

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**PROGRAMA REFORMA DE VIDA EN LOS ASEGURADOS
CON SÍNDROME METABÓLICO ANTES Y DESPUÉS
DE LA INTERVENCIÓN DE LAS ENTIDADES
EMPLEADORAS DE LA JURISDICCIÓN
DE LA RED ASISTENCIAL
TACNA, ESSALUD 2018**

TESIS

Presentada por:

Lic. Melina Marleny Mamani Ccusi

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

TACNA - PERÚ

2020

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**PROGRAMA REFORMA DE VIDA EN LOS ASEGURADOS CON
SÍNDROME METABÓLICO ANTES Y DESPUÉS DE LA
INTERVENCIÓN DE LAS ENTIDADES EMPLEADORAS
DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED ASITENCIAL
TACNA, ESSALUD 2018**

TESIS

Presentada por:

Lic. MELINA MARLENY MAMANI CCUSI

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:

Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes
Presidenta

Dra. Elva Alejandrina Maldonado de Zegarra
Miembro

Dr. Wender Florencio Condori Chipana
Miembro

Mgr. Fresia Catacora López
Asesora

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y sabiduría necesaria para culminar mis estudios de segunda especialidad en enfermería

Dedico este trabajo a mis hijas Eimy y Micaela por ser mi mayor motivo para continuar y a mi esposo Henry por ser mi pilar, mi apoyo, por su inmenso amor y comprensión.

A mis padres Adolfo y Nancy por su amor incondicional y sus grandes deseos hacia mi persona y a mis hermanos Fernando y Nelly; por ser mis mejores aliados y mi fortaleza.

A mi Tía Sonia, quien es como una madre para mí y estuvo dándome la fuerza y apoyo necesario para seguir adelante.

Melina

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería- FACS de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, al personal docente por sus enseñanzas brindadas a lo largo de mi formación profesional.

A la Oficina de Atención Primaria de la Red Asistencial de EsSalud Tacna y al Programa Reforma de Vida, por las facilidades brindadas en la realización del presente trabajo de investigación

A la Mgr. Fresia Catacora López, por su asesoría y orientación a lo largo de la realización del presente trabajo de investigación

Melina

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	3
1.1. Fundamentos y Formulación del Problema	3
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Objetivos	6
1.3.1. Objetivo general:.....	6
1.3.2. Objetivos específicos:.....	7
1.5. Hipótesis:.....	9
1.6. Operacionalización de Variables:	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes de la Investigación	14
2.2. Bases Teóricas Científicas	27

2.2.1. Programa reforma de vida.....	27
2.2.2. Síndrome metabólico.....	52
2.2.3. Características generales.....	70
2.3. Definición Conceptual de Términos:.....	72
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	75
3.2. Población.....	76
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	78
3.4. Procedimiento de Recolección de Datos:.....	84
3.5. Procesamiento de Datos.....	85
3.6. Consideraciones Éticas.....	86
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS.....	88
4.1. Resultados.....	88
4.2. Discusión.....	106
CONCLUSIONES.....	117
RECOMENDACIONES.....	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	122
ANEXOS.....	139

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla N° 1	Características Generales de los asegurados con Síndrome Metabólico de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018	89
Tabla N° 2	Síndrome Metabólico, según dimensiones en los asegurados de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018.	91
Tabla N° 3	Programa de Reforma de Vida, según dimensiones en los asegurados con Síndrome metabólico antes y después de la intervención, de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018	95
Tabla N° 4	Influencia del Programa de Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018	104

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 1	
Síndrome Metabólico, según dimensiones en los asegurados antes de la intervención del Programa de Reforma de Vida de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018.	94
Gráfico N° 2- A, 2-B y 2-C	
Programa de Reforma de Vida, según dimensiones en los asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018.	101

RESUMEN

El estudio tuvo como **Objetivo:** Evaluar el Programa Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico, antes y después de la intervención de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018. **Metodología:** El estudio es de tipo aplicada, de diseño cuasi experimental, retrospectivo, con evaluaciones que se aplicaron antes y después de la aplicación del PRV. La muestra estuvo constituida por 271 fichas de asegurados con SM, los instrumentos aplicados: Fichas Clínicas, Test y Cuestionarios elaborados por EsSalud. **Resultados:** el 82,92% de los asegurados con SM son adultos, de sexo femenino, con IMC Sobrepeso y trabajan en entidades públicas. Antes de la intervención muestra alterado los niveles de Glucosa (57,19%), Perímetro Abdominal (99,63%), Triglicéridos (84,41%) y Colesterol HDL (43,83%). Después de la intervención el 68,27% son Controlados, y según los criterios del SM se evidencia una mejora en los niveles de Glucosa (23,94%), Presión Arterial (29,52%), Colesterol HDL (19,60%), así como la disminución del riesgo en el Perímetro abdominal (4,79%) y Triglicéridos (30,23%), en relación a los Test y Cuestionarios se evidencia mejora en el Estrés Percibido (12,92%) y Nivel de Conocimiento (30,62%). **Conclusión:** Existe diferencia significativa con la intervención del PRV en los asegurados con SM, con un p Valor < 0,05.

Palabras Clave: Programa Reforma de Vida y Síndrome Metabólico.

ABSTRACT

The study had as **Objective:** Evaluate the Life Reform Program in the insured with Metabolic Syndrome, before and after the intervention of the employing entities of the jurisdiction of the Tacna Assistance Network, EsSalud 2018. **Methodology:** The study is of applied type, Quasi-experimental, retrospective design, with evaluations that were applied before and after the application of the PRV. The sample consisted of 271 forms of insured persons with MS, the instruments applied: Clinical Form, Test and Questionnaires prepared by EsSalud. **Results:** 82,92% of the insured with SM are adults, female, with BMI Overweight and work in public entities. Before the intervention, glucose levels (57,19%), Abdominal Perimeter (99,63%), Triglycerides (84,41%) and HDL Cholesterol (43,83%) were altered. After the intervention, 68,27% are Controlled, and according to the SM criteria, an improvement in the levels of Glucose (23,94%), Blood Pressure (29,52%), HDL Cholesterol (19,60%), as well as the reduction of the risk in the abdominal Perimeter (4,79%) and Triglycerides (30,23%), in relation to the Tests and Questionnaires, there is evidence of improvement in the Perceived Stress (12,92%) and Level of Knowledge (30,62%). **Conclusion:** There is a significant difference with the PRV intervention in those insured with MS, with a p value <0,05.

Key Words: Life Reform and Metabolic Syndrome Program.

INTRODUCCIÓN

Síndrome Metabólico como conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL), la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial y la hiperglucemia (1).

Los estilos de vida inadecuados como: la poca actividad física, la alimentación inadecuada, las pocas horas de sueños, los estresantes laborales; entre otros factores conllevan a la aparición de enfermedades que hoy en día vienen afectando a la población mundial; finalmente causantes de las altas tasas de morbimortalidad en los diferentes grupos etarios, prioritariamente en la población joven, adulto y adulto mayor. Esta problemática desde un enfoque socioeconómico se va convirtiendo en el incremento de gasto, específicamente para el sector salud, que es la instancia desde donde se implementa estrategias para la prevención y control de estos daños.

El Programa de Reforma de Vida, como una estrategia de intervención, permite identificar los factores de riesgo para la Salud y promueve los estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida.

La investigación describe el “Programa Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018”, obtuvo información científica que permita establecer estrategias de intervención que mejore la conducta y comportamiento de la persona con respecto a su salud.

Por tanto, el presente trabajo de investigación, se encuentra organizado en 4 capítulos:

En el Capítulo I, enfoca en el planteamiento del estudio,

En el Capítulo II, trata sobre el marco teórico de la investigación.

En el Capítulo III, se presenta la metodología de la investigación

En el Capítulo IV, se establece los resultados del estudio; finalmente de determina con las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Fundamentos y Formulación del Problema

En el mundo cada año mueren 40 millones de personas a causa de las Enfermedades no transmisibles, de estos 15 millones mueren entre las edades de 30 a 69 años, siendo las principales causas relacionadas a la inactividad física y dietas inadecuadas que se manifiestan con la aparición de presión arterial elevada, glicemias elevada, incremento de lípidos en la sangre, sobrepeso y obesidad, que llegan a constituirse como factores de riesgo metabólicos, dando lugar a Enfermedades No Transmisibles (2).

El 62,8% de la carga de enfermedad en EsSalud corresponde a Enfermedades No Transmisibles. Al analizar los distintos grupos de edad, se tiene que, en el segmento de edad de 15 a 44 años, el 75% de la carga de enfermedad son Enfermedades No Transmisibles, y en los mayores de 45 años se supera el 90% (11).

Esta emergencia de nuevos daños y la presencia de grupos de daños importantes, como las afecciones osteomusculares, neuropsiquiátricas, los tumores malignos y las enfermedades cardiovasculares, configuran un escenario de complejidad (11).

La población diabética estimada en Tacna asciende a 8 147 personas, siendo solo 3 620 las personas que se atienden en EsSalud, generando una brecha por falta de cobertura de 55,57% de potenciales diabéticos no identificados, ni atendidos. Así mismo la población con HTA estimada en Tacna asciende a 19 063 personas, siendo solo 4 879 las personas que se atienden en EsSalud, generando una brecha por falta de cobertura de 74,4% de potenciales personas con HTA no identificadas, ni atendidas (9).

El incremento del síndrome metabólico (SM) va asociado a la expansión de la epidemia mundial de diabetes mellitus tipo 2 y de enfermedades cardiovasculares; el SM (20 a 25% de la población mundial), aumenta cinco veces el riesgo para diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y dos a tres veces para enfermedades cardiovasculares (3)(4)(5)(6) y tienen una probabilidad tres veces mayor de sufrir un ataque cardíaco o un accidente cerebro vascular y dos veces más de morir por estas causas, que las personas que no lo padecen (7).

En el 2009, se publicó un nuevo consenso internacional sobre Síndrome Metabólico y posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso el Síndrome Metabólico, excluyendo de la población con este diagnóstico a los individuos que ya padezcan diabetes mellitus o enfermedades cardiovasculares, puesto que el Síndrome Metabólico debe considerarse como un factor de riesgo para ambas enfermedades. Es así, que EsSalud aborda como estrategia global la intervención del Síndrome Metabólico, a fin de controlar tempranamente los problemas de salud mencionados (1).

El abordar tempranamente el Síndrome Metabólico, permitirá brindar un abordaje integral al paciente, su familia y su entorno, logrando disminuir la carga de enfermedad de las enfermedades crónicas no transmisibles, además de prevenir las discapacidades y la disminución de la fuerza laboral (1).

EsSalud, señala que, de 123 734 asegurados, tamizados en el año 2017 a nivel Nacional se diagnosticaron a 26 058 con Síndrome Metabólico (21%), 2 646 con sobrepeso (19,9%) y 8 438 trabajadores con obesidad (6,8%) (2)

Frene a ello, EsSalud, implementa el Programa Reforma de Vida para disminuir y controlar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores del trabajador dentro de su contexto familiar y laboral. Teniendo como público objetivo al trabajador activo mayor de 18 años de las entidades empleadoras a nivel nacional (2).

Dadas las consideraciones expuestas se propone la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del Problema

¿Existen diferencias significativas en el Programa de Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

- Evaluar el Programa Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico, antes y después de la intervención, de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Describir las características generales de los asegurados con Síndrome Metabólico de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red asistencial Tacna, EsSalud.
- Valorar el Síndrome Metabólico, según dimensiones en los asegurados de la Red asistencial Tacna, EsSalud.
- Medir el Programa Reforma de Vida, según dimensiones en los asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de la Red Asistencial Tacna, EsSalud.

1.4 Justificación

Actualmente, los inadecuados estilos de vida: la obesidad, el sobrepeso, el estrés, la ansiedad son factores que van incrementando. Por lo cual, la necesidad de la promoción de la salud es urgente, puesto que, de las diez principales causas de morbilidad y factores de riesgos asociados a enfermedades crónicas, cinco están relacionadas estrechamente con la alimentación y la actividad física (EsSalud).

Estudios realizados en Perú muestran una prevalencia Síndrome Metabólico de 28,3% en adultos del departamento de Lambayeque, 14,9% en Lima Metropolitana, 18,8% en la población adulta de

Arequipa según los criterios American Heart Association.

La Adult Treatment Panel (ATP) y la Federación Internacional de Diabetes (IDF) mencionan que el Perú tiene una prevalencia de 11,5% y 27,7% respectivamente (12) (8) (13). Para encaminar a los trabajadores en general a mejorar los estilos de vida y reducción de los factores de riesgo más frecuentes: obesidad, sedentarismo, estrés y como consecuencia la morbimortalidad. El Seguro social de salud (EsSalud) instaló hábitos de vida saludable en el marco de la medicina complementaria y promoción de la actividad física diseñando el “Programa Reforma de Vida” (1)

Los resultados de la presente investigación contribuirán a fortalecer el rol que asume el profesional de Enfermería, brindará información fundamentada sobre los factores sociodemográficos, así como los criterios de detección del Síndrome Metabólico y cómo influye el Programa Reforma de Vida en la prevención de Enfermedades No Transmisibles, así como en la Toma de decisiones frente al incumplimiento de las medidas preventivas.

Así mismo, contribuirá al cumplimiento de prevención y control de las enfermedades no trasmisibles, permitiendo modificar conocimiento y creencias en los asegurados de las entidades empleadoras de la

jurisdicción de la Red asistencial Tacna.

1.5. Hipótesis:

- **Hi:** Existe diferencias significativas del Programa Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018.
- **Ho:** No existe diferencias significativas del Programa Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018.

1.6. Operacionalización de Variables:

- Variable independiente: Programa Reforma de Vida.
- Variable dependiente: Síndrome Metabólico.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN
Independiente: Programa Reforma de Vida	El PRV, busca disminuir los factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (ENT) y sus complicaciones. Contribuye al CAMBIO de estilos inadecuados de vida, para contar con trabajadores que tengan mejor calidad de vida. Cuenta con tres fases de intervención: Tamizaje, Intervención y Evaluación (33).	TAMIZAJE	Presión arterial	PRESIÓN ARTERIAL: En mujeres y varones Normal: $\leq 129/84$ mmHg Riesgo: $\geq 130/85$ mmHg
			Perímetro abdominal	PERÍMETRO ABDOMINAL: Normal: Mujeres < 80 cm Hombres: < 90 cm Riesgo: Mujeres: ≥ 80 cm Hombres: ≥ 90 cm
			<ul style="list-style-type: none"> - Glicemia - Colesterol HDL - Triglicéridos. 	GLUCOSA: Normal: <100 mg/dl Alterada: ≥ 100 mg/dl En mujeres y varones

				<p>COLESTEROL HDL:</p> <p>Normal: Mujeres: >50mg/dl Varones: >40mg/dl</p> <p>Riesgo: Mujeres: <=50mg/d Varones: <=40mg/dl</p> <p>TRIGLICÉRIDOS: Normal: <150mg/dl Riesgo: ≥ 150mg/dl En mujeres y varones</p>
			<ul style="list-style-type: none"> - Test de Estilo de Vida - Cuestionario de Estrés Percibido - Test de Nivel de Conocimiento 	<p>Test Estilo de Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adecuado: 47 a 120 puntos - No Adecuado: 0 A 47 puntos.
				<p>Cuestionario de Estrés PERCIBIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo: 0 a 28 puntos - Alto: 28 a 56 puntos.

