consume menos de 8 vasos con agua por día, en su lugar predomina el consumo de bebidas gaseosas, café y energizantes. Relacionando el índice de masa corporal y consumo de comidas rápidas el 68% está en sobre peso y obesidad.

Consumo de alcohol, Tabaco, drogas

En un estudio sobre factores de riesgo que influyen en el desarrollo personal - social de los adolescentes de la institución educativa n° 06 "julio c. tello" de fortaleza, distrito de ate-vitarte Lima – Perú 2006 ⁽³⁾ el 41.71% (73) fuma cigarrillos, cabe mencionar que los factores de riesgo personal se acrecientan a medida que pasan los años. Según el European School Survey Project on Alcohol and Drugs², a los 15 años el 30% de los escolares europeos fumaron al menos un cigarrillo al día, proporción que llega hasta el 38% en los países del Este. En España se aprecia un adelanto en la edad de consumo, estando situado en la actualidad en torno a los 13 años, y un incremento del porcentaje de chicas consumidoras de tabaco. ⁽³⁾

En el estudio sobre estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila ⁽⁵⁾

El 12,8% de los adolescentes consume licor de manera periódica, y el 32% ocasionalmente; por lo tanto el 44,8% tendrán el alcohol como hábito en la edad adulta. En relación al consumo de tabaco las cifras son inferiores en los estudiantes del Instituto Luis Bogran, la población de fumadores es menor a la no fumadora, el 8% de la población es fumadora activa, consumen de 1 a 2 cigarrillos por día, sin embargo hay similitud con los estudios anteriores en relación a la ingesta de alcohol el 35% ingiere bebidas alcohólicas en una frecuencia de 1 a 2 veces por mes y en ocasión especial, los adolescentes empezaron el consumo de alcohol desde los 14 años, con 39.62% y 47.17% hábito presente en las edades 16 a 17 años en ambos sexos.

Actividad física y estado nutricional

El Instituto Americano de Medicina Deportiva (American College of sports Medicine, 2002) y la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association por su parte, González y otros (2001) señala que la efectividad del ejercicio físico debe reunir los 5 Días: Dosificado, diario, divertido, disponible y de por vida. ⁽²⁾ ⁽⁴⁾ En el estudio de los estilos de vida de los adolescentes escolares del departamento del Huila ⁽⁵⁾ evidenció que solo el 27,2% de los estudiantes realiza actividad física bajo supervisión y de manera segura, el 72,8% lo hace de manera informal

En otro estudio realizado en 1998 en la ciudad de La Habana (Cuba), la práctica de actividad física es irregular y el sobrepeso de niños y adolescentes de 0 a 19 años fue del 13,1%. ⁽¹¹⁾

Según resultados del estudio NANHES (National Nutrition Health Examination Survey) ⁽²¹⁾ mostró que en la mayoría de los países una alta proporción de niños presenta sobrepeso y está asociado a bajos niveles de actividad física. Y largo tiempo observando la televisión.

En contraste con los datos de los adolescentes del Instituto Luis Bogran son ligeramente inferiores 12.78% tienen sobrepeso y obesidad en los masculinos, entre los 14 a 17 años.

Y 26.32% en edad de 14 a 15 años. Observamos que los varones se acercan a lo referido en la bibliografía. El 6% tienen rangos anormales de circunferencia abdominal

presentando un alto riesgo de problemas cardiovasculares o síndrome metabólico a futuro. 83.55% realiza actividad física y práctica el fútbol, por iniciativa propia. En una frecuencia irregular.

El 16.44% no realiza ningún tipo de actividad física. Estos datos no coinciden con lo señalado en los estudios anteriores, evidenciando que faltan alternativas de formación a la escolaridad tradicional para que los estudiantes puedan desarrollar potencialidades deportivas, artísticas y/o culturales para desarrollar otro tipo de habilidades.

Práctica Sexual

Las relaciones sexuales en adolescentes se consideran conductas de riesgo debido a la posibilidad de embarazo y adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) y VIH. La Organización de las Naciones Unidas considera dos definiciones para el sexo de alto riesgo ⁽⁷⁾ en primer lugar, sostiene que las personas que en los últimos doce meses tuvieron sexo con más de una pareja incidieron en conductas sexuales de alto riesgo; en segundo lugar, el riesgo es aún mayor si, habiendo practicado sexo con más de una persona en el año de referencia, el individuo reporta que no utilizó condón. En la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2000-2010 ⁽¹⁴⁾ los resultados mostraron para el año 2000. El 9.4% de los que tuvieron relación sexual, respondieron que lo practicaron con más de una pareja durante los últimos doce meses; y solo el 8% había usado condón. Para el año 2010 en este rango de edad aumentó a 12.6%, y el uso del condón masculino a 19.2%. En otro estudio sobre prevalencia de patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en adolescentes, estudiante secundaria de Santa Martha Colombia marzo – abril 2010, ⁽¹⁴⁾ en relación con el comportamiento sexual, el 33.7% informó uso inconsistente del condón, el 40% sostuvo contacto sexual con persona poco conocida.

En los estudiantes del Instituto Luis Bogran el 23% de la población total (35) que tuvieron relación sexual en los últimos 12 meses el 20% (7) no utilizaron condón. Y lo practicaron con más de una pareja. Los resultados muestran similitud en cuanto al género masculino. En el femenino sí utilizaron condón. Iniciaron vida sexual a los 14 años y mayor actividad entre 16 a 17 años en esta población.

Estado de salud

Habitualmente no se piensa que los adolescentes pueden ser hipertensos, pero los resultados obtenidos indican la importancia de hacer pesquisa de esta enfermedad en este grupo poblacional. Según el estudio de Pesquisaje de hipertensión arterial en los adolescentes en el hospital pediátrico provincial docente "Pepe portilla" de Pinar del Río, 2008-2009⁽²²⁾ los resultados según presión arterial de 82 adolescentes el 5.1% (19) presentaron alteración en la tensión arterial con prevalencia en la edad mayor o igual a 15 años, siendo afectado el sexo masculino, en relación con el índice de masa corporal de los que tuvieron hipertensión el 31.8% tenían obesidad y el 27% sobre peso. Cifras inferiores se presentaron en los adolescentes del Instituto Luis Bogran, el 3.95% (6) presentaron pre hipertensión, 1.97% (3) hipertensión 1 y 2 los cuales presentaron sobre peso. 3.28 % (5) estaban con índice de masa corporal normal (IMC) y sin embargo resultaron con pre hipertensión e hipertensión.

La asociación entre actividad física y presión arterial. Muestra que el 16.44% (25) no realiza actividad física de ellos el 8% (2) presentaron pre hipertensión, el 83.55% (127) realiza actividad física sin embargo 4.72 % (6) resultaron con pre hipertensión e hipertensión. Siendo el sexo masculino afectado.

Según resultados presentados de la medición del índice de circunferencia abdominal (ICA) el 7.24% (11) tenía valores normales de presión arterial y alto riesgo según parámetros de ICA.

Es conocido que las personas con sobrepeso y obesidad tienen más riesgo de desarrollar enfermedades como la HTA, lo que justifica la asociación encontrada y resalta la importancia de disminuir factores de riesgo para prevenir la aparición de HTA y sus complicaciones. Estos resultados coinciden con la literatura, y destaca, a su vez, que la asociación de ambas incrementa la posibilidad de diagnóstico de síndrome metabólico, y conlleva un riesgo aún mayor de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Antecedentes Familiares