				Test de Nivel de Conocimientos: - Aprueban: > 6 puntos. - Desaprueban: < 5 puntos
		INTERVENCIÓN	- Alimentación Terrestre: alimentación saludable, higiene y desintoxicación. - Alimentación Celeste: proyecto de vida, respiración y ambiente saludable, actividad física y tiempo libre. - Alimentación Humana: identidad – autoestima, relacionamiento interpersonal, redes de apoyo, manejo del estrés.	12 sesiones (4 meses de duración) (2 hrs/sesión) (MVVA; talleres demostrativos, visitas de control.
		EVALUACIÓN	Comparación de los parámetros iniciales con los parámetros finales.	Síndrome Metabólico intervenidos: - Controlados - Mejorados - No Controlado

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN
Dependiente: Síndrome Metabólico	Conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL), la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial (PA) y la hiperglucemia (1).	Hipertensión Arterial	Presión arterial: Alta: >=130/85 mmHg Mujeres y varones	Para diagnosticarlo el Síndrome Metabólico, presentará de 3 a 5 criterios ya mencionados.
		Elevación de Triglicéridos	Triglicéridos: En Riesgo: >=150mg/dl Mujeres y varones	
		Disminución del Colesterol HDL	Colesterol HDL: En Riesgo: Mujeres: <=50mg/dl Varones: <=40mg/dl	
		Hiperglicemia	Glucemia: Alterada: >=100mg/dl Mujeres y varones	
		Obesidad distribución de central	Perímetro abdominal (PA): En Riesgo: Mujeres: >= 80 cm Hombres: >= 90 cm	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes están referidos a los diferentes estudios que se han llevado a cabo sobre la influencia del Programa Reforma de Vida en los pacientes con síndrome metabólico

Antecedentes internacionales:

Gómez et al. (14), publicaron un estudio sobre los “Efectos de un programa de intervención de estilo de vida a largo plazo con dieta mediterránea y ejercicio para el tratamiento de pacientes con síndrome metabólico en un entorno de atención primaria en España, 2015”, que tuvo por objetivo evaluar el impacto del programa de intervención de estilo de vida para la gestión a largo plazo en pacientes con síndrome metabólico. El tipo de estudio fue ensayo aleatorizado controlado prospectivo, que incluyó a 2 492 participantes, de ellos se captaron dos grupos: 1°. 298 (recibieron atención habitual) y 2°. 303 (participaron del programa de intervención).

Los resultados fueron diferencia significativa vs atención habitual que en la circunferencia abdominal ($< 0,05$). En conclusión, se encontró que

la consejería intensiva por profesionales de atención primaria resulto en mejora significativas en la circunferencia abdominal, presión arterial y HDL.

Asi mismo, **Kim, C; Schlenk, E; Kang, S; Park, J (15)**, estudiaron los “Efectos de una intervención de estilo de vida basada en Internet sobre los riesgos cardiometabólicos y el estrés en trabajadores coreanos con Síndrome Metabólico: un ensayo controlado en Corea, año 2015”, realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar los efectos de un mejor ejercicio basado en un entrenador por internet (BEST). El tipo de estudio fue prospectivo no aleatorio controlado. Se obtuvo una muestra de 48 trabajadores coreanos. Los resultados fueron en peso corporal ($p= 0,022$), la masa grasa visceral ($p= 0,033$) y la circunferencia de la cintura ($p= 0,037$). Se llegó a la conclusión que este estudio evidenció efectos positivos del programa basado en internet BEST.

Goldani et al. (16), publicaron “Aplicabilidad de la adiposidad visceral del índice (VAI) en la predicción de componentes del síndrome metabólico en ancianos en Brasil, 2015”.

Los resultados fueron la evidencia que existe una correlación directa y significativa entre el índice de masa corporal, el peso y el VAI con la

glucosa en sangre, colesterol HDL y TG ($p < 0,001$); el VAI fue el indicador con la correlación más fuerte para todos los parámetros. El WC se asoció significativamente con el HDL y TG, y el RHO solo con el HDL. En la aplicabilidad de la VAI en la determinación del riesgo relativo de aparición de los componentes del SM, el VAI era buen predictor de obesidad abdominal (OR = 1,27, $p < 0,001$). Se concluye que el VAI mostró asociación con componentes del SM en los hombres y las mujeres con mayor riesgo de obesidad abdominal, hiperglucemia, hipertrigliceridemia y bajos niveles de HDL- c, demostrando ser un buen predictor de componentes del SM en los ancianos.

Pérez, et al. (17), realizan una investigación sobre “Intervención con rumba y educación nutricional para modificar factores de riesgo cardiovascular en adultos con síndrome metabólico en Colombia, 2015”, los resultados fueron que al finalizar el ensayo, en el GI la tensión sistólica disminuyó $-10,0$ mmHg (IC95%: $- 14,3$ a $-5,6$, $P < 0,001$) y la diastólica, $- 4,8$ mmHg (IC95%: $- 8,4$ a $- 1,1$, $P < 0,05$), también disminuyeron el peso corporal ($-2,8$ kg; IC95%: $-3,8$ a $-1,8$, $P < 0,001$), el IMC ($-1,2$ kg/m²; IC95%: $-1,6$ a $-0,7$, $P < 0,001$), el perímetro de la cintura ($-5,2$ cm; IC95%: $-6,9$ a $-3,5$, $P < 0,001$), el porcentaje de grasa corporal ($-2,1\%$; IC95%: $-2,8$ a $-1,4$, $P < 0,001$). Se concluye que un programa de ejercicio con rumba y fortalecimiento

muscular, unido a educación nutricional, se asocia con una modificación favorable de los factores de riesgo cardiovascular en personas con síndrome metabólico en un área rural.

Henríquez, et al. (18), en su estudio “Evaluación de un programa Ministerial para el Manejo del Síndrome Metabólico en adultos con sobrepeso y obesidad en Chile, 2014”. Los resultados fueron que los pacientes que no completaron el seguimiento (n = 76) tuvieron similar edad y exceso de peso que los que acudieron al último control, pero hubo una mayor proporción de hombres (13% versus 6%, respectivamente). De los (n = 450), 71,5% disminuyó de peso, pero solo 17,1% redujo $\geq 5\%$ de su peso inicial. La mediana de reducción de peso fue de 1,8% respecto al peso de ingreso, obesidad abdominal 87,4% a 77,7% ($p < 0,05$), mejorías significativas para el colesterol HDL ($p < 0,05$). Con respecto a la asistencia en actividad física fue (28%), nutricionista (41%) y a psicólogo (39%). La conclusión fue que el Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física-Adultos (PASAF) redujo levemente los parámetros nutricionales, la corrección de los parámetros metabólicos fue especialmente efectiva en los sujetos menos obesos y en los que redujeron un mayor porcentaje de peso. La asistencia registrada a los talleres y actividad física fue baja.

Sala, et al. (19), realiza un estudio de investigación sobre la “Efectividad de dos modalidades de ejercicio aeróbico en el tratamiento de pacientes con síndrome metabólico (SM) en México, año 2014”. Los resultados mostraron que los Triglicéridos disminuyeron de forma significativa en ambos grupos con respecto a sus valores iniciales y alcanzaron niveles de normalidad (EC: $Z = -2,521$; $p = 0,012$; EI: $Z = -1,96$; $p = 0,05$), mientras que las HDL decrecieron significativamente en el grupo EI ($Z = -1,92$; $p = 0,046$), disminución del peso (EC: $Z = -2,524$; $p = 0,012$; EI: $Z = -2,527$; $p = 0,012$). Al término el 25% de las participantes del grupo EC ya no presentaba el Síndrome Metabólico comparando con el 62,5% del grupo. Los componentes que alcanzaron criterios de normalidad fueron los TG, perímetro de la cintura, tensión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD). Concluyeron que los factores de riesgo relacionados al SM pueden cambiar, al adoptar estilos de vida que disminuyan en sedentarismo; la actividad física y el ejercicio físico han sido recomendados como tratamiento para la prevención de enfermedades metabólicas.

Arandojo, et al. (20), realiza un estudio sobre la “Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico en Madrid. 2014”. Obteniendo como resultados: muestra de 76 sujetos de entre 20 y 62 años. El 7,89% de los individuos tiene tres

o más parámetros para el diagnóstico del Síndrome Metabólico. Llegando a las conclusiones: El sedentarismo y los malos hábitos nutricionales actúan negativamente en el perfil lipídico, tensión arterial y el índice de masa corporal de los individuos, haciendo que estos tengan más probabilidades de padecer síndrome metabólico y, por tanto, enfermedades cardiovasculares.

Álvarez et al. (21), publicaron un estudio sobre “Estilo de vida y presencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios: diferencias por sexo en México, 2013”, Los resultados mostraron Síndrome Metabólico en 4,63% y obesidad en 36,65%, con mayor frecuencia en las mujeres. El Estilo de Vida predominante fue bueno y mejor en hombres que en mujeres, y la mayor frecuencia del Síndrome Metabólico fue en el Estilo de Vida malo. La relación entre género, obesidad, y Síndrome Metabólico fue significativa para la población estudiada. Se encontraron diferencias entre hombres y mujeres

Antecedentes Nacionales

Ortiz, Z (22), en sus tesis “Eficacia de la intervención del programa de Reforma de Vida - EsSalud en el Síndrome Metabólico en los trabajadores del Ministerio Público del Cusco en Perú año 2018”.

Obteniendo como resultados que, de los 71 empleados tamizados al inicio con Síndrome Metabólico, el 60,6% fueron varones y el 39,4% son mujeres el grupo etario de 36-46 fue el más frecuente; el programa identificó que el 45,1% fue controlado, los mejorados 36,6% y los no controlados fueron 18,3%. Los trabajadores con Síndrome Metabólico redujeron de forma significativa sus criterios luego de la intervención. Se observa que existe diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la intervención del Programa de Reforma de Vida y la medición final de los parámetros de circunferencia abdominal, nivel de HDL, presión arterial sistólica, no hubo diferencias en la presencia de la presión arterial diastólica, triglicéridos ni glicemia.

Chavez, Y; Zavaleta H (23), se realiza un estudio sobre “Efectos de la aplicación del Programa Reforma de Vida de EsSalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera en Trujillo, Perú año 2017”. El estudio encontró que el “Programa Reforma de Vida” tiene un efecto significativo sobre las competencias del asegurado para la detección precoz de enfermedades del síndrome metabólico y tratamiento oportuno en lo relativo a hipertensión, dislipidemia, obesidad central y antecedentes personales de diabetes ($p < 0,05$).

Urriburi, K; Romero, C (24), realiza un estudio de investigación sobre “Efectividad del programa Kawsayta Yachasun, en la prevención del síndrome metabólico en conductores de vehículos de transporte público urbano en Ayacucho, Perú año 2016”. Al inicio del estudio, el 63,6% de los conductores padecían de Síndrome Metabólico, mientras el 36,4% no presentaba dicho síndrome; después de la aplicación del programa el 100% de los conductores de transporte Público Urbano no presentaba Síndrome Metabólico.

El cual define que el programa es estadísticamente efectivo. Para tal efecto se realizaron actividades de educación física, educación alimentaria y talleres antiestrés tanto en forma personalizada como grupal.

Delgado, R (25), realiza un estudio de investigación sobre “Efectividad del Programa Reforma de Vida en los estilos de vida miembros de círculos de salud de dos distritos de Arequipa en Perú año 2016”. Los resultados fueron que el 61,5% de los participantes fueron calificados con estilos de vida algo bajos. Después de la intervención, 69,2% de ellos mostraron tener estilos de vida fantásticos. Los cambios más importantes se encontraron en las dimensiones Familia (61,5-71,4% de incremento en respuestas adecuadas); Introspección (44,0-83,5% de incremento en respuestas adecuadas), y Nutrición/Alimentación (62,6-

80,2% de incremento en respuestas adecuadas).

Las diferencias entre los puntajes finales, y por dimensiones antes y después de la intervención, fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Conclusión. Se observa una mejora en los estilos de vida después de la intervención de Reforma de Vida, principalmente en las dimensiones de Familia, Introspección y Nutrición/Alimentación en los adultos mayores miembros de los Círculos de Salud de los distritos de Alto Selva Alegre y Cayma en Arequipa.

López, F (26), realiza un estudio de investigación sobre “Factores relacionados al síndrome metabólico en la población adulta que acude al hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco en Perú año 2016”. Los Resultados: El 52,6% (80 pacientes) tuvieron síndrome metabólico. Por otro lado dentro de los factores nutricionales, se encontró relación significativa estadísticamente entre el consumo de comidas chatarra ($X^2=6,890$ $p \leq 0,009$), consumo de café ($X^2=19,33$ $p \leq 0,000$), consumo de alcohol ($X^2=8,034$ $p \leq 0,005$), consumo de azúcares refinados ($X^2=8,750$ $p \leq 0,003$), consumo de bebidas gaseosas ($X^2=10,42$ $p \leq 0,001$) consumo de frituras o alimentos fritos ($X^2=19,33$ $p \leq 0,000$). Para los factores psicosociales la depresión ($X^2=0,23$; $p \leq 0,633$), no resultó significativo; llegando a la conclusión: Existe relación estadísticamente significativa, para los factores nutricionales y

psicosociales con el síndrome metabólico.

Cáceres, K; Vásquez, S (27), realizan un estudio de investigación sobre la “Efectividad del programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en trabajadores de empresas privadas de Lima Este en Perú año 2015”, Se encontró diferencias estadísticamente significativas en los indicadores del perímetro abdominal (Mdn=92,00; Mdn=89,00; $p < 0,05$), triglicéridos (Mdn=254,00; Mdn=192,50; $p < 0,05$), glicemia (Mdn=88,65; Mdn=85,85; $p < 0,05$), presión arterial sistólica (Mdn=130,00; Mdn= 120,00; $p < 0,05$), presión arterial diastólica (Mdn=80,00; Mdn=70,00; $p < 0,05$) a excepción del colesterol HDL (Mdn=35,00; Mdn=32,50; $p > 0,05$). Finalmente se concluye que el programa “Plan de Reforma de Vida” reduce los parámetros que conllevan al desarrollo del síndrome metabólico, a excepción del colesterol HDL.

Pascual, M; Bernui, I; Carbajal, I (28), realizan un estudio de investigación sobre la “Prevalencia de síndrome metabólico en trabajadores del Centro Materno Infantil Miguel Grau en Chaclacayo en Perú año 2015”. Los resultados fueron que un 35,2% de los trabajadores presentó síndrome metabólico. Se observó asociación del Síndrome Metabólico con la edad y categorías del IMC. No se encontró asociación con el sexo, tampoco con el grupo ocupacional.

Conclusiones: La tercera parte de los trabajadores del CMI Miguel Grau presentó SM, valor superior al de la población peruana.

Coila, M (29), realiza un estudio de investigación sobre la “Actividad física y educación alimentaria en pacientes con Síndrome Metabólico, usuarios del Programa Reforma de Vida Renovada del Hospital III EsSalud Puno en Perú año 2015”. Se encontró que al inicio del estudio el 55% de los participantes tenían el Síndrome metabólico, y al finalizar el estudio bajó al 11,7%. Para tal efecto se realizaron actividades de Educación Física y de Educación Alimentaria tanto en forma personalizada como grupal.

La hipótesis de investigación planteada fue: El desarrollo de actividad física y educación alimentaria mejoran el estado de salud con la disminución de los indicadores del Síndrome Metabólico. Se trabajó con un margen de error del 5%, y para la contratación de la hipótesis e interrelación de las variables se aplicó la prueba de la Chi cuadrada; siendo la relación de $\chi^2 c > \chi^2 t$, que quiere decir que existe relación entre las variables y dando como resultado de que “El desarrollo de la actividad física y la educación alimentaria mejoran el estado de salud con la disminución de los indicadores del síndrome metabólico en los usuarios del Programa Reforma de Vida Renovada del Hospital III EsSalud Puno”

Gallegos, A (30), en su investigación “Influencia del tratamiento

dietético en la recuperación de pacientes con Síndrome Metabólico del Programa Reforma de Vida Renovada del Hospital II EsSalud Ilo, en Perú año 2015”. En cuanto a los resultados se encontró que el grupo control tuvo como inicio un 70% de exceso en calorías y termino con un 90% de adecuación buena en calorías en el grupo experimental al inicio tuvo un 80% de exceso en calorías luego finalizando el tratamiento tuvo un 45% de deficiencia ya que se les dio una dieta hipocalórica, hipograsa e hipocalórica, hiposódica. Y 25 pacientes obtuvieron una prescripción de una dieta hipocalórica e hipograsa y 15 pacientes se les prescribió una dieta hipocalórica e hiposódica, en ambos grupos.

El 80% de los pacientes del grupo experimental se encontraban normales según el perímetro abdominal, 55% presentaron presión arterial normal, el 100% presentaron glicemia normal, 75% triglicéridos normales y el 85% de los pacientes presentaron HDL normal. Existe influencia del tratamiento dietético prescrito con la recuperación de los pacientes con Síndrome Metabólico.