El estado nutricional, la herencia, los estilos de vida y la forma de alimentarse a edades tempranas influyen en el desarrollo de las enfermedades crónicas, además los antecedentes familiares constituyen uno de los principales factores de riesgo de padecer enfermedades en la edad adulta, según un estudio realizado por. Ana L. Salcedo- Rocha, Javier E. Garcia de Alba "Presión en adolescentes Mexicanos: clasificación, Factores de riesgo e importancia octubre 2010" ⁽²²⁾ Entre los resultados que se obtuvieron 34.9%, 20.7% pre hipertensos y 3.7%, 10% hipertensos, 22% con sobrepeso y obesidad, el 71 y 66% tenían antecedente familiar de diabetes e hipertensión. Nuestro estudio refleja datos similares donde el 73.02 % (111) de la población, presentó antecedente familiar de enfermedad crónica no transmisible (A.F.); el 7.21 % (8) presentaron rangos alterados de presión arterial y tenían antecedente familiar de hipertensión arterial (HTA). 11.48% (7) con sobrepeso, 8.2% con obesidad tipo 1 y 2 tenían antecedente familiar de diabetes. 18,75%(6) con sobrepeso, 6.25% con obesidad¹, tenían antecedente familiar de dislipidemias. Siendo más afectado el género masculino.

Además la población que no tenía antecedente familiar de diabetes dislipidemia obesidad 22.66% presentaron sobrepeso y obesidad. 2.94% presento valores alterados de presión arterial no tenía antecedente familiar de HTA. Lo que nos indica que puede estar asociado a una dieta inadecuada, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaco.

.Limitantes

Existieron algunas limitaciones en esta investigación, especialmente en la recolección de datos referentes a algunos hábitos alimentarios, consumo de drogas, alcohol, actividad física y práctica sexual. Dado que la encuesta fue llevada a cabo a través de entrevistas personales solamente a los estudiantes, sin incluir la opinión de sus padres o encargados, pudo darse el caso de que los entrevistados, especialmente los más jóvenes, hayan proporcionado datos poco precisos o erróneos sobre los tópicos explorados, llevando esto, en consecuencia, a una probable subestimación de la relación entre la prevalencia y los factores de riesgo.

Por otro lado, a pesar de que se logró estudiar a la mayoría de la muestra de acuerdo al tamaño estimado y los participantes fueron extraídos al azar en su centro de estudio, el hecho de haber seleccionado solamente a un centro educativo, esto por razones de conveniencia y capacidad logística, pudo haber constituido una limitación importante.

VIII.

CONCLUSIONES

- 1) Los estudiantes del Instituto Luis Bogran de Comayagüela. Estudiados están en edad de 14 a 19 años, predominó el género masculino en la edad de 16 a 17 años, proceden del área urbana y en su mayoría viven en un hogar integrado.
- 2) En relación al estilo de vida se encontró consumo de alimentos con alto contenido de carbohidratos, grasas, azúcares así como bebidas carbonatadas, café y poco o ningún consumo de agua. Resultando una prevalencia de sobrepeso y obesidad en más de la mitad de la población. Este resultado se explica por los hábitos de alimentación inadecuados, y en general, los estilos de vida no saludables.
- 3) Un número importante de la población consume alcohol, tabaco, y practica relaciones sexuales sin protección con varias parejas sexuales. Observándose que estas últimas conductas tienen una fuerte asociación. Siendo el inicio a los 14 años. La falta de una adecuada orientación sexual, son los factores que conllevan, a que estos adolescentes de edad temprana entre 14 - 19 años presenten factor de riesgo de infección de transmisión sexual, VIH y embarazo no deseado.
- 4) La prevalencia de antecedente familiar de enfermedad crónica no transmisible, se encontró en mayor frecuencia en los estudiantes de 15 a 17 años. Destacándose la Hipertensión y diabetes, seguido de enfermedad respiratoria, dislipidemia, obesidad. Se debe tomar en cuenta este factor predisponente. Aunque no se puede modificar el factor genético, sin embargo el hecho de conocer la historia familiar puede ayudar a tomar acciones para reducir el riesgo de presentar problemas de salud a futuro.

- 5) El mayor número de los adolescentes estudiados mostró un estado nutricional adecuado para su edad, sexo y momento fisiológico, sin embargo, la obesidad y el sobrepeso corporal constituyeron un problema de salud en la población investigada, más frecuente en los varones.

- 6) Los adolescentes estudiados no presentan problemas de salud aparente sin embargo la alimentación inadecuada, la inactividad física evidencio la presencia de sobre peso y obesidad, así como valores alterados de presión arterial.

IX. RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere una monitoria sistemática de los alimentos de consumo dentro del colegio, y promover el consumo de alimentos saludables que incluya patrones dietéticos así como incremento de frutas y vegetales.
- 2) Promover la actividad física en estos adolescentes como realizar al menos 30 min de ejercicio físico diario, técnicas para manejo del estrés, estrategias de prevención en el uso de sustancias tóxicas, prácticas sexuales seguras.
- 3) Realizar estudios de cohorte estratificada y seguimiento a todos los alumnos que tengan antecedente familiar de enfermedad crónica.
- 4) Se debe dar cumplimiento a los programas incluidos en la currícula sobre educación y prevención de infecciones de transmisión sexual para modificar el nivel de conocimiento acerca de este tema en este grupo de edad.
- 5) Tener en cuenta para futuras investigaciones sobre este tema, ampliar la muestra a otros centros educativos e incluir intervención, enfatizar en el diseño y ejecución de programas de prevención, promoción de estilos de vida saludables, a fin de garantizar la salud física y mental de la población adolescente.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Acuña Castro Y, Cortes Solís R. Promoción de estilos de vida saludable área de salud de Esparza. Tesis doctoral. Costa Rica: INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, San José; 2012.
2. Campos Vargas G, Guevara Francesa G, Núñez Ocampo A. Promoción de la salud y estrategias educativas para la prevención contra la violencia sexual, e infecciones de transmisión sexual en adolescentes”, Medicina Legal de Costa Rica, vol.28. [Online].; 2011 [cited 2014 octubre 8. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000400005.
3. Bonilla Sosa S. Factores de riesgo que influyen en el desarrollo personal- social de los adolescentes de la institución educativa Julio C Tello, Perú”, Facultad de ciencias médicas, Universidad de San Marcos Perú. [Online].; 2006 [cited 2014 septiembre 15. Available from: http://200.62.146.31/sisbib/2006/bonilla_ss/pdf/bonilla_ss.pdf.
4. Castro J, Burbano , Fornasini M, Acosta M. "Prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso en colegialas de 12 a 19 años en una región semiurbana del Ecuador", Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. [Online].; 2003 [cited 2014 octubre 8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v13n5/a02v13n5.pdf>.
5. Monje Mahecha J, Figueroa Calderón C. ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARES DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA, ENTORNOS. Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social de la Universidad Surcolombiana. 2011 agosto; 24(13-23).
6. Lima Rabelo Y, Ferrer Arrocha M, Fernández Rodríguez C, González Pedroso M. Sobrepeso en Adolescentes y su Relación con algunos Factores Sociodemográficos. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012 mayo; 28(1).
7. González Sánchez R, Llapur Milián R, Rubio Olivares D. “Caracterización de la obesidad en los adolescentes”, BMJ. [Online].; 2006 [cited 2014 marzo 22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312009000200003&script=sci_arttext.
8. Lopez C. JM, Martínez A. Y. Evaluación de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (ENT) mediante el método progresivo de la OMS en adolescentes escolares. Trabajo especial de grado. Caracas : Universidad Central de Venezuela;

2012.

9. Salazar Torres I, Arrivaga M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*. 2004 marzo; 13(74-89).
10. Velasco Peña D, Álvarez Paneque O, Marí Nin Y, Padilla Sánchez C, Caballero Cáceres S. "Factores de riesgo asociados con malnutrición por exceso en Adolescentes" *Revista Finlay*. [Online].; 2012 [cited 2014 agosto 12. Available from: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/155>.
11. Valdés Gómez W, Álvarez de la Campa G, Espinosa Reyes T, Palma Tobar C. Estado nutricional en adolescentes, exceso de peso. *Revista Cubana de Endocrinología*. 2011 mayo; 22(3).
12. Tercedor P, Martín-Matillas M, Chillón P, Pérez López I, Ortega F, Wärnberg J. Incremento del consumo de tabaco y disminución del nivel de práctica de actividad física en adolescentes españoles". [Online].; 2007 [cited 2014 marzo 15. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112007000100010&script=sci_arttext.
13. Fernández Borbón H, Cuní González H. "Intervención educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes", *Revista de Ciencias Médicas*. [Online].; 2010 [cited 2014 marzo 22. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942010000300003&script=sci_arttext&lng=en.
14. Arias AC. Prevalencia de Patron de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2010 marzo; 18(2).
15. Gonçalves Câmara S, Castellá Sarriera J, Carlotto S. Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2007 abril; 41(22).
16. Rodríguez A, Goñi A, Ruiz de Azúa S. Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. [Online].; 2006 [cited 2014 Marzo 22. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n1/v15n1a06.pdf>.
17. TUESCA MOLINA R, NAVARRO LECHUGA E, MEDINA TORRES A, MOLINA PÉREZ I, NÁDER NISPERUZA N. "Hábitos de salud de los escolares de una institución pública en el municipio de Soledad (Atlántico)", *Salud Uninorte*. Barranquilla. [Online].; 2007 [cited