Antecedentes locales

Ancalli, F; Valenzuela, C (31), realizan un estudio de investigación sobre el “Síndrome Metabólico en Pre y Post Menopáusicas atendidas en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Essalud Tacna en Perú año

2012". Los resultados fueron: La prevalencia del SM según los criterios del Adult Treatment Panel III (ATP III) en las mujeres pre menopáusicas es 7,0% incrementándose a 18,5% en las post menopáusicas. El análisis estadístico evidencia que este último grupo presenta 3 veces más riesgo de SM que las mujeres pre menopáusicas (OR=3,0). Las características del síndrome metabólico también son más frecuentes en las mujeres post menopáusicas: hipertensión arterial (5,3% vs 25,0%), hiperglucemia (10,5% vs. 20,7%), hipertrigliceridemia (10,5% vs 26,1%) e hipocolesterolemia (14,0% vs. 37,0%). Conclusiones: la prevalencia de SM según los criterios del Adult Treatment Panel III en mujeres de 37 años a más fue 14,1%. El SM, hipertensión arterial, hiperglicemia, hipertrigliceridemia e hipocolesterolemia HDL son significativamente más frecuentes en mujeres post menopáusicas ($p < 0,05$)

Luque, P (32), realiza un estudio de investigación sobre la "Frecuencia y características clínicas del síndrome metabólico en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna en Perú, durante diciembre del 2007 a diciembre del 2008".

Los resultados de la medida de edad fueron de $46,91 \pm 11,02$ años donde el 65,3% fue representado por mujeres. El criterio más frecuente fue la hipertrigliceridemia con 80,7% sin relación a sexo ni edad

($p > 0,05$); seguida de la cintura abdominal aumentada con 78,7% expresando significativa relación con sexo y edad ($p < 0,05$); El HDL-C bajo se presentó en el 70,7% con relación significativa a sexo y edad ($p < 0,05$); el HTA y Glicemia en ayuno aumentada se presentaron con 29,3% y 25,7% respectivamente sin relación a edad ni sexo ($p > 0,05$). La media de TG, COL-T, HDL-C, LDL-C y GLI, se incrementa de 30 hasta 59 años y disminuye a partir de 60 a más años. El criterio de NCEP-ATPIII de cintura abdominal mostró asociación con la obesidad, tanto en hombres (OR=7,3; 95%IC=0,4-13,5) y mujeres (OR=5,7; 95%IC=1,9-21,7).

Conclusión: destacamos que los tres criterios diagnósticos más frecuentes según la NCEP-ATPIII en los pacientes con síndrome metabólico fueron la Hipertrigliceridemia, Obesidad Abdominal aumentada y HDL-C bajo.

2.2. Bases Teóricas Científicas

2.2.1. PROGRAMA REFORMA DE VIDA

El “Programa Nacional de Reforma de Vida”, es una estrategia del Seguro Social de Salud, dirigido principalmente al trabajador activo de las Entidades Empleadoras, con el objetivo de disminuir los factores de

riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles, a través de un diagnóstico precoz y oportuno de SM. La intervención está enfocada en un nuevo paradigma de intervención, ya que se realiza en el propio campo de labores de los trabajadores.

El Programa está orientado a cuidar la salud y no sólo a recuperarlos de la enfermedad, es por ello que la prioridad en la intervención es el empoderamiento en los estilos de vida saludable. De esta manera el Seguro Social de Salud (ESSALUD) reafirma su compromiso con cada uno de sus asegurados (33).

El Programa Reforma de Vida tiene siete fases: 1. Preparación (visita a entidades empleadoras y firma de alianza), 2. Tamizaje (evaluación de riesgos con instrumentos especiales, evaluación clínica y antropométrica, exámenes de laboratorio: Glicemia, Colesterol total y HDL, y triglicéridos), 3. Intervención (12 Sesiones), 4. Evaluación (reevaluación con parámetros iniciales). 5. Reconocimiento (designación de Entidades Amigas de la Salud y Líderes).

Continua 6. Consolidación (creación de círculos de salud y soporte social) y 7. Valoración (medición del sostenimiento del cambio al año de intervención) (1)

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA; Los Centros asistenciales de la Red Asistencial Tacna – EsSalud cuentan con comité integrado por los jefes de cada servicio, así mismo con un equipo multidisciplinario que consta del personal médico, enfermera, nutricionista, psicólogo, tecnólogo médico, fisioterapeuta, asistente social y técnico en enfermería.

En la Resolución de Gerencia General N° 990 especifican las funciones y tareas de cada uno de los miembros del equipo, así como la secuencia del programa.

El Programa Reforma de Vida posee 12 sesiones educativas (4 meses de duración) y con un periodo de aproximado de dos horas por cada sesión. Dentro de las sesiones educativas hay un tiempo para algunas experiencias personales de los participantes en alguna mejoría de salud. El abordaje se realiza con un enfoque holístico basado en la persona (cuerpo, mente y espíritu), su contexto familiar, el trabajado y la comunidad, considerando su cultura, siendo los escenarios de intervención a nivel extramural (Entidades Empleadoras).

Para el desarrollo de las sesiones se hace uso de diversas estrategias como la metodología Vivencial de Aprendizaje del Adulto (MVAA), talleres demostrativos, atención personalizada (visitas control) (33).

EVALUACIÓN PROGRAMA REFORMA DE VIDA: (34)

- **Tamizados:** Se espera tamizar el mismo número de trabajadores que cuenta cada una de las empresas.
- **Diagnosticados:** Se espera un 20% de prevalencia, el cual puede ser mayor o menor.
- **Intervenidos:** Se espera el mismo número de trabajadores diagnosticados, 100% de los diagnosticados.

Síndrome Metabólico Intervenidos, se identifican:

- ✓ **Controlados:** número de trabajadores asegurados por grupo de edad y sexo, en el caso de SM: aquellas personas que han disminuido a menos de tres (3), el número de factores de riesgo con los que fueron diagnosticados con este síndrome. PEI PRV de la Red Asistencial – EsSalud Tacna tiene como Meta Controlar al 40% de los pacientes Revaluados.
- ✓ **Mejorados:** número de trabajadores asegurados por grupo de edad y sexo, aquellas personas que han logrado iniciar la mejoría para alcanzar los rangos normales, pero que aún no logran ser definidos como controlados en SM, Sobrepeso, Obesidad.
- ✓ **No Controlados:** Número de asegurados por grupo de edad y sexo, que fueron intervenidos pero que después de la reevaluación no lograron controlar y/o disminuir sus factores de

riesgo, sea en SM.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA;

Una vez captado los pacientes con diagnóstico médico Síndrome Metabólico Pre mórbido, se procede a intervenirlos con los 3 pilares de alimentación, los cuales están diseñados y financiados por EsSalud (33).

A.- ALIMENTACIÓN TERRESTRE: es el vínculo que todos los seres humanos debemos mantener con la tierra, entendida esta como un servicio que nos cobija y nos nutre. Entonces es importante cuidarla y defenderla de contaminantes y de la depredación, pero también es muy importante saber identificar, seleccionar, combinar, preparar y conservar los alimentos y los recursos que ella nos brinda, posee los siguientes componentes: (1)

a. Alimentación saludable:

Bases de una buena alimentación

López y Rodríguez, enseñan que los hábitos o tradiciones alimentarias frecuentemente se basan en conocimientos adquiridos por experiencia y costumbres. Los hábitos o tradiciones alimentarias frecuentemente se basan en conocimientos adquiridos por experiencia y costumbres de cada comunidad. Sin embargo, no se trata de comer cualquier alimento,

sino de obtener una alimentación que proporcione los nutrimentos que se necesitan de acuerdo a la edad, a la actividad física, sexo y estado de salud (35).

Asimismo, López, Sosa y Labrousse mencionan que, para la detención oportuna de los factores de riesgo de la dislipidemia, la hipertensión arterial y la obesidad es imprescindible el establecimiento y mantenimiento de un estilo de vida saludable a través de una dieta.

La práctica de ejercicio regular, alcanzar el peso ideal y, el abandono del hábito del tabaco. Dieta: de tipo mediterráneo (basada en el consumo preferente de cereales, vegetales y aceite de oliva, y la ingestión moderada de vino). Actividad física: El ejercicio físico aeróbico regular debe recomendarse a los sujetos con SM en ausencia de complicaciones mayores para ello. El ejercicio mejora todos los componentes del SM, además, contribuye a la pérdida de peso (36).

La recomendación más establecida es la del ejercicio aeróbico moderado a intenso al menos 30 minutos al día, e idealmente, más de una hora al día (36).

Por otro lado, Maiz menciona que, para la prevención de la resistencia a la insulina, es necesaria la promoción de estilos de vida saludables que se traducen en una alimentación apropiada y estímulo a la actividad

física, se ha demostrado que una intervención de dieta y ejercicios en individuos intolerantes a la glucosa reducen la progresión a la diabetes en un 60% (37).

Dietas

López y Rodríguez comentan que la dieta mediterránea, definida como una dieta saludable, se caracteriza por un elevado consumo de verduras, legumbres, frutas, frutos secos, cereales integrales y aceite de oliva, bajo consumo de grasas saturadas, moderada- alta ingesta de pescado, moderado-bajo consumo de leche y queso, baja ingesta de carne roja y una moderada y regular ingesta de vino con las comidas y ha demostrado disminuir la incidencia y número de complicaciones asociadas al síndrome metabólico. Asimismo, menciona que el consumo de ácidos grasos poliinsaturados (PUFA) favorece el control de la presión arterial, la coagulación, la función endotelial y la resistencia a la insulina, teniendo efectos beneficiosos en la prevención y tratamiento del SM (35).

Según Calañas A, Bellido D., refieren que la ingesta dietética y ácidos grasos omega-3 (pescado, los frutos secos y los aceites vegetales como el aceite de canola y de girasol.) ayudan a un descenso de la tensión arterial, modificación del perfil lipídico - especialmente reducción de triglicéridos, reducción de la actividad protrombótica,

efectos anti-inflamatorios, efectos antiarrítmicos con reducción de la frecuencia cardíaca, modulación de la función endotelial, aumento de la estabilidad de la placa de ateroma, aumento de los niveles de paraoxonasa y mejoría de la sensibilidad a la insulina (38).

Las modificaciones de la alimentación y del estilo de vida tienen un enorme potencial para reducir el riesgo de enfermedad y mejorar la esperanza y calidad de vida (38).

Beneficio de las frutas y alimentos.

Viviant, informa que la fruta fresca y la verdura son fuertes aliados de la regulación de la presión arterial, especialmente las que tienen un alto contenido en potasio y magnesio. Se recomienda enérgicamente el consumo de frutas y verduras crudas todos los días. El ajo, la cebolla y el puerro contienen Alicina, un fitoquímico que protege la salud vascular (39).

Asimismo, Pantoja, Granados e Izquierdo, indican que las frutas y verduras ayudan a mantener un peso normal por su capacidad de generar saciedad, por aportar pocas calorías y simultáneamente proporcionar al cuerpo elementos esenciales (39).

Adalia comenta que, al aumentar el consumo de fruta, verduras y de

alimentos bajos en grasa saturada nos ofrecen mucha variedad y requieren poca o ninguna preparación. Aumentar el consumo de frutas y vegetales le aportará además otros beneficios: la dieta será más rica en fibra, vitaminas antioxidantes (C, E y beta carotenos) y minerales (40).

Además, la fruta fresca y los vegetales son bajos en sodio y es vital para nuestra salud. Los alimentos ricos en fibra pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV) y síndrome metabólico, también son buenos para el aparato digestivo y para la salud en general. Aún más, comer alimentos ricos en fibra puede ayudar a sentirse saciado tomando pocas calorías, lo cual es una buena elección para disminución de peso. Hay dos tipos principales de fibra: soluble e insoluble (también llamada viscosa) (40).

b. Higiene

La intoxicación alimenticia se produce cuando lo que ingerimos está contaminado por bacterias, parásitos, virus o toxinas; la forma más frecuente es a través del consumo de alimentos o líquidos debido a su mala conservación o falta de higiene en la manipulación y preparación, lo que puede provocar la muerte (41).

Al respecto, el doctor Girao, L., médico especializado en emergencias y desastres del Hospital III de Emergencias Grau de la Red Desconcentrada Almenara de EsSalud, explica que “nose debe recurrir a la automedicación, a los remedios caseros o a pensar que es normal y ya pasará. Lo primero que se debe hacer es acercarse a un centro de salud o acudir al médico más cercano” (41).

Los síntomas para advertir una intoxicación dependen del tipo de bacteria que causó la enfermedad. Generalmente, son diarrea, dolor y cólicos abdominales, heces con sangre, falta de apetito, náuseas y vómitos. En caso de tratarse de una salmonelosis, a estos síntomas se agrega la fiebre que se presenta entre 8 y 72 horas después de consumir el alimento contaminado, escalofríos y dolor de cabeza (41).

En ese sentido, el médico explicó que se debe tener cuidado con los alimentos que se descomponen con mayor facilidad como los productos lácteos hechos con mayonesa y aquellos no refrigerados, alimentos congelados o refrigerados a temperatura no apropiada, los que se recalienten inadecuadamente. Los pescados, mariscos, carnes o huevos mal cocidos, también los jugos de frutas o verduras crudas que no hayan sido bien lavadas y el agua proveniente de un pozo o recipiente que no haya sido tratado (41).

c. Desintoxicación

Verdú T., indica que el ayuno es, simplemente la abstención total de alimentos sólidos o líquidos (que no sea agua pura) a lo largo de períodos de duración variable. El propósito del ayuno es que la ausencia de alimento permita que parte de la energía que poseemos, al no emplearse en el proceso alimenticio, se regenere y se dedique a limpiar y desintoxicar el cuerpo. Los excesos que cometemos con la sobrealimentación, el alcohol, el tabaco, los alimentos refinados, el trasnochar, etc hacen que aumente nuestra toxemia celular y con ello los trastornos de salud. La abstinencia alimenticia ayuda a eliminar esta toxemia. El hombre, ante un momento de tensión, un fuerte disgusto o, incluso, una situación de euforia o una enfermedad, deja de comer. Esto demuestra que el poder de curación del cuerpo pasa por dejarlo descansar al máximo (42).

B.- ALIMENTACIÓN CELESTE: es el vínculo indisoluble e interdependiente entre la persona, la naturaleza y el universo, plasmándolo a través del establecimiento del proyecto de vida.

El mantenimiento de ambientes saludables que le permiten practicar la respiración completa, profunda y segura; todo ello para lograr una actividad psicofísica que una movimiento, respiración y concentración, que le ayude a la persona alcanzar una meditación en movimiento. Así

mismo enseñar lo reparativo e importante que significa el mantener el ritmo entre el trabajo y el descanso, sabiendo manejar el tiempo libre. Por lo cual, dentro de la alimentación celeste se han determinado los siguientes componentes: (1).

a. Proyecto de Vida

Construir un proyecto de vida puede resultar difícil, ya que existen personas que creen que su futuro ya está determinado por su familia, su lugar de origen, su nivel socioeconómico, alguna carencia afectiva, la suerte, etc. limitándose con ello a la posibilidad de planificar. Sin embargo, los resultados de no planificar son continuos lamentos por los sucesos del pasado y temor a lo incierto del futuro (43).

El proyecto de vida, consiste en la planificación de lo que deseas y esperas alcanzar en la vida, es decir plantearte objetivos a corto, mediano y largo plazo, en las diferentes áreas de tu vida: en la salud, en el trabajo, en los estudios, en tu relación de pareja, en tu relación con los amigos, en la familia, en tu espiritualidad (43).

b. Ambiente Saludable:

Córdova, comenta que los ambientes saludables son lo que nos rodea, es allí donde se comprende su influencia en el equilibrio que conforma nuestra salud y en su posible pérdida: allí donde vivimos, trabajamos, pasamos nuestro tiempo de ocio; el espacio físico de esos lugares pero

también, los usos y costumbres, los factores socioeconómicos, factores políticos, las relaciones con aquellos con quienes compartimos trozos de vida, todo ello tendrá que ver de manera directa con nuestra salud y nuestro bienestar. En nuestra capacidad de interactuar con el entorno y hacerlo de una manera saludable, estará una de las claves para sentirnos mejor (43).