2014 agosto 4. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n2/v23n2a02.pdf>.

18. Guibert Reyes W, Gutiérrez Díaz I, Martínez Gómez C. Comportamiento ante el alcohol de los estudiantes en las etapas de la Adolescencia. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2005 septiembre; 21(1-2).
19. Valderrama Alarcon M, Behn Theune V, Perez Villalobos M, Diaz Mujica A, Cid Henriquez P, Torruella Puente M. Factores de riesgo biopsicosocial que influyen en el fracaso escolar en alumnos vulnerables de escuelas municipalizadas de la comuna de San Pedro de la Paz. [Online].; 2005 [cited 2014 octubre 8. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000200006&script=sci_arttext&tlng=e.
20. Cueto S, Saldarriaga V, Muños IG. 30_cueto_saldarriaga_munoz-2.pdf. [Online].; 2010 [cited 2014 octubre 12. Available from: www.grade.org.pe.
21. Anaya Ocampo R, Sanchez Zamorano LM, Lazcano Ponce E, Arillo Satillán E. Bajo desempeño escolar relacionado con la persistencia del tabaquismo en una cohorte de estudiantes en México. [Online].; 2006 [cited 2014 octubre 05. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s1/a04v48s1.pdf>.
22. Salcedo A, García J, Contreras M. Presión Arterial en Adolescentes Mexicanos. Revista de Salud Pública. 2010 Octubre; 1(12).
23. Guerrero Montoya L, Leon Salazar A. Estilo de vida y salud: un problema Socioeducativo
Revista de salud pública marzo 2013
<http://www.vigilatessalud.blospot.com/2013/03/>
24. Bustillo Ponce A, Hernández Palma M, Ramírez Rivera D. Estilos de vida no saludables en Estudiantes de la zona urbano rural la Esperanza Intibucá Honduras 2010 – 2013
Revista médica Honduras vol. 81No. 2 - 4

XI. ANEXOS

i. INSTRUMENTO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SERVIVIO SOCIAL FORMATIVO – I.H.S.S. Periférica 2

Estudio de prevalencia de estilos de vida saludable y factores asociados en adolescentes del **Instituto Técnico Luis Bogran de Comayagüela, Francisco Morazán**. Honduras CA
Octubre - Diciembre 2014.

Instrucciones: marcar con una "X" su respuesta a las preguntas que a continuación se le presentan

No. de encuesta_____ Fecha_____

Nombre de encuestador_____

Grado que cursa:_____ Edad: _____ años Sexo: F__ M_

Lugar de residencia: _____

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Seleccione con quien vive (puede llenar múltiples incisos)

- Padre Madre Hermanos(as)
 Tíos(as) Abuelos(as) Otros, Especifique_____

2. ¿Al juntar el ingreso económico mensual de todos los miembros que viven en tu casa de cuanto crees que es?

- L.1, 000-3,000 L.3,001 - 5,000
 L.5, 001-10,000 L.10, 001 o más

3. ¿La casa donde vive actualmente es?

- Propia de la familia Rentada
 Prestada Otro

¿Cuántas personas viven en su casa? _____

¿Cuántas habitaciones hay en su casa? _____

4. ¿Cómo se cocina en tu casa? (Puede llenar varias alternativas)

- Estufa eléctrica Estufa de gas
 Fogón (Fuego de leña).