Según Guillermo y Fuertes, muestran que el ambiente saludable es el espacio físico donde seres humanos transcurren la mayor parte de su vida; este espacio, por sus características y especificaciones, brinda condiciones para prácticas saludables, previniendo o reduciendo los riesgos que generan problemas de salud (43).

c. Respiración

Gutiérrez F., comenta que la respiración es básica es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido carbono; lo que implica un perfecto equilibrio y control entre los componentes del sistema respiratorio.

Una falla en este proceso fundamental para la vida, es, en diferentes grados de intensidad, por lo tanto, es necesario mantener una buena respiración y así alcanzar el buen estado de salud (44).

d. Actividad Psicocinética

Kirchner A. et al., informan que la actividad psicocinética se refiere a una

amplia variedad de comportamientos que incluyen actividades cotidianas como caminar, bailar, utilizar escaleras, tareas domésticas, de jardinería, Tai Chi-Chi Kung, además de ejercicios planificados (45).

La vida activa es un proceso continuo – educación y hábitos – que incluye y excede los términos como actividad física, práctica del deporte. Incluye actividades de la rutina diaria. Integra el movimiento y la interacción con el entorno y los otros, se trata de una vivencia personal y una práctica social más allá de uno de los objetivos básicos de una vida activa que es la salud, la actividad física interviene enormemente en el desarrollo humano, por el contrario, el llamado síndrome de inactividad física es un riesgo para la salud (45).

El sedentarismo se vincula, entre otras cosas, al desarrollo de obesidad, diabetes, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo (45).

La inactividad física se enmarca dentro de los denominados factores de riesgo modificables: la alimentación no saludable, son considerados los principales determinantes de las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo intermedios, como la hipertensión arterial, el hipercolesterolemia y la obesidad, que determinan un incremento de la

morbilidad (45).

Además, Villar M, Matos R, Ybañez E., Salinas S, Astahuaman D. Afirman que dentro de estos ejercicios psicocinéticos, están: el Tai chi, el Yoga, el Tian gong, Pilates, entre otros. Sus beneficios son varios.

Los más importantes son: reducir la presión arterial, disminuir el riesgo de sufrir caídas, aliviar los síntomas de la artritis, mejorar los niveles de glucosa, mejorar la sensibilidad plantar y propiocepción, sirve también para ejercitar la memoria, mejorar la concentración y el desarrollo del sentido del equilibrio, da flexibilidad mental, aumenta la creatividad y fortalece el tejido conectivo y óseo (46).

Asimismo, Adalia, refiere que el ejercicio provoca un mayor gasto de calorías, por lo que, a igual consumo calórico con la dieta, su eliminación será mayor (40).

Así mismo, el ejercicio aumenta la masa muscular, que es un tejido que consume muchas calorías para funcionar, lo que evita que el exceso calórico se almacene en forma de grasa, disminuye el colesterol total y los triglicéridos, aumentando la proporción de HDL (colesterol “bueno”). El ejercicio favorece la entrada de glucosa en las células, por lo que retrasará la aparición de diabetes tipo 2, contribuye a dilatar las arterias

y a disminuir la presión arterial y aumenta la capacidad pulmonar para el esfuerzo (40).

e. Descanso, tiempo libre

La palabra descanso viene del latín “requies, requietis”.

La Real Academia Española la define como “Quietud, reposo, pausa en el trabajo o fatiga, causa de alivio en la fatiga y en las dificultades físicas o morales; y de la palabra “quietud y reposo” dice que “es la carencia de movimientos, sosiego y acción y efecto de reposar, inmovilidad de un cuerpo respecto de un sistema de referencia” (43).

El tiempo libre es un espacio creativo, de expansión de la personalidad, de contenido lúdico, formativo, auto expresivo y de salud integral: físico, psíquico y social. Es un derecho humano básico, como la educación, el trabajo, la salud, y nadie debe ser privado de dicho derecho (43).

Beber agua, comer sano y hacer deporte son los consejos generales para llevar un estilo de vida saludable. Pero hay uno aún más importante que desafortunadamente olvidamos con facilidad. ¿Cuántos de nosotros realmente duermen las 8 horas aconsejables? La conciliación de la vida personal con las exigencias profesionales no nos

deja el tiempo necesario para restablecer nuestra energía vital. “Cuando se gasta una pila, ésta deja de funcionar, recargarla correctamente hace que sea eficaz de nuevo. Nuestro cuerpo es la pila de nuestra vida: al final del día necesitamos un buen descanso” (43).

Según la OMS, el 40% de la población mundial sufre de algún trastorno del sueño, como por ejemplo dificultad para quedarnos dormidos, despertarse a media noche o somnolencia durante el día. En el Perú, entre el 25 y 35% de la población presentan síntomas de insomnio, lo que no les permite tener un sueño reparador y les origina al día siguiente fatiga, somnolencia, irritabilidad o problemas del ánimo, la cifra aumenta en 1.5% en las mujeres, lo cual se debería a que en esta población son más frecuentes los factores estresantes (43).

C. ALIMENTACIÓN HUMANA: Es el vínculo que mantenemos entre todos los seres humanos, es lo que nos permite crecer como humanidad; es por ello muy importante iniciar conociendo nuestra identidad (43).

Saber ¿Quién somos?, de ¿dónde venimos? y ¿a dónde vamos?; solo cuando tenemos claro esto es que podremos tener la autoestima necesaria para seguir creciendo porque entenderemos que cada uno de nosotros es único e irrepetible en el universo y cada uno por lo tanto

tiene una tarea importante que desarrollar, todos somos igualmente importantes para crecer como humanidad. se enseña las relaciones humanas que debemos mantener (43).

La sexualidad como parte de nuestro desarrollo, el manejo del este, el saber pedir y aceptar el perdón, los valores y la espiritualidad como necesidad natural del ser humano; dentro del contexto familiar, laboral y comunitario. Por lo cual este pilar está compuesto de: (1)

a. Identidad y Autoestima

Identidad, se define como el conjunto de características o atribuciones que permiten a una persona diferenciarse de las demás. Es decir, la identidad permite individualizar a las personas dentro de una sociedad y se hace mediante un nombre, raza, sexo, ocupación, etnia propia, talentos, estado civil, creencias, valores, personalidad, etc. (43).

La **autoestima** es el valor que cada persona se da a sí misma, indica el amor y respeto a cada una de las áreas que componen a la persona: física, psicológica, social y espiritual (43).

Representa el grado de aceptación o rechazo de la forma de ser que cada uno tiene de sí mismo. Todas las personas se valoran positiva o negativamente (43).

Si la forma de valorarse es positiva la persona se sentirá satisfecha consigo misma, se amará y sabrá valorarse.

Si su valoración es negativa se sentirá insatisfecha consigo misma, no se amará y no sabrá valorarse (43).

La autoestima no tiene nada que ver con aspectos externos a la persona, sino con “los aspectos internos, con nuestra confianza en nosotros mismos, con sentirnos bien con la vida, con respetarnos, saber escucharnos, saber lo que queremos, con conocer nuestros gustos e intereses” (43).

b. Relacionamiento Interpersonal-Redes Sociales

Relacionamiento Interpersonal

Aparte del aire, el agua, el sueño, y la alimentación ¿Qué es lo que los seres humanos necesitan tener para gozar de un bienestar psicológico y físico sin que ello incremente su sedentarismo u obesidad? Se pueda o no creer, pero tener fuertes lazos con otras personas es tan vital para la salud que ésta mejora notablemente con esos contactos y aumenta significativamente la expectativa de vida. Entonces el verdadero secreto de la salud son las relaciones humanas efectivas (43).

Una relación interpersonal es el conjunto de interacciones que se da

entre dos o más individuos de una sociedad.

Esta se realiza gracias a la comunicación, que puede ser de diversos tipos: oral, visual o de imágenes, afectiva, señas y otros lenguajes creados a partir del desarrollo de las sociedades complejas, como el lenguaje económico, científico, político y por medio de la red informática mundial, llamada Internet. Si falla la comunicación, la relación interpersonal será complicada (43).

Redes de Sociales

Walker y colaboradores, definieron a las redes sociales como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”. Maguire, se refirió a las “redes” como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb, estableció que tales interacciones tenían beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos (43).

Diversos estudios han señalado la influencia que la disponibilidad y satisfacción con las redes de apoyo social tienen en la percepción de la propia salud y sobre las conductas de salud preventiva y estilos de vida saludables.

Los resultados ponen de manifiesto que, el disponer de una red de apoyo social, incrementa la salud y el bienestar psicosocial de las personas. (43).

c. Manejo del Estrés

La Organización Mundial de la Salud define el estrés como el "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción". Es decir, ante determinada demanda del ambiente, el organismo realiza un conjunto de procesos fisiológicos y psicológicos que lo preparan para actuar en consecuencia y responder a dicha demanda. Si esta respuesta resulta exagerada o insuficiente, la energía producida no se descarga, y esto causa somatizaciones y trastornos psicológicos (43).

Se puede hablar de dos tipos de estrés: estrés positivo (EUSTRES) y estrés negativo (DISTRES) (43).

Además de la fuerza y la fortaleza psicofísica, existe otro factor importante para alcanzar el éxito frente al estrés; se trata de la actitud o el modo como la persona juzga la situación estresante. Por tanto, el control del estrés depende en gran medida de nuestra propia interpretación de los hechos (43).

El manejo del estrés implica controlar y reducir la tensión que ocurre en situaciones estresantes, haciendo cambios emocionales y físicos. El grado de estrés y el deseo de hacer modificaciones determinarán el cambio y efectos en nuestra salud (43).

Existen 2 caminos básicos para el manejo del stress: (43)

- ✓ Evadiéndolo, reduciendo los estresores externos toda vez que se pueda. Sin embargo, esta opción no siempre es posible o incluso deseada. Y el otro camino, es
- ✓ Cambiar la forma como reaccionamos frente a determinada situación. Si las circunstancias no cambian, Usted SI.

d. Valores

Los valores son principios que proveen a las personas a defender y crecer en su dignidad. Nos proporcionan una pauta para formular metas y propósitos, personales o colectivos. Reflejan nuestros intereses, sentimientos y convicciones más importantes (43).

¿Dónde se forman los Valores? (43).

- ✓ La familia es el primer laboratorio para la vida; el que hoy es

hijo y hermano, mañana será subalterno y esposo, colega o amigo.

- ✓ La mejor edad para educar en valores es en la niñez.
- ✓ La familia es encargada de arraigar tempranamente en los hijos las raíces profundas de los valores.
- ✓ Lo permanente (valores y principios) debe regir lo transitorio (gustos, modas, bienes materiales, decisiones, posturas).

e. Espiritualidad y Familia

Se define Espiritualidad como la búsqueda de lo sagrado o de lo divino a través de cualquier experiencia de la vida incluyendo sentimientos de estar conectado con uno mismo, con la comunidad y la naturaleza, y con un estado de paz y armonía. También ha sido relacionada con la necesidad de encontrar respuestas satisfactorias acerca de la vida, la enfermedad, y la muerte (43).

El National Institute for Healthcare Research define Espiritualidad como la búsqueda de lo sagrado y lo divino, a través de cualquier experiencia de la vida o del camino (43).

La OMS define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y Social, y no solamente la ausencia de la enfermedad. Por lo tanto, tenemos que ver al ser humano como

una unidad: cuerpo, alma y espíritu, la persona humana es, “por su propia naturaleza, una unidad bio-psico-espiritual. Existe por lo tanto una íntima relación entre lo exterior y lo interior, de manera que lo exterior repercute en lo interior, y viceversa” (43).

Existe una relación positiva entre ser espiritual y mantenerse sano, aunque dicha relación no ha sido clara para algunos a través de los años, cada vez existen más estudios que confirman que las personas espirituales son también más sanas (43).

Un estudio reciente, por ejemplo, mostró que, sin importar el tipo de afiliación religiosa, las personas espirituales gozan de mejor salud mental. El reporte, publicado en *Journal of Religion and Health*, concluyó que la práctica espiritual de cualquier índole conduce a una reducción en el sentido del yo y el ego, y aumenta la percepción de conexión y unidad con otros y con el universo, lo que a su vez se traduce en una mejor salud mental y emocional (43).

Por otro lado, una encuesta realizada en los Estados Unidos por Gallup, encontró que las personas que mantienen una práctica religiosa cualquiera que esta sea, sistemáticamente reportan

mejor salud, que aquellos que dicen no practicar la religión o espiritualidad (43).

Específicamente, aquellos que se consideran “muy espirituales” reportaron una mejor calidad de vida, hábitos más saludables, mayor satisfacción laboral y mejor salud emocional (43).

Igualmente, en una revisión de los artículos científicos más relevantes en el tema de espiritualidad y salud, se encontró lo siguiente:

Las personas espirituales gozan de mejor salud cardiovascular, viven más tiempo, sufren menos de depresión o por períodos más cortos, son más felices y reportan estar más satisfechas con su vida (43).

También se encontró que la participación en ceremonias o congregaciones religiosas tiene efectos positivos en la salud de un individuo. De hecho, dicha participación se traduce en menor índice de mortalidad, menos casos de depresión y una visión más optimista de la vida. Los autores concluyen el fenómeno se debe a que las congregaciones religiosas prestan un apoyo a

sus miembros, las ceremonias reducen los niveles de estrés, y las relaciones que se crean con otros miembros refuerzan hábitos positivos y saludables. (43).

La Familia

La familia es la unión de personas que comparten un proyecto vital en común, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, afectividad, reciprocidad y dependencia (43).

Los valores son importantes para que una familia tenga armonía a pesar de los problemas o situaciones inesperadas que suelen ocurrir. (41).

Hemos considerado los siguientes valores como pilares para el buen funcionamiento familiar: el amor y bondad, respeto y confianza mutua, comunicación eficaz, responsabilidad y compromiso, valores espirituales (43).

2.2.2. SÍNDROME METABÓLICO

Síndrome metabólico: Miguel P., menciona que el SM comprende un conjunto de factores de riesgo que se vinculan a la dislipidemia,

HTA, resistencia a la insulina (RI) con o sin hiperglicemia, obesidad abdominal, un estado protrombótico, que incrementan el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) y ECV (47).

Martínez G, Alonso R, Novik V., comentan que el SM corresponde a la agrupación de anormalidades metabólicas como obesidad central, siendo la causa principal para el desarrollo de SM, seguido de HTA, dislipidemia y alteración del metabolismo de los hidratos de carbono que determinan un mayor riesgo de padecer ECV y diabetes mellitus (DM) en el individuo (48).

Por otro lado, Sirit et al., indican que el síndrome metabólico se trata de una asociación de trastornos a la salud que puede aparecer de manera simultánea o secuencial en un mismo individuo, causados por factores genéticos y ambientales asociados al estilo de vida en los que la resistencia a la insulina se considera el componente patogénico fundamental. La presencia de SM se relaciona con un incremento significativo de riesgo de diabetes, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular (49).

Se denomina Síndrome Metabólico al conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de

distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDL), la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial (PA) y la hiperglucemia (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2009 ha propuesto un Síndrome Metabólico (SM), excluyendo de la población con Síndrome Metabólico a los individuos que ya padezcan Diabetes Mellitus2 (DM2) o enfermedades cardiovasculares, puesto que el síndrome metabólico debe considerarse como un factor de riesgo.

Se definió Síndrome Metabólico excluyendo la población con cifras de glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl o en tratamiento antidiabético, así como aquellos con antecedentes de enfermedades cardiovasculares (CV).

COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO

Presión Arterial

Pineda, menciona en relación a la presión arterial, que actualmente existe una amplia evidencia de la asociación lineal del aumento de presión arterial (PA) con el riesgo cardiovascular (50).

Varios estudios relacionan la insuficiencia renal (RI) con el aumento de la PA. Desde el ATP III, se tiene como criterio una PA >130/85 mm Hg. Aunque este nivel puede parecer arbitrario, surge de creciente evidencia, que demuestra riesgo cardiovascular desde niveles de PA menores que las requeridas para diagnosticar hipertensión arterial (HTA) (50).

La American Society of Hypertension manifiesta que la presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias, las arterias son vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo, así que la presión arterial menor o igual a 120/80 es ideal, para las personas con alteraciones metabólicas, la presión arterial menor a 130/80 es buena y menor a 120/80 es ideal (51).

En la Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial en Adultos para el Primer Nivel de Atención de EsSalud, recomienda utilizar la clasificación de la Sociedad Europea de Cardiología, porque nos permite evaluar y estratificar al paciente en el conjunto de su riesgo cardiovascular global (52).

CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PRESIÓN ARTERIAL (MMHG)		CATEGORÍAS
PAS	PAD	ESC ESH
<120	<80	Optima
120-129	80-84	Normal
130-139	85-89	Normal – alta
140-159	90-99	HTA estadio 1
160-179	100-109	HTA estadio 2
>=180	>=110	HTA estadio 3
>=140	<90	HTA sistólica aislada

Fuente: Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y Sociedad Europea de Hipertensión (ESH)

Dislipidemia

Pineda refiere que la dislipidemia es otra importante característica que se incluye en todos los criterios planteados hasta el momento respecto al Síndrome Metabólico (50).

Moreno comenta que las alteraciones del metabolismo de los lípidos en el SM se caracterizan por un incremento de los niveles de triglicéridos, disminución de la fracción HDL del colesterol y alteraciones cualitativas en las moléculas de LDL colesterol. El control de la lipogénesis en los adipocitos está regulado entre otros, por las catecolaminas y por la insulina. Las catecolaminas tienen un efecto lipolítico más acentuado sobre el tejido adiposo visceral, que sobre el subcutáneo (53).

La insulina controla la disponibilidad de los ácidos grasos libres, regulando la actividad de la lipoproteína lipasa. Asimismo en el desarrollo de un Síndrome Metabólico, los niveles incrementados de ácidos grasos libres (procedentes de la lipólisis en tejido adiposo llevada a cabo por la lipasa hormonosensible), facilita a nivel hepático la síntesis de VLDL provocando hipertrigliceridemia, así como la neoglucogénesis (hiperglucemia); por otra parte, la resistencia a la insulina o la falta de acción de ésta hormona reduce la actividad de la enzima lipoproteína lipasa que es la reguladora de la hidrólisis de los triglicéridos de las VLDL, los

triglicéridos ni son degradados ni almacenados, por lo que se produce un incremento en los niveles plasmáticos (54).

Se considera que la dislipidemia asociada con el Síndrome Metabólico es altamente aterogénica y se caracteriza por: (54)

- Hipertrigliceridemia: TG >150 mg/dl
- Colesterol de baja densidad disminuido:
 - Hombres: HDL < 40 mg/dl
 - Mujeres: HDL < 50 mg/dl

Glucemia

Buchaca et al., refieren que la causa de complicaciones metabólicas agudas es resultante del déficit absoluto o relativo de insulina (55).

Este déficit puede desembocar en que los pacientes diabéticos presenten un cuadro de cetoacidosis diabética o un síndrome hiperglucémico hiperosmolar (con hiperglucemia generalmente superior a 300 mg/dl, cetonemia con cuerpos cetónicos totales en suero superior a 3 mmol/l, acidosis con pH inferior a 7,3 o

bicarbonato sérico inferior a 15 mEq/l8) (55).

Según Romero C., manifiesta que la alteración del metabolismo glucídico en la definición del síndrome X de Reaven, consecuencia de la resistencia a la insulina, podía manifestarse por hiperinsulinemia, glucemia alterada en ayunas o tolerancia alterada a la glucosa. En la definición del ATP III se exige simplemente glucemia en ayunas > 110 mg/dL (6,1 mmol/L). En la de la IDF se establece como límite 100 mg/dL (5,6 mmol/L), o diabetes previamente diagnosticada. La definición del documento de la AHA/NHLBI acepta el mismo límite que la IDF (100 mg/dL), e incluye también como criterio diagnóstico el tratamiento farmacológico por hiperglucemia (56).

En EsSalud para efectos de su indicador institucional de Detección Precoz e Intervención del Síndrome Metabólico, se han establecido los criterios según el siguiente cuadro (57).

VALORES DE GLICEMIA EN PERSONAS CON Y SIN

SÍNTOMAS CLÁSICOS DE LA DIABETES

GRUPO OBJETIVO	TEST	VALORES POST TEST	DESCRIPCIÓN DEL RESULTADO
Persona con o sin síntomas clásicos de Diabetes	Glucosa en ayunas en sangre en personas sin síntomas de Diabetes Mellitus	<100 mg/dl 100 - <126 126mg/dl	Normal Se debe realizar glucosa en sangre venosa 2h post carga con 75gr de glucosa anhidra (PTOG) Puede ser: <140 mg/dl: Glicemia alterada en ayunas 140-199mg/dl: re Diabetes >=200mg/dl: Diabetes Mellitus Y luego de repetir la glucosa en ayunas en sangre venosa es 126mg/dl: Diabetes Mellitus
Personas que presenta síntomas clásicos de Diabetes	Glucosa en sangre venosa ocasional	>=200 mg/dl	Diabetes Mellitus

Fuente: Tomado de Resolución Ministerial 719-2015/ MINSa, que aprueba la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención

Perímetro Abdominal (CM)

Azambuja P, Trussardi P, Portal V., refieren que la circunferencia abdominal (CA) es la medición que se correlaciona con los factores de riesgo en obesidad abdominal, son los más identificados por las variables antropométricas que puedan reflejar la distribución de la grasa corporal. Se considera alto cuando hay mayor o igual a 90 centímetros en el varón y mayor o igual a 80 centímetros en la mujer. (58).

Moreno M., afirma que la acumulación preferencial de grasa en la zona toracoabdominal del cuerpo se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica, se encuentran que el índice de la cintura cadera y la medición exclusiva de la circunferencia de cintura es exclusivo para saber con exactitud la grasa intraabdominal. Por lo anterior, hoy en día se considera a la medición de la circunferencia de cintura un buen predictor clínico del riesgo cardiovascular y metabólico asociado a la obesidad abdominal. Asimismo, en el año 2005, la Federación Internacional de Diabetes (IDF) realizó una propuesta diferente para la definición de obesidad abdominal (circunferencia de cintura),

reduciendo los puntos de corte a 94 cm. para los hombres y 80 cm. para las mujeres, en población de origen europea (53).

En EsSalud para efectos de su indicador institucional de Detección Precoz e Intervención del Síndrome Metabólico, se han establecido los siguientes criterios de circunferencias abdominales: Varón: ≥ 90 cm y Mujer: ≥ 80 cm (54).

FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME METABÓLICO

Los factores de riesgo del SM, según la Organización Mundial de la Salud son los siguientes: (43).

- **Factores ambientales:** consumismo, formas de trabajo, ciudades hacinadas, escasa educación en salud, intereses del mercado, comunicación masiva, vida de prisa.
- **Factores modificables:** alimentación no saludable, sedentarismo, estrés, alcohol, tabaco y autoestima.
- **Factores no modificables:** Genético, genero, raza y edad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL SÍNDROME METABÓLICO PREMÓRBIDO

El diagnóstico del SM se establece cuando están presentes tres o más de los determinantes de riesgo que se mencionan en el siguiente cuadro (43).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL SÍNDROME METABÓLICO OMS

CRITERIOS	DEFINICION
Circunferencia de la cintura elevada	>= 102 cm (Hombres) >= 88 cm (Mujeres)
Triglicéridos elevados	>= 150 mg/dl
HDL colesterol reducido	< 40mg/dl (Hombres) < 50mg/dl (Mujeres)
Presión arterial elevada	>= 130/85 mmHg
Glucosa plasmática en ayunas	>= 100 mg/dl

Fuente: NCEP ATP 111 (2001), actualizados posteriormente por la American Heart Association (2005) y por la OMS (Prevalencia de Síndrome Metabólico según las nuevas recomendaciones de la OMS. Estudio HERMEX 2007-2009).

La OMS identifica dos niveles de obesidad abdominal según el riesgo de complicaciones metabólicas. El riesgo aumenta con circunferencias abdominales > 90 cm en el hombre y >80 cm en la mujer, pero el riesgo aumenta mucho más con valores >100 y 88cm para el hombre y la mujer, respectivamente (43).

En EsSalud para efectos de su indicador institucional de Detección Precoz e Intervención del Síndrome Metabólico, se han establecido los siguientes criterios: (43).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL SÍNDROME METABÓLICO ESSALUD

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Circunferencia Abdominal	Población no Europea (América Central y del Sur): Varón: ≥ 90 cm y Mujer: ≥ 80 cm Poblaciones Europeas: Criterios de la IDF y
Triglicéridos	AHA/NHI ≥ 150 mg/dl
Colesterol HDL	- < 40mg/dl (Hombres) < 50mg/dl (Mujeres)
Presión Arterial	Sistólica ≥ 130 mmhg y diastólica 85 mmHg
Glucemia ayunas	en ≥ 100 mg/dl

Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud. “Programa Reforma de Vida –Sumak Kawsay: Vivir en Armonía.

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME METABÓLICO

Según Wachter N., las consecuencias más relevantes del Síndrome Metabólico son: (59).

- Incremento de la morbimortalidad en enfermedades crónicas no transmisibles
- Deterioro de la calidad de vida.
- Altos costos institucionales.
- Dificultades para sostener un sistema de seguridad social en salud.

SÍNDROME METABÓLICO EN ETAPAS DE VIDA JOVEN, ADULTO Y ADULTO MAYOR

Zimmet P, Alberti G, refieren que el riesgo de síndrome metabólico y de los rasgos que lo componen aumenta con el tiempo en las personas adultas. Gran parte del riesgo asociado con la edad se puede explicar mediante el cambio del nivel de hormonas esteroides y su funcionamiento. Los cambios hormonales que tienen lugar durante la menopausia, por ejemplo, van asociados a un aumento de la adiposidad total y de la distribución de la grasa central y, por lo tanto, aumentan el riesgo de síndrome metabólico (60).

Durante la última década, se ha descrito un número creciente de factores distintos y se han vinculado con los rasgos del síndrome metabólico. Entre ellos se encuentran hormonas como la Leptina, la Adiponectina y la Resistina, que unidas con los estrógenos, estas hormonas, secretadas por el tejido adiposo, actúan para regular el metabolismo de la energía. El entorno hormonal y la expresión de los genes son distintos entre hombres y mujeres. Por lo tanto, las interacciones entre factores genéticos y medioambientales podrían generar distintos efectos (y fenotipos) en varones y mujeres (61).

Por otro lado, Bustamante G., indica que, así como todo proceso de envejecimiento, en el adulto la producción hormonal disminuye con la edad, disminuyendo junto con ella la masa muscular y la pérdida progresiva de la hormona de crecimiento y el factor de crecimiento insulinosímil. La baja producción de la HG favorece a su vez la acumulación de grasa visceral, favorecida por aumento de la dehidroepiandrosterona y relación cortisol/DHEAS aumentada. El individuo disminuye su actividad física y consiguientemente el estímulo de la HG lo cual deteriora el mantenimiento de un musculo sano, y de huesos fuertes. El resultado de la sarcopenia resultante determina el aumento de la resistencia a la insulina y a disminución del gasto energético generado por el musculo, disminución de la oxidación de las grasas (61).

PREVENCIÓN EN EL SÍNDROME METABÓLICO

López R, Rodrigo I, mencionan que las modificaciones en el estilo de vida (disminución de peso, dieta y actividad física). La pérdida de peso tiene una importancia primaria en el manejo del Síndrome Metabólico. Esta reducción de peso debe resultar de una menor ingesta calórica (con disminución de 500- 1000 Kcal/día) y de una adecuada actividad física que aumente las pérdidas energéticas, además de una modificación de la conducta a largo plazo (62).

Como regla general, las personas con Síndrome Metabólico deben adherirse a un contexto de hábitos dietéticos basados en una dieta con baja ingesta de grasas saturadas, grasas trans y colesterol, reducción en ingesta de azúcares simples y aumento en la ingesta de frutas, verduras y cereales (62).

Los Hidratos de carbono, Existe evidencia suficiente de que las dietas con bajo contenido en carbohidratos son capaces de mejorar la sensibilidad a la insulina, controlar el peso, la presión arterial y reducir el riesgo cardiovascular. La ingesta de fibra insoluble, se asocia a disminución del riesgo de diabetes mellitus (62).

Dieta mediterránea: Definida como una dieta saludable, se caracteriza por un elevado consumo de verduras, legumbres, frutas, frutos secos, cereales integrales y aceite de oliva, bajo consumo de grasas saturadas, moderada-alta ingesta de pescado, moderado-bajo consumo de leche y queso, baja ingesta de carne roja y una moderada y regular ingesta de vino con las comidas. Diversos estudios basados en la dieta mediterránea han demostrado disminuir la incidencia de DM y el número

de complicaciones asociadas al Síndrome Metabólico (62).

MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER: Promoción de la salud

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. El Modelo expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud (63).

El Modelo está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (Aristizabal, Blanco, Sánchez & Ostiguín, 2011). El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado),

reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). El segundo, sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional es clave para conseguir un logro en la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo (63).

2.2.3. Características Generales

A continuación, se describe los conceptos de las variables sociodemográficas:

Sexo: constituye la categoría explicativa de la construcción social y simbólica de los hombres y mujeres sobre la base de la diferencia sexual según (62).

La prevalencia de síndrome metabólico es en general mayor en los hombres porque suelen tener obesidad central más frecuentemente. En estudios realizados en ocho poblaciones europeas con los criterios de la OMS en hombres y mujeres sin diabetes, la prevalencia de síndrome metabólico fue en general mayor en los hombres. La influencia de la obesidad central es de marcada importancia, motivo por el cual en aquellas poblaciones

en las que la obesidad central era mayor en las mujeres, también en ellas era mayor la prevalencia de síndrome metabólico (65).

Edad; la edad constituye un factor de riesgo que influye en gran cantidad de enfermedades, dado por los cambios regresivos que ocurren en los diferentes sistemas, tanto por la declinación hormonal como metabólica en el transcurso del tiempo, han demostrado que la incidencia del Síndrome Metabólico Pre mórbido aumenta con la edad, los rangos que se tendrán son de 18 a 35 años, de 35 a 60 y 60 a más (66).

Asimismo, la prevalencia de muchos factores incluidos en el síndrome metabólico aumenta con la edad con el consecuente incremento en la prevalencia. Por ejemplo, el estudio NHANES III (Third National Health and Nutrition Examination Survey) de EEUU, cuyos datos fueron obtenidos entre 1988 y 1994, halló una prevalencia de síndrome metabólico del 24% en los adultos mayores de 20 años, similar en ambos géneros, definido con los criterios del ATP III. El rango aumentaba con la edad (65).

Entidades empleadoras: todas las empresas e instituciones públicas o privadas que emplean trabajadores bajo relación de dependencia, las que pagan pensiones y las cooperativas de trabajadores (67).

Índice de masa corporal; El índice de masa corporal (IMC) es un

indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad (68).

2.3. Definición conceptual de términos:

Síndrome Metabólico: Es una asociación de problemas metabólicos que por sí solos generan un riesgo para la salud y que en su conjunto se potencializan. Se caracteriza por obesidad, disminución de las concentraciones del colesterol bueno HDL, elevación de las concentraciones de triglicéridos, aumento de la presión arterial (PA) y la hiperglucemia. Para diagnosticar SM el trabajador presentara de 3 a 5 criterios ya mencionados (1).

Asegurado de Entidades Empleadoras: Son personas asegurados del Seguro Social de Salud, afiliados regulares o potestativos y sus derechohabientes (67).

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: Establecimientos públicos, privados o mixtos categorizados y acreditados por la autoridad competente y registrados en la

Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, autorizados para brindar los servicios de salud correspondientes a su nivel de atención (67).

Perímetro abdominal: Es una medida antropométrica que permite determinar la grasa acumulada en el cuerpo. Se han establecido circunferencias abdominales: Varón: ≥ 90 cm y Mujer: ≥ 80 cm (43).

Dislipidemia: Se caracteriza por: Hipertrigliceridemia: TG >150 mg/dl, Colesterol de baja densidad disminuido: H: HDL < 40 mg/dl, M: HDL < 50 mg/dl, Lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas y densas, Aumento de ácidos grasos libres en plasma, Aumento de apolipoproteína B (50).

Glucemia: Buchaca et al., la describen como la causa de las complicaciones metabólicas agudas resultante del déficit absoluto o relativo de insulina (55).