ESTILO DE VIDA

5. ¿Cuántos tiempos de comida consume al día?

1 2 3 4 5 o más

6. ¿Cuántos vasos de agua toma al día?

Ninguno 1-3 3-5 5-7 8 a más

7. ¿Cuántas veces al día toma las siguientes bebidas?

Bebida	Nunca	2 a 3 / semana	1 / día	2 / día	3-4 / día	5 a mas / día
Gaseosas (Coca-cola, Pepsi, Sprite, 7Up u otros)						
Energizantes (Raptor, Adrenaline, Red Bull, Monster)						
Fresco natural (No artificiales, solo a base de frutas)						
Café						

8. ¿Qué tipo de alimentos consume con mayor frecuencia? Marque con una "X" en el cuadro la opción que desea seleccionar.

Alimentos	1 a 2 / día	Más 3/día	1 vez / semana	1 a 2 / semana	Más 3 / semana	1/mes	2 / mes	Nunca
1. Verduras y frutas								
2. Productos Lácteos(queso quesillo, mantequilla)								
3. Carnes blanca (pollo, pescado)								
4. Carnes rojas (res, cerdo)								
5. Comida rápidas (Hamburguesas, pizza, perro caliente o HotDog, papas fritas)								
6. Pastas (Espaguetis, lasaña, caracolitos, coditos)								

7. Pan, pasteles, galletas, tortillas								
8. Dulces y/o chuchería (golosinas, churros)								

TABAQUISMO

9. ¿Ha fumado alguna vez en su vida? **Si su respuesta es NO pase a la pregunta 12.**

Si ___ no ___

10. ¿Fuma tabaco (cigarrillos) actualmente?

Si ___ no ___

11. Si su respuesta es **Si**, ¿Cuántos cigarrillos consumes al día?

R://

12. ¿Ha consumido alguna vez en su vida alguna de estas drogas: **Marihuana, Cocaína, Heroína, Éxtasis, Resistol...**?

Sí ___ No ___

13. ¿Consume actualmente alguna de las drogas anteriores?

Sí ___ No ___

14. ¿Consume actualmente alguno de estos medicamentos?

Medicamentos para dormir _____ ¿Cuál? _____

Medicamentos para NO dormir _____ ¿Cuál? _____

Ninguno _____

CONSUMO DE ALCOHOL

Ahora se le realizaran preguntas sobre consumo de bebidas alcohólicas en el último año.

Se entiende por bebida alcohólica **cerveza, vino, tequila, guaro, vodka.**

15. ¿Con que frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Nunca ___ diario ___

2 a 3 veces por semana _____

4 o más veces a la semana _____

1 ves al mes _____

2 a 3 veces al mes _____

Ocasiones especiales _____

16. ¿Qué cantidad toma de bebida alcohólica en un día de consumo normal?

Tomando como estándar (**1 botella de cerveza o 1 vaso de vino o un trago de 30 ml**)

1 a 2 ___ 3 a 4 ___ 5 a 6 ___ 7 a 8 ___ 9 a más _____

ACTIVIDAD FÍSICA

17. ¿Cuánto tiempo camina al día?

Menos de 30 minutos 30-60 minutos 60 minutos o más

18. ¿Sube y baja gradas (cuestas) a diario?

Si _____ no _____

19. ¿Practica algún deporte?

Si _____ no _____ Si su respuesta es Si ¿Cuál? _____

20. ¿Con que frecuencia practica deporte?

1 a 2 veces por semana _____ 3 a 4 veces por semana _____ 5 o más veces por semana _____

PRÁCTICAS SEXUALES

21. ¿Ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida?

Si _____ No _____ (**Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 25**)

22. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

Si _____ No _____

23. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en 1 año? _____

24. ¿Usó condón en la última relación sexual?

Sí _____ No _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

25. Marque con una "X" el cuadro de la tabla si algún miembro de su familia (padre, madre, hermanos(as), abuelos(as)) padece de las siguientes enfermedades.

Enfermedad	SI Padece
Diabetes mellitus (azúcar en la sangre)	
Dislipidemia (colesterol y/o triglicéridos altos)	
Obesidad (gordura)	
Hipertensión (presión alta)	
Cáncer	
Enfermedad cerebro-vascular (derrame)	
Insuficiencia cardiaca (falla del corazón, infarto)	
Algún trastorno psicológico y/o neurológico (Alzheimer, demencia, convulsiones, depresión crónica)	
Problemas respiratorios (Asma bronquial)	

26. Padece usted actualmente de alguna enfermedad Sí _____ No _____

Si la respuesta es sí, anote que enfermedad padece: _____

Gracias por su colaboración.

Entregue la encuesta al médico y espere para realizar el examen físico.

EXAMEN FÍSICO

Esta parte será evaluada por el médico, por lo que **USTED NO DEBE DE LLENARLO**

Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____ IMC (Kg/m²): _____

Circunferencia de la cintura (cm): _____

P/A del brazo derecho (mm de Hg): _____ P/A del brazo izquierdo (mm de Hg): _____

Solicitud de autorización para la realización del estudio

Tegucigalpa 21 de octubre 2014

Licenciado: Ángel Archaga

Director del Instituto Tecnológico Luis Bogran

Comayagüela MDC.

Reciba un cordial y respetuoso saludo de parte de docente y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La presente va con el objeto de solicitar su colaboración en el sentido de conceder el espacio para realizar el estudio de Prevalencia de Estilos de Vida Saludable en Adolescentes que estudian en el Instituto Luis Bogran de Comayagüela.

La cual será realizado por estudiantes de 3.- año de medicina de la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

El estudio consistirá en aplicar un cuestionario que llenara el estudiante donde se indagara sobre sus estilos de vida, antecedentes familiares, personales y posteriormente se le tomara el peso, talla, medición del abdomen y toma de la presión arterial.

Al participar el estudiante no enfrenta ningún riesgo a su salud, la información que nos brinde el estudiante es anónima es decir sin registro del nombre y estrictamente confidencial.

Posteriormente se hará una intervención que consistirá en brindar charlas educativas sobre estilos de vida saludable en esta población.

Al tener los resultados de la información recolectada será socializada en esa institución educativa que sin duda servirá para tomar acciones encaminadas a la mejora de la salud y bienestar de estos jóvenes.

De no haber inconveniente de su parte las actividades en mención se estarán desarrollando. de la forma siguiente: el día 23 de octubre la aplicación del instrumento (cuestionario y examen físico al estudiante en estudio) y posteriormente coordinaremos fecha y hora de la intervención y socialización de resultados.

Atentamente

Gloria Escobar

Docente Asignatura de

Servicio Social Formativo

UNAH

Consentimiento informado medico encargado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE EDUCACION

Prevalencia de estilos de vida saludables y factores asociados en adolescentes que estudian en el Instituto Técnico Luis Bogran de Comayagüela, Francisco Morazán

Consentimiento Informado

Este estudio es una iniciativa de la secretaria de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Secretaria de Educación y tiene como propósito contribuir al conocimiento de la situación de los estilos de vida saludables en los jóvenes del sector educativo formal en Honduras con el fin de influir en las políticas públicas que beneficien a esta población.

Si usted autoriza al estudiante a participar en el estudio, se le pedirá al joven (la joven) que llene un cuestionario de preguntas anónimo (es decir **NO** se registrara el nombre) El cual va orientado a investigar sobre los antecedentes familiares, estilos de vida y posteriormente se le tomara el peso, la talla, la circunferencia de la cintura (medición de la barriga) toma de la presión arterial. El cual tomara un máximo de 30 minutos.

Es importante enfatizar que la participación del o la adolescente en este proyecto es voluntaria.

El participar en el estudio no representa ningún riesgo a su salud, ya que se trata de llenar un corto cuestionario anónimo y someterse a que le tomen peso, talla, medición del abdomen, toma de presión arterial.

Al participar en el estudio el estudiante no recibirá ningún beneficio monetario.