Presión arterial: La American Society of Hypertension manifiesta que la presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias, las arterias son vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo, así que la

presión arterial menor o igual a 120/80 es ideal, para las personas con alteraciones metabólicas, la presión arterial menor a 130/80 es buena y menor a 120/80 es ideal (51).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación

El presente estudio es de nivel aplicativo, por que plantea resolver problemas o intervenir en la historia natural de la enfermedad, enmarcada a la innovación; enfoque cuantitativo, ya que los datos se examinaron de manera numérica especialmente en el campo de la estadística; diseño **cuasi experimental** con evaluación antes y después (69).

Esquema:

GE 01 x 02

Donde:

- **GE:** Grupo experimental
- **01:** Evaluación de inicio
- **X:** Aplicación del Programa de Reforma de Vida
- **02:** Evaluación de salida

Los estudios **cuasi experimentales** tienen el objetivo de analizar los efectos asociados a la intervención y por ende al estudio de los

eventuales cambios que pueden ser detectados y por ello detectarse en los sujetos a veces esta intervención es en función del tiempo, en circunstancias en que no existe asignación aleatoria. (69)

Según su prolongación en el tiempo: **retrospectivo** ya que se indagó sobre hechos ocurridos en el pasado. (69)

3.2. Población

- **Población;** Estuvo conformado por 271 Fichas Clínicas de los asegurados con Síndrome Metabólico del Programa Reforma de Vida de la Red asistencial Tacna, EsSalud atendidos del periodo enero a diciembre 2018.
- **Muestra:** Se realizó mediante el muestreo no probabilístico de tipo intencional (por conveniencia), donde se identifican a la población con Síndrome Metabólico mediante las Fichas Clínicas del Programa Reforma de Vida, que vendrían a ser 271.

Es intencional porque el investigador decide que individuos de la población pasan a formar parte de la muestra en función de los criterios de inclusión y exclusión (69).

Criterios de inclusión:

- Ficha de los Trabajadores que cumplan tres o más criterios para Síndrome Metabólico (Perímetro Abdominal ≥ 80 cm en mujeres y ≥ 90 cm en varones; Triglicéridos ≥ 150 mg/dl en mujeres y varones; Colesterol HDL ≤ 50 mg/dl en mujeres y ≤ 40 mg/dl varones; Glicemia en Ayunas ≥ 100 mg/dl en mujeres y varones; Presión Arterial $\geq 130/85$ mmHg en mujeres y varones).
- Fichas clínicas de los trabajadores de 18 a más años.
- Fichas clínicas de trabajadores con seguro vigente.
- Fichas clínicas completas, donde los trabajadores hayan firmado el compromiso

Criterios de exclusión:

- Fichas clínicas de trabajadores con diagnóstico de enfermedades de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y otras enfermedades agudas activas.
- Fichas clínicas de los trabajadores con obesidad mórbida, diabetes descontrolada, hipertensión severa, hepatopatías, insuficiencia renal.
- Fichas incompletas de los trabajadores que no

completaron el programa (abandonos).

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas:

Se toma referencia las Fichas Clínicas de los pacientes con Síndrome Metabólico Intervenido por el Programa Reforma de Vida, se tomó en cuenta los instrumentos y criterios aplicados por el programa (33):

- **Síndrome Metabólico antes de la intervención del Programa Reforma de Vida;** según la glucosa, el perímetro abdominal, presión arterial, triglicéridos y HDL.
- **Programa Reforma de Vida evalúa el antes y después de la intervención a los asegurados con Síndrome Metabólico en:** Tamizaje, Intervención y la Evaluación.

Los Test que utilizó el Programa de Reforma de Vida son:

Instrumento Nº 1: Cuestionario de estrés percibido

(PERCEIVED STRESS SCALE) PSS – 14: Escala de

Percepción Global de Estrés (EPGE) adaptada en

Chile y México Inicialmente creada por Cohen para

medir el grado en el cual situaciones en la vida cotidiana son percibidas como estresantes, la escala es un instrumento óptimo de medición respecto al resultado de los niveles de estrés vivenciados por la persona en los últimos meses de vida. Se mantienen las catorce preguntas y se auto administra. Consta de 5 opciones de respuesta para cada pregunta en escala Likert: Nunca, Casi Nunca, De vez en Cuando, Frecuentemente y Casi Siempre.

La aplicación del instrumento dura aproximadamente de 15 minutos o menos. Los puntajes del PSS-14, se obtienen mediante la reversión de sus puntajes en los seis ítems positivos (estos se caracterizan por tener un enunciado positivo). Los ítems 4, 5, 6, 7, 9 y 13 son los ítems positivos. Luego se deben sumar los 14 ítems. Los ítems negativos son: 1, 2, 3, 8, 10, 11, 12 y 14 (71). El PRV EsSalud considera la misma escala de puntuación PSS-14: (33). (Ver anexo 1)

- **ALTO** : 28-56 puntos
- **BAJO** : 0 –27 puntos

Instrumento 2: Test nivel de conocimiento:

Instrumento que permite identificar con que conocimiento sobre estilos de vida saludables ingresa el asegurado al PRV, fue diseñado por el PRV de la Gerencia de Medicina Complementaria EsSalud, según Resolución de Gerencia General N° 990-GG-ESSALUD-2016 “Programa Reforma de Vida Sumak Kawsay: Vivir en armonía”, el cual consta de 10 items, por pregunta cuenta con cinco (5) alternativas, siendo la escala de puntuación la siguiente: (33) (Ver anexo 2)

- **Aprueba** : ≥ 6 respuestas correctas
- **Desaprueba**: ≤ 5 respuestas correctas

Instrumento 3: Test estilo de vida, fue validado por el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE.

El acrónimo FANTÁSTICO representa las primeras letras de diez dominios (a diferencia de la versión original en inglés donde los dominios son nueve); en los cuales se encuentran distribuidas 30 preguntas: (70) (Ver anexo 3)

- **F**: Familia y amigos
- **A**: Asociatividad. Actividad física.

- **N:** Nutrición
- **T:** Tabaco
- **A:** Alcohol. Otras drogas.
- **S:** Sueño. Estrés.
- **T:** Trabajo. Tipo de personalidad.
- **I:** Introspección
- **C:** Control de salud. Conducta sexual.
- **O:** Otras conductas: (como peatón, pasajero del transporte público, sigo las reglas; uso cinturón de seguridad y tengo claro el objetivo de mi vida).

Cada una de las 30 preguntas puede ser contestada con los siguientes puntajes: 0: casi nunca; 1: A veces; 2: Siempre. Al puntaje final se le multiplica por 2, obteniéndose un rango final de puntajes de 0 a 120. Este rango de valores es clasificado en las siguientes categorías que resumen el estilo de vida del evaluado: (70).

- **0-46:** Estas en zona de peligro.
- **47-72:** Algo bajo, podrías mejorar.
- **73-84:** Adecuado, estas bien.
- **85-102:** Buen trabajo, estas en el camino correcto
- **103-120:** Felicitaciones, tienes un estilo de vida Fantástico.

El Programa Reforma de Vida EsSalud, según la puntuación agrupa algunas categorías, proponiendo la siguiente escala: (33)

- **47-120:** Adecuado.
- **0 - <47:** No Adecuado

Validez y Confiabilidad

Validez por expertos:

El Cuestionario de estrés percibido, PSS – 14: Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE) adaptada y validado en Chile y México, el Programa Reforma de Vida EsSalud utiliza el instrumento con su presentación adaptada. (71) (33)

Test estilo de vida, validado por el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE. El rango de valores es clasificado en 5 categorías, el Programa Reforma de Vida EsSalud adaptado en su rango de calificación; Adecuado y No adecuado (33)

Test nivel de conocimiento, Instrumento creado por EsSalud 2015.

Los tres instrumentos no cuentan con resultados visible

de juicio de expertos, pero se encuentra considerados dentro de la Resolución de Gerencia General N° 990-GG-ESSALUD-2016 “Programa Reforma de Vida Sumak Kawsay: Vivir en armonía”, instrumento validado de nivel central de EsSalud. (33)

Confiabilidad de instrumentos:

El Test estilo de vida, EsSalud en el año 2015 realizó un estudio sobre Análisis de la confiabilidad del Test Fantástico para medir Estilos de Vida Saludables en trabajadores evaluados por el Programa “Reforma de Vida” del Seguro Social de Salud (EsSalud), se obtuvo como resultado alfa de cronbach de 0,778. (Ver anexo 4)

El Cuestionario de estrés percibido y el Test nivel de conocimiento, no cuentan con resultados visibles de estudios de confiabilidad por EsSalud, pero se encuentran considerados dentro de la Resolución de Gerencia General N° 990-GG-ESSALUD-2016 “Programa Reforma de Vida Sumak Kawsay: Vivir en armonía”

3.4. Procedimiento de recolección de datos:

- Se realizaron los trámites administrativos entre la Facultad de Ciencias de la Salud – Segunda Especialidad Familia y Comunidad de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre y la Red Asistencial EsSalud Tacna para el acceso de la información.
- El protocolo del presente proyecto corresponde a la Facultad de Ciencias de la Salud – Segunda Especialidad Familia y Comunidad de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre, el cual fue evaluado por el comité de ética en investigación de la Red Asistencial EsSalud Tacna.
- Se coordinó con la Oficina de Atención Primaria de la Red Asistencial EsSalud Tacna para darles a conocer los detalles de la investigación.
- Se llevó la identificación personal correspondiente.
- Se pidió el permiso a los responsables del Programa Reforma de Vida para obtener las Fichas Clínicas de los asegurados tamizados con

Síndrome Metabólico.

- Se identificaron las Fichas de Registro de los asegurados intervenidos con diagnóstico médico Síndrome Metabólico según criterio inclusión y exclusión para el presente estudio del PRV.
- Se recopilaron los resultados de los Pre y Post intervención de las Fichas Clínicas de los asegurados con Síndrome Metabólico para el presente estudio, para evaluar los criterios del Síndrome Metabólico y los test que aplica el programa.

3.5. Procesamiento de datos

El procesamiento estadístico se hizo mediante Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 22 se presentarán los datos en tablas simples y se elaboraron gráficos para cada tabla.

El procesamiento estadístico se hará mediante el MS Excel, aplicación de Microsoft Office, que se caracteriza por sus potentes recursos gráficos y funciones específicas que facilitan el ordenamiento de datos. Para la comprobación de la Hipótesis alternativa se realizó

mediante la prueba no paramétrica de Wilcoxon, la cual permitió comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas con un p valor de 0,05.

Al igual que con Excel, las tablas y los análisis efectuados se trasladadas a Word, para su ordenamiento y presentación.

3.6. Consideraciones éticas

La investigación estuvo configurada bajo los siguientes principios esenciales:

1. El consentimiento informado, con base al conocimiento de los objetivos a obtenerse con la aplicación de los instrumentos de medición, se cuenta con la autorización del Programa Reforma de Vida de la Red Asistencial de EsSalud Tacna.
(Ver anexo 5)
2. El principio de respeto a la dignidad humana se cumplió respetando la autodeterminación del asegurado y el reconocimiento irrestricto de la información.

3. La autodeterminación del asegurado fue de acuerdo con la decisión que ellos tomaron en forma voluntaria de su participación del Programa Reforma de Vida EsSalud, el cual es el motivo del presente estudio.
4. En el cumplimiento del permiso de la privacidad, se cuidó el anonimato en cuanto a la información obtenida, estableciéndose el compromiso de confiabilidad de la información brindada.
5. El principio de autorización, tuvo en cuenta el consentimiento del asegurado, después de una explicación clara y comprensiva sobre los objetivos del Programa Reforma de Vida EsSalud, el cual es el motivo de la investigación.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

En el presente capítulo se da a conocer los resultados obtenidos en la investigación conforme a los objetivos e hipótesis planteados, los cuales son presentados en tablas y gráficos, con el fin de facilitar su análisis e interpretación.

TABLA N° 1

**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ASEGURADOS
CON SÍNDROME METABÓLICO DE LAS ENTIDADES
EMPLEADORAS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED
ASISTENCIAL TACNA, ESSALUD 2018**

Características Generales	N°	%
Edad		
Joven (18 a 29 años)	14	5,16
Adulto (30 a 59 años)	223	82,29
Adulto mayor (60 a más años)	34	12,55
Total	271	100,00
Sexo		
Masculino	134	49,45
Femenino	137	50,55
Total	271	100,00
IMC en Adultos (18 a 59 años)		
Normal (18,5 a 24,9)	17	6,27
Sobrepeso (\geq 25 a 29,9)	121	44,65
Obesidad (\geq 30)	99	36,53
Total	237	87,45
IMC en adultos mayores (> de 60 años)		
Delgadez (\leq 23)	1	0,37
Normal (> 23 a 27,9)	20	7,38
Sobrepeso (\geq 28 a 31,9)	9	3,32
Obesidad (\geq 32)	4	1,48
Total	34	12,55
IMC Total	271	100,00
Entidad empleadora		
Pública	165	60,89
Privada	106	39,11
Total	271	100,00

Fuente: Instrumento Ficha Clínica del Programa Reforma de Vida Red
Asistencial de EsSalud Tacna, 2018.

Descripción: En la tabla 1, se visualiza las características sociodemográficas de los asegurados con Síndrome metabólico, y respecto a la edad, el 82,29% (223) son adultos, y según el sexo el 50,55% (137) son de sexo femenino, y según el IMC en adultos, el 44,65% (121) tienen sobrepeso, seguido del 36,53% (99) tienen Obesidad. Así mismo observamos que, según el IMC en adultos mayores, el 7,38% (20) es normal. Y la Entidad Empleadora de los asegurados el 60,89% (165) son de entidad pública, y el 39,11% (106) son de entidad privada.

TABLA N° 2

**SÍNDROME METABÓLICO SEGÚN DIMENSIONES EN
LOS ASEGURADOS DE LA RED ASISTENCIAL
TACNA, ESSALUD 2018**

Dimensiones del Síndrome Metabólico		TOTAL	
		N°	%
Glucosa	Femenino		
	Normal (< 100 mg/dl)	58	42,34
	Alterado (> 100 mg/dl)	79	57,66
	Masculino		
	Normal (< 100 mg/dl)	58	43,28
	Alterado (> 100 mg/dl)	76	56,72
	Total	271	100,00
Perímetro Abdominal	Femenino		
	Normal (< 80 cm)	1	0,73
	Riesgo (≥ 80 cm)	136	99,27
	Masculino		
	Normal (< 90 cm)	0	0,00
	Riesgo (≥ 90 cm)	134	100,00
	Total	271	100,00
Presión Arterial	Femenino		
	Normal (≤129/84 mm Hg)	91	66,42
	Alta (≥130/85 mm Hg)	46	33,58
	Masculino		
	Normal (≤129/84 mm Hg)	77	57,46
	Alta (≥130/85 mm Hg)	57	42,54
	Total	271	100,00
Continua			

Triglicéridos	Femenino		
	Normal (<150 mg/dl)	26	18,98
	Riesgo (\geq 150 mg/dl)	111	81,02
	Masculino		
	Normal (< 150 mg/dl)	11	8,20
	Riesgo (\geq 150 mg/dl)	123	91,80
	Total	271	100,00
Colesterol HDL	Femenino		
	Normal (\geq 50 mg/dl)	68	49,64
	Riesgo (< 50 mg/dl)	69	50,36
	Masculino		
	Normal (\geq 40 mg/dl)	84	62,69
	Riesgo (< 40 mg/dl)	50	37,31
	Total	271	100,00

Fuente: Instrumento Ficha Clínica del Programa Reforma de Vida Red Asistencial de EsSalud Tacna, 2018.

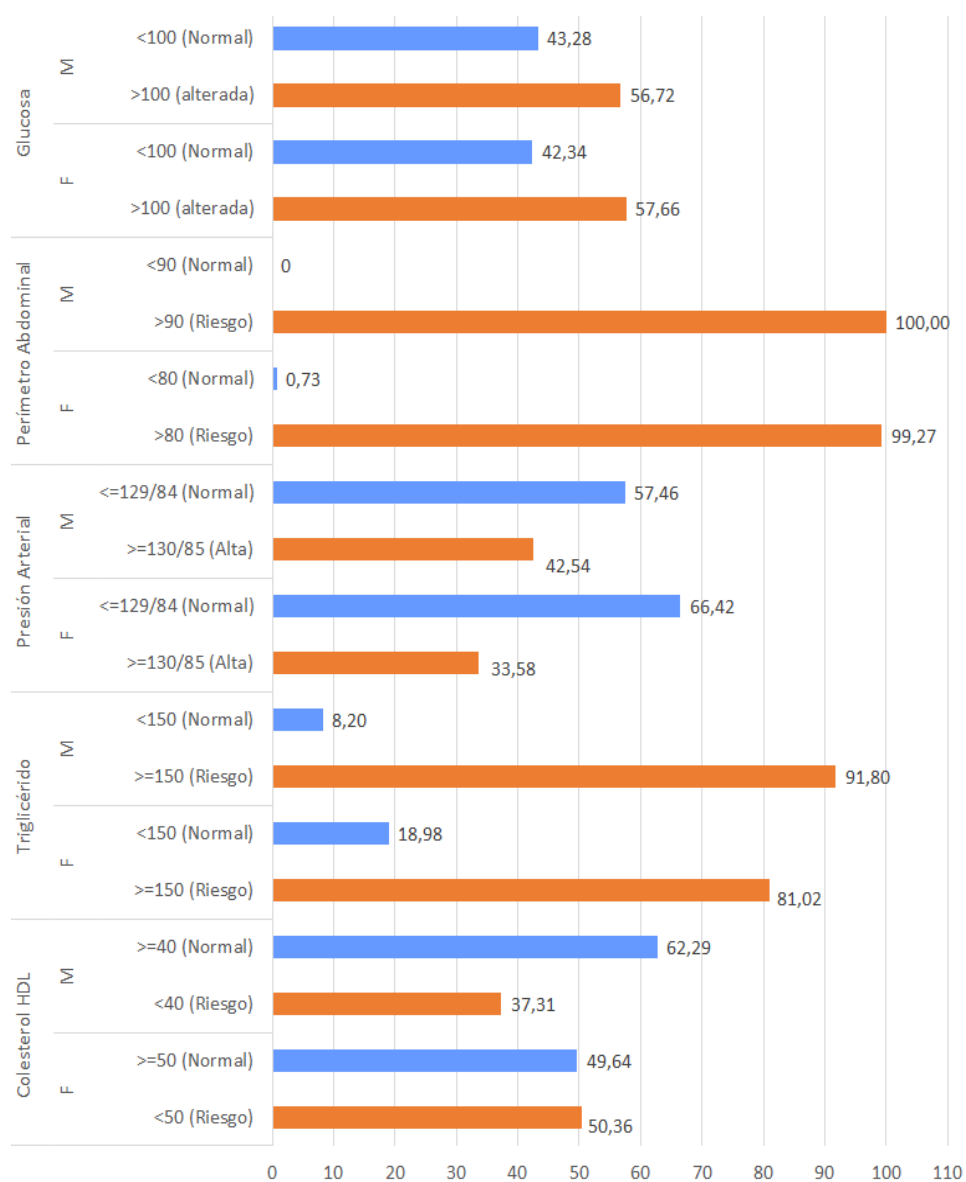
Descripción: En la tabla 2, se observa el Síndrome Metabólico de los asegurados, según dimensiones: según la glucosa, en el antes de la intervención, el 57,66 % (79) de los asegurados de sexo femenino la glucosa se encuentra alterado. Así mismo observamos que en el sexo masculino el 56,72% (76), de los asegurados de sexo masculino, la

glucosa se encuentra alterado. Y Según el criterio, de Perímetro abdominal, antes de la intervención, el 99,27% (136) de los asegurados de sexo femenino presentan riesgo. Así mismo observamos en el sexo masculino, el 100,00% (134) de los asegurados de sexo masculino antes de la intervención presentan riesgo. Y según el criterio de la presión arterial, antes de la intervención el 66,42% (91) de los asegurados es normal.

Así mismo observamos en el sexo masculino, antes de la intervención, el 57,46% (77) de los asegurados la presión es normal. Y según el criterio de los Triglicéridos, antes de la intervención el 81,02% (111) de los asegurados de sexo femenino están en riesgo. Así mismo observamos en el sexo masculino, antes de la intervención los Triglicéridos, el 91,80% (123) de los asegurados están en riesgo. Y según el criterio, en Colesterol HDL antes de la intervención el 50,36% (69) de los asegurados de sexo femenino se encuentran en riesgo. Así mismo, observamos en el sexo masculino antes de la intervención, el Colesterol HDL, el 62,69% (84) es normal en los asegurados de la Red asistencial de EsSalud de Tacna.

GRÁFICO N° 1

SÍNDROME METABÓLICO SEGÚN DIMENSIONES EN LOS ASEGURADOS DE LA RED ASISTENCIAL TACNA, ESSALUD 2018



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 3

PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA, SEGÚN DIMENSIONES
EN LOS ASEGURADOS CON SÍNDROME METABÓLICO
ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, DE LA
RED ASISTENCIAL TACNA, ESSALUD 2018

TAMIZAJE		Antes de la intervención		Después de la intervención	
		N°	%	N°	%
Glucosa	Femenino				
	Normal (< 100 mg/dl)	58	42,34	96	70,07
	Alterado (> 100 mg/dl)	79	57,66	41	29,93
	Masculino				
	Normal (< 100 mg/dl)	58	43,28	85	63,43
	Alterado (> 100 mg/dl)	76	56,72	49	36,57
	Total	271	100,00	271	100,00
Perímetro Abdominal	Femenino				
	Normal (< 80 cm)	1	0,73	8	5,84
	Riesgo (\geq 80 cm)	136	99,27	129	94,16
	Masculino				
	Normal (< 90 cm)	0	0,00	6	4,48
	Riesgo (\geq 90 cm)	134	100,00	128	95,52
	Total	271	100,00	271	100,00
Presión Arterial	Femenino				
	Normal (\leq 129/84 mm Hg)	91	66,42	132	96,35
	Alta (\geq 130/85 mm Hg)	46	33,58	5	3,65
	Masculino				
	Normal (\leq 129/84 mm Hg)	77	57,46	116	86,57
	Alta (\geq 130/85 mm Hg)	57	42,54	18	13,43
	Total	271	100,00	271	100,00

Continúa

Triglicéridos Femenino					
	Normal (<150 mg/dl)	26	18,98	71	51,82
	Riesgo (≥150 mg/dl)	111	81,02	66	48,18
Masculino					
	Normal (< 150 mg/dl)	11	8,20	48	35,82
	Riesgo (> 150 mg/dl)	123	91,80	86	64,18
Total		271	100,00	271	100,00
Colesterol HDL Femenino					
	Normal (≥ 50 mg/dl)	68	49,64	88	64,23
	Riesgo (< 50 mg/dl)	69	50,36	49	35,77
Masculino					
	Normal (≥ 40 mg/dl)	84	62,69	117	87,31
	Riesgo (< 40 mg/dl)	50	37,31	17	12,69
Total		271	100,00	271	100,00

TEST Y CUESTIONARIO		Antes de la intervención		Después de la intervención	
		N°	%	N°	%
Estilo de Vida	Adecuado (47 a 120)	271	100,00	271	100,00
	No Adecuado (0 a 47)	0	0,00	0	0,00
	Total	271	100,00	271	100,00
Estrés Percibido	Bajo (0 a 28)	219	80,81	254	93,73
	Alto (28 a 56)	52	19,19	17	6,27
Total		271	100,00	271	100,00
Nivel de Conocimiento	Aprueban (>6)	177	65,31	260	95,94
	Desaprueban(<5)	94	34,69	11	4,06
Total		271	100,00	271	100,00

SÍNDROME METABÓLICO INTERVENIDOS	N°	%
Controlado (logrado disminuir tres factores de riesgo)	185	68,27
Mejorados (han logrado iniciar la mejoría para alcanzar los rangos normales)	67	24,72
No Controlados (No han logrado disminuir sus factores de riesgo).	19	7,01
Total	271	100,00

Fuente: Instrumento Ficha Clínica del Programa Reforma de Vida Red Asistencial de EsSalud Tacna, 2018.

Descripción: En la tabla 3, se observa el Programa de Reforma de Vida, según dimensiones antes y después de la intervención. Y según el Tamizaje la glucosa, en el antes de la intervención, el 57,66% (79) de los asegurados de sexo femenino la glucosa se encuentra alterado y después de la intervención la glucosa alterado mejora, el 29,93% (41) en los asegurados de sexo femenino. Existiendo una diferencia de 27,73%. Así mismo observamos que en el sexo masculino el 56,72% (76), de los asegurados de sexo masculino, la glucosa se encuentra alterado y después de la intervención la glucosa alterado mejora, el 36,57% (49) en los asegurados de sexo masculino. Existiendo una diferencia de 20,15%. Y Según el criterio, del Perímetro

abdominal, antes de la intervención, el 99,27% (136) de los asegurados de sexo femenino presentan riesgo y después de la intervención el riesgo mejora, el 94,16% (129) en los asegurados de sexo femenino. Existiendo una diferencia de 5,11%.

Así mismo observamos en el sexo masculino, el 100% (271) de los asegurados de sexo masculino antes de la intervención presentan riesgo y después de la intervención mejora el 95,52% (128) en los asegurados de sexo masculino. Existiendo una diferencia – 4,48%. Y según el criterio de la presión arterial, antes de la intervención el 66,42% (91) de los asegurados es normal y después de la intervención mejora, el 96,35% (132) de los asegurados de sexo femenino. Existiendo una diferencia de 29,93%. Así mismo observamos en el sexo masculino, antes de la intervención, el 57,46% (77) de los asegurados la presión es normal y después de la intervención mejora el 86,57% (116) en los asegurados de sexo masculino. Existiendo una diferencia de 29,11%. Y según el criterio de los Triglicéridos, antes de la intervención el 81,02% (111) de los asegurados de sexo femenino están en riesgo y después de la intervención mejora el 48,14% (66) en los asegurados de sexo femenino. Existiendo una diferencia de - 32,88%. Así mismo observamos en el sexo

masculino, antes de la intervención los Triglicéridos, el 91,80% (123) de los asegurados están en riesgo y después de la intervención mejora el 64,18% (86) de los asegurados de sexo masculino. Existiendo una diferencia de – 27,62%. Y según el criterio, en Colesterol HDL antes de la intervención el 50,36% (69) de los asegurados de sexo femenino se encuentran en riesgo y después de la intervención mejora el 35,77% (49) de los asegurados de sexo femenino. Existiendo una diferencia de – 14,59.

Así mismo, observamos en el sexo masculino antes de la intervención, el Colesterol, el 62,69% (84) es normal y después de la intervención mejora el 87,31% (117) de los asegurados de sexo masculino. Existiendo una diferencia de 24,62%.

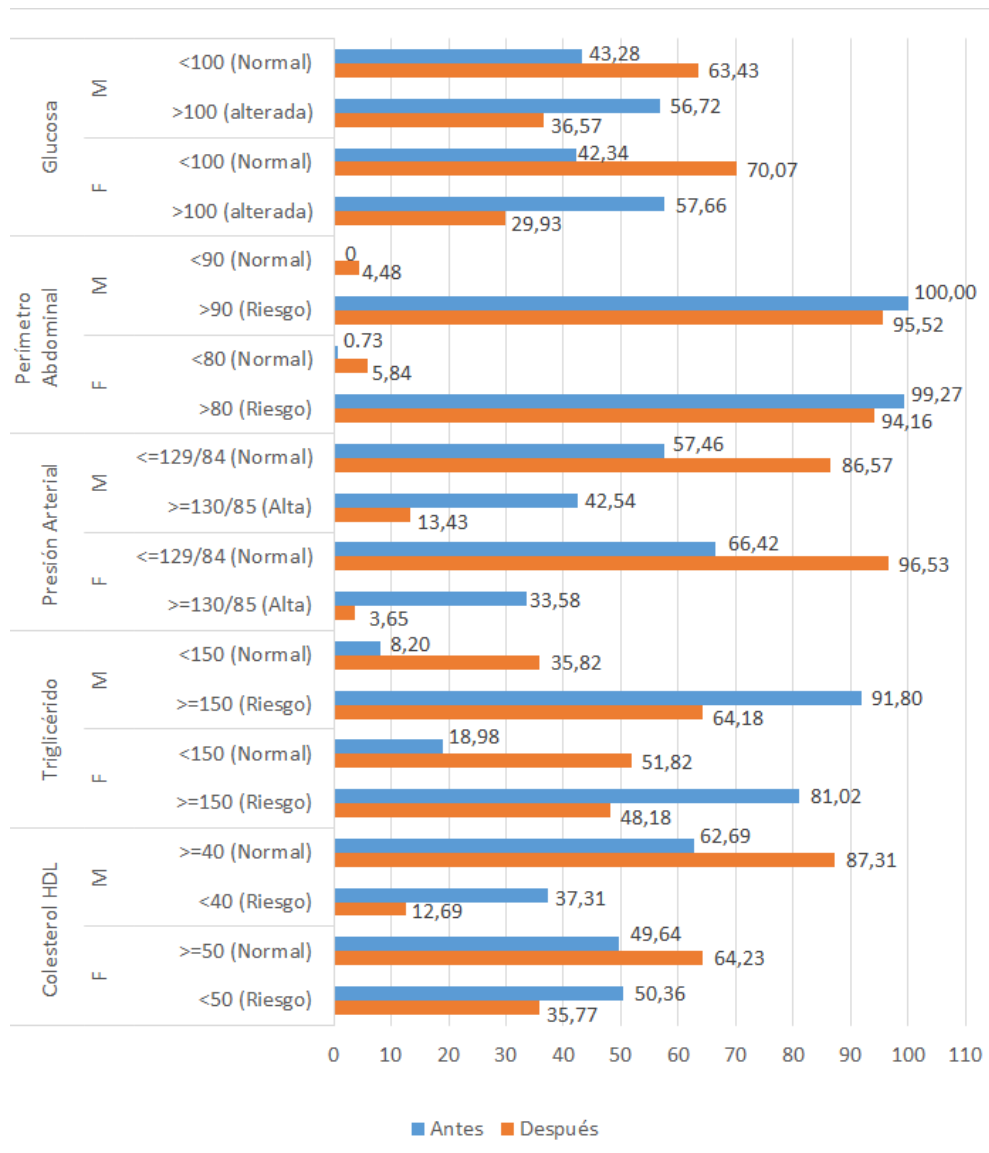
Así mismo, según los test de Estilo de vida, Estrés Percibido y Nivel de Conocimiento medido antes y después de la intervención del Programa Reforma de Vida. Se observa en el Test de estilo de vida antes de la intervención el 100% (271) y después de la intervención el 100% (271) de los asegurados fue adecuada. Y según el Cuestionario del estrés percibido, el 80,81% (219) de los asegurados es percibido como bajo y después de la intervención el 93,73% (254) de los asegurados percibe como bajo. Existiendo una diferencia de 12,92%. Y

según el Test nivel de conocimiento, antes de la intervención el 65,31% (177) de los asegurados aprueban y después de la intervención mejora el 95,94% (260) de los asegurados. Existiendo una diferencia de 30,62%.

También se observa el Síndrome Metabólico intervenidos por el Programa de Reforma de Vida, en los asegurados de la Red Asistencial Tacna EsSalud, donde se evidencia como controlados el 68,27% (185) de los asegurados logran disminuir tres factores de riesgo. Así mismo el 24,72% (67) de los asegurados han mejorado, logrando iniciar una mejoría para alcanzar los rangos normales. Y el 7,01% (19) de los asegurados no han controlado o logrado disminuir sus factores de riesgo.