Esta investigación servirá para proponer recomendaciones a la secretaria de salud, educación. Que contribuirán a la mejora de la respuesta del sector salud hacia la promoción de estilos de vida saludables en los jóvenes.

Firma Medico Responsable

Que autoriza la participación del adolescente (la adolescente) en estudio

Consentimiento informado maestra de orientación

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE EDUCACION

Prevalencia de estilos de vida saludables y factores asociados en adolescentes que estudian en el Instituto Técnico Luis Bogran de Comayagüela, Francisco Morazán

Consentimiento Informado

Este estudio es una iniciativa de la secretaria de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Secretaria de Educación y tiene como propósito contribuir al conocimiento de la situación de los estilos de vida saludables en los jóvenes del sector educativo formal en Honduras con el fin de influir en las políticas públicas que beneficien a esta población.

Si usted autoriza al estudiante a participar en el estudio, se le pedirá al joven (la joven) que llene un cuestionario de preguntas anónimo (es decir **NO** se registrara el nombre) El cual va orientado a investigar sobre los antecedentes familiares, estilos de vida y posteriormente se le tomara el peso, la talla, la medición del abdomen (barriga) toma de la presión arterial. El cual tomara un máximo de 30 minutos.

Es importante enfatizar que la participación del o la adolescente en este proyecto es voluntaria.

El participar en el estudio no representa ningún riesgo a su salud, ya que se trata de llenar un corto cuestionario anónimo y someterse a que le tomen peso, talla, medición del abdomen, toma de presión arterial.

Al participar en el estudio el estudiante no recibirá ningún beneficio monetario. Esta investigación servirá para proponer recomendaciones a la secretaria de salud, educación. Que contribuirán a la mejora de la respuesta del sector salud hacia la promoción de estilos de vida saludables en los jóvenes.

Firma Maestra de orientación

Que autoriza la participación del adolescente (la adolescente) en estudio

Consentimiento informado al estudiante

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
SECRETARIA DE SALUD
SECRETARIA DE EDUCACION

Prevalencia de estilos de vida saludables y factores asociados en adolescentes que estudian en el Instituto Técnico Luis Bogran de Comayagüela, Francisco Morazán

Consentimiento Informado

Este estudio es una iniciativa de la secretaria de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Secretaria de Educación y tiene como propósito contribuir al conocimiento de la situación de los estilos de vida saludables en los jóvenes del sector educativo formal en Honduras con el fin de influir en las políticas públicas que beneficien a esta población.

Si usted acepta a participar en el estudio, se le pedirá que llene un cuestionario anónimo (es decir **NO** se registrara su nombre) la información es confidencial.

El cual va orientado a investigar sobre los antecedentes familiares y personales, estilos de vida suyos. Posteriormente se le tomara el peso, la talla, la circunferencia de la cintura (medición de la barriga, panza) toma de la presión arterial. El cual tomara un máximo de 30 minutos.

Es importante enfatizar su participación en este proyecto es voluntaria. Usted puede negarse a participar o negarse a contestar cualquier pregunta o negarse a que se le realice el examen físico, sin que la decisión que tome tenga consecuencia alguna sobre su bienestar.

El participar en el estudio no representa ningún riesgo para usted, ya que se trata de llenar un corto cuestionario anónimo (sin registro de nombre) y someterse a que le tomen peso, talla, medición cintura, y le tomen la presión arterial. En caso de encontrarse algún problema de salud será referido (a) al centro de salud para su manejo y tratamiento.

Al participar en el estudio no recibirá ningún beneficio monetario. El único beneficio será el de saber cómo se encuentra su estilo de vida en relación a sus antecedentes familiares personales, esta su peso talla y presión arterial Esta investigación servirá para proponer recomendaciones a la secretaria de salud, educación. Que contribuirán a la mejora de la respuesta del sector salud hacia la promoción de estilos de vida saludables en los jóvenes.

Acepta participar en el estudio Sí _____ No _____

Firma del estudiante.

ii. CROQUIS UBICACIÓN INSTITUTO LUIS BOGRAN