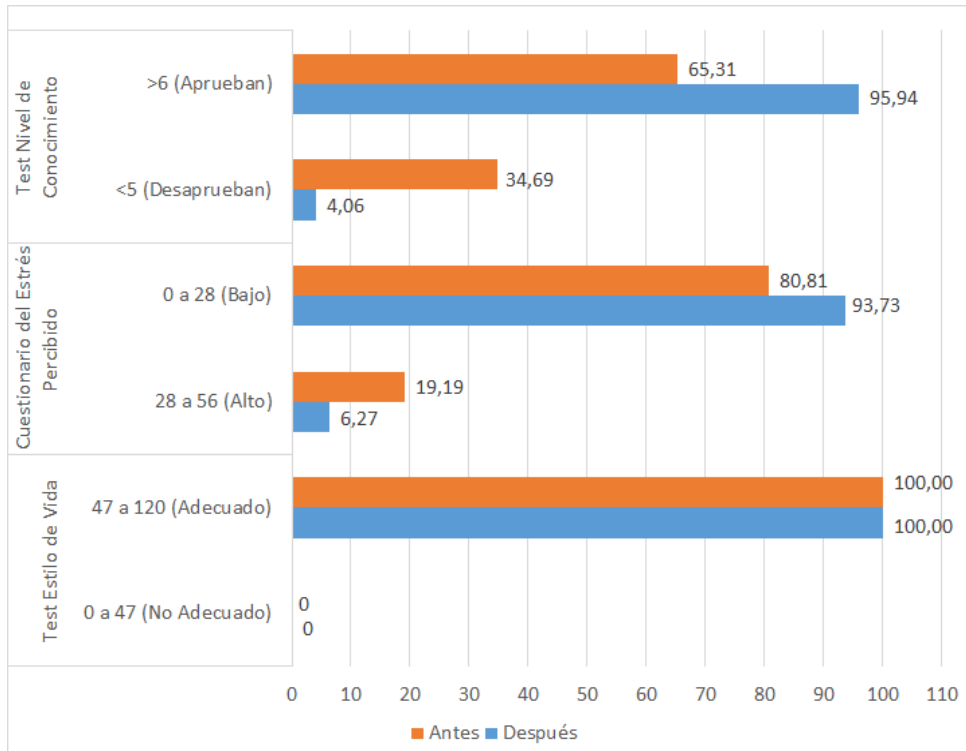
GRÁFICO N° 2-A

PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA, SEGÚN DIMENSIONES EN LOS ASEGURADOS CON SÍNDROME METABÓLICO ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, DE LA RED ASISTENCIAL TACNA, ESSALUD 2018



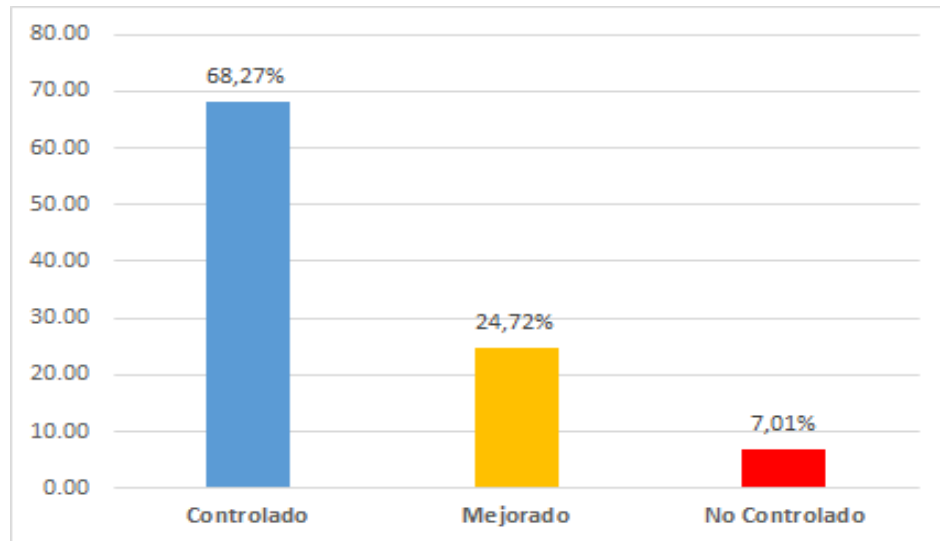
Fuente: Tabla N° 3

GRÁFICO N° 2-B



Fuente: Tabla N°3

GRÁFICO N° 2-C



Fuente: Tabla N° 3.

Tabla N° 4

INFLUENCIA DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA EN LOS ASEGURADOS CON SÍNDROME METABÓLICO DE LAS ENTIDADES EMPLEADORAS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL TACNA, ESSALUD 2018.

Estadísticos de prueba^a

	Glucosa: Final - Inicial	Perímetro Abdominal Femenino: Final - Inicial	Perímetro Abdominal Masculino: Final - Inicial	Presión Arterial: Final – Inicial	Triglicérido: Final – Inicial	C HDL Femenino: Final – Inicial	C HDL Masculino: Final – Inicial	Test Estilo de Vida: Final – Inicial	Cuestionario Estrés Percibido: Final – Inicial	Test Nivel de Conocimiento Final – Inicial
Z	-6,600 ^b	-2,646 ^b	-2,449 ^b	-8,944 ^b	-8,119 ^b	-2,673 ^b	-4,627 ^b	0,000 ^c	-5,916 ^b	-9,110 ^b
Sig. asintótica (bilateral)	0,000	0,008	0,014	0,000	0,000	0,008	0,000	1,000	0,000	0,000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

Fuente: Instrumento Ficha Clínica del Programa Reforma de Vida Red Asistencial de EsSalud Tacna 2018

Descripción: En la tabla 4. La prueba no paramétrica de Wilcoxon, permite comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas, observando Sig. Asintótica (bilateral) o p valor < 0,05. Se concluye, que, después de la intervención del Programa de Reforma de Vida, estadísticamente existe una diferencia significativa entre la glucosa final e inicial, el perímetro abdominal final e inicial, la presión arterial final e inicial, triglicérido inicial y final, Colesterol inicial y final, el Cuestionario estrés final e inicial y el Test de nivel de conocimiento inicial y final, con un p valor < 0,05. Así mismo no existe diferencia significativa entre el Test Estilo de Vida inicial y final positiva.

4.2. Discusión

En la Tabla N° 1, referente a las características generales del asegurado con Síndrome Metabólico de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial Tacna, respecto a la edad se observa que el 82,00% de asegurados son adultos, de sexo femenino con un 50,55 % y según el IMC en adultos, se observa el 44,65% con sobrepeso, seguido del 36,53% con obesidad. Y según la Entidad Empleadora el 60,89% de los asegurados son de entidad pública.

Similares al estudio de **Álvarez et al. (21)**, donde el 36,65% son de sexo femenino. Así mismo similar al estudio de **Luque, P (32)**, donde el 65,3%, son de sexo femenino.

Difieren del estudio de **Ortiz, Z (22)**, donde el 39,4% son mujeres del grupo etario comprendido de 36 a 46 años.

Edad; la edad constituye un factor de riesgo y se han demostrado que la incidencia del Síndrome Metabólico Pre mórbido aumenta con la edad (66).

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC

igual o superior a 30 determina obesidad (68)

Pero a qué se debe que en los asegurados adultos de sexo femenino de la entidad pública presentan sobrepeso; esto se puede deber a que el mayor porcentaje de población evaluada fue de sexo femenino, así mismo evidencia el rol de proveedora del hogar a las mujeres, en relación al peso, reflejarían que las actividades que se realizaran en las entidades públicas puedan ser en su mayoría más sedentarias y con más 8 horas de trabajo, sumado a que la mujer cumple diferentes roles no solo como proveedora del hogar, también como esposa, madre, entre otros, lo cual no le permite mantener un régimen de actividad física diario y por lo tanto su IMC sea en su mayoría de sobrepeso u obesidad.

En la Tabla 2, muestran los resultados del Síndrome Metabólico, según dimensiones en los asegurados. Según la **Glucosa** el 57,66% en el sexo femenino y el 56,72% del sexo masculino la glucosa está alterada. Así mismo se observa, en el **Perímetro Abdominal** donde el 99,27% en sexo femenino y el 100% en sexo masculino se encuentran en riesgo. Y según la **Presión arterial** el 66,42% en el sexo femenino y el 57,46% en el sexo masculino son normales. Se observa en los

Triglicéridos el 81,02% del sexo femenino y 91,80% se encuentran en riesgo. Y según **el Colesterol** el 50,36% en el sexo femenino se encuentra en riesgo.

Son similares al estudio **Sala, et al. (19)**, donde los Triglicéridos se evidenciaron altos, el perímetro abdominal en riesgo. Así mismo similares al estudio **Coila, M (29)**, que al inicio del estudio el 55% de los participantes tenían el Síndrome metabólico.

Difiere del estudio de **López, F (26)**, donde El 52,6% tuvieron síndrome metabólico.

El aumento del Síndrome metabólico, va asociado al aumento del riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 y de padecer de enfermedad cardiovascular o de sufrir un ataque cardiaco o accidente cerebro vascular y del riesgo de morir por estas causas (7).

El abordar tempranamente el Síndrome Metabólico, permitirá brindar un abordaje integral al paciente, logrando disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles, y de prevenir discapacidades y disminución de la fuerza laboral (1).

El diagnóstico del Síndrome Metabólico se establece cuando están presentes tres o más de los determinantes de riesgo (43).

Glucemia, es la presencia de glucosa en la sangre (72).

La alteración de la glucemia en ayunas que se da cuando hacemos una medición de glucemia en ayunas y ésta es mayor de 100 pero menor a 126 que sería una diabetes franca (72).

Perímetro abdominal, es la medición que se correlaciona con los factores de riesgo en obesidad abdominal y que puedan reflejar la distribución de la grasa corporal. Se considera alto cuando hay mayor o igual a 90 centímetros en el varón y mayor o igual a 80 centímetros en la mujer (58).

Presión arterial, es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias, las venas y los vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo, así que la presión arterial menor o igual a 120/80 mmHg es ideal, para las personas con alteraciones metabólicas, la presión arterial menor a 130/80 mmHg es buena y menor a 120/80 mmHg es ideal (51).

Triglicéridos, Son grasas que se encuentran en determinados alimentos y también se producen en el hígado. Los triglicéridos circulan en la sangre mediante unas lipoproteínas que se

producen en el intestino y en el hígado y se transportan a los tejidos donde se utilizan como una reserva de energía para cubrir las necesidades metabólicas de los músculos y el cerebro (73).

Colesterol, es una sustancia similar a la grasa e indispensable para la vida. Se encuentra en las membranas celulares de nuestros organismos, desde el sistema nervioso, al hígado y al corazón. Las lipoproteínas de alta densidad, o HDL, también conocidas como colesterol “bueno”, porque son las encargadas de recoger el colesterol de los tejidos y transportarlo al hígado para su eliminación a través de la bilis. Un nivel bajo de colesterol HDL (c-HDL) aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular (73).

Pero a qué, se debe que en los asegurados más de la mitad presentan más de 3 indicadores de Síndrome Metabólico; esto quizá se deba al cambio de los estilos de vida de los asegurados, lo cual involucraría a diversos factores influyentes como la genética, raza, edad, género, cultura o costumbres familiares los cuales dejan como herencia el sedentarismo, problemas en la autoestima, falta control estrés, alimentación no saludable, consumo de alcohol y tabaco, así mismo la publicidad y medios de comunicación masiva contribuyen a la inadecuada practica

de estilos de vida y por lo tanto se deteriora la calidad de vida no solo de los asegurados sino también en sus familias, permitiendo que se den diversas enfermedades cardiovasculares y el Síndrome Metabólico.

En la Tabla N° 03, Muestra los resultados el antes y después de la intervención del Programa Reforma de Vida según dimensiones: en relación a los tamizajes, medición de Test y Cuestionarios y el Síndrome Metabólico intervenidos. Y según el **tamizaje** de la glucosa en el sexo femenino mejora, del 42,34% a un 70,07% es normal. Y en el sexo masculino mejora del 43,28% a un 63,43% es normal. Y según el Perímetro abdominal en el sexo femenino disminuye el riesgo de 99,27% a un 94,16%. Y en el sexo masculino, el perímetro abdominal disminuye de, 100 a un 95,52% en riesgo. Y en la Presión arterial en el sexo femenino mejora del 66,42% a un 96,35% es normal. Y en el sexo masculino mejora del 57,46% a un 86,57% es normal. Y según los Triglicéridos en el sexo femenino disminuye el riesgo del 81,02% a 48,18%. Y en el sexo masculino disminuye el riesgo del 91,80% a un 64,18%. Así mismo observamos el Colesterol HDL en el sexo femenino, el riesgo disminuye del 50,36% a un 35,77%. Y en el sexo masculino, disminuye el riesgo del 37,31% a un 12,69%. **Según Test y Cuestionario**, se observa el Test

de estilo de vida, donde el 100% antes y después de la intervención es adecuado. Así mismo el Cuestionario de estrés percibido como bajo mejora del 80,81% a un 93,73%.

Y en el nivel de conocimiento aprueban antes de la intervención el 65,31% y después aprueban el 95,94% de los asegurados. También se observa la evaluación del **Síndrome Metabólico intervenido**, donde el 68,27% se encuentran controlados.

Similares al estudio de **Henríquez, et al. (18)**, donde en sus resultados hace referencia a que hubo mejorías significativas para el colesterol.

Similares al estudio **Sala, et al. (19)**, cuyos resultados sobre los Triglicéridos y el HDL decrecieron significativamente.

Similares al de **Cáceres, K; Vásquez, S (27)**, cuyos resultados se encontró diferencias estadísticamente significativas en los indicadores del perímetro abdominal, triglicéridos, glicemia, presión arterial con un $p < 0,05$)

Difiere del estudio de **Ortiz, Z (22)**, donde el programa identifico que el 45,10% fue controlado, los mejorados 36,60% y los no controlados fueron 18,30%.

El Programa de Reforma de Vida, tiene como objetivo disminuir

los factores de riesgo asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, a través de un diagnóstico precoz y oportuno del Síndrome Metabólico y que después de su intervención se logrará disminuir los factores de riesgo (33)

El Programa Reforma de Vida posee 12 sesiones educativas (4 meses de duración) y con un periodo de aproximado de dos horas por cada sesión (33)

Una vez captado los pacientes con diagnóstico médico Síndrome Metabólico Pre mórbido, se procede a intervenirlos con los 3 pilares de alimentación, los cuales están diseñados y financiados por EsSalud (33)

Pero a qué, se debe, que el Programa de Reforma de Vida, ayuda a mejorar la glucosa, la presión arterial, el perímetro abdominal, los Triglicéridos y el colesterol en los asegurados; esto puede deberse a los pilares de alimentación celeste, terrestre y humana compartidos durante las doce sesiones de intervención del Programa Reforma de Vida del EsSalud, al compromiso de las entidades empleadoras quienes permitieron el desarrollo de las sesiones motivados por contribuir a la salud de sus colaboradores.

Las sesiones permitieron que los asegurados fortalezcan diversas técnicas para control de entres, incremento de la autoestima, practica buenos hábitos alimenticios, práctica de diversas opciones de actividad y ejercicio físico como son Tai Chi, Taebo, pausa activa, entre otros, todo ello sumado con la motivación y compromiso de los asegurados para mejorar su salud, permitieron que los valores de los criterios para detección del Síndrome Metabólico mejoraran y llegaran a ser controlados, previniendo a tiempo las enfermedades crónicas no transmisibles.

La Tabla N° 04, muestran los resultados de las diferencias significativas antes y después de las intervenciones del Programa Reforma de Vida, con un $p < 0,05$, lo cual nos permite concluir que existen diferencias significativas en: glucosa final e inicial (p valor = 0,000), el perímetro abdominal final e inicial del sexo femenino con (p valor = 0,008) y el perímetro abdominal final e inicial del sexo masculino con (p valor = 0,014). La presión arterial final e inicial con (p valor= 0,000). Triglicéridos inicial y final con (p valor =0,000), Colesterol HDL en el sexo femenino inicial y final con (p valor = 0,008), y Colesterol en el sexo masculino inicial y final con (p valor = 0,000). Y en el

Cuestionario estrés final e inicial con (p valor = 0,000) y el Test de nivel de conocimiento inicial y final con (p valor= 0,000).

Así mismo no existe diferencia significativa entre El Test estilo de vida inicial y final con (p valor = 1,000).

Son similares al estudio de **Ortiz, Z (22)**, donde concluye que, existe diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la intervención del Programa de Reforma de Vida y la medición final de los parámetros de circunferencia abdominal, nivel de HDL, presión arterial sistólica.

Similar al estudio de **Chávez, Y; Zavaleta H (23)**, donde concluye que el “Programa Reforma de Vida” tiene un efecto significativo en lo relativo a hipertensión, dislipidemia, obesidad con un p valor $< 0,05$.

Similar el estudio de **Cáceres, K; Vásquez, S (27)**, donde concluye que el programa “Plan de Reforma de Vida” reduce los parámetros que conllevan al desarrollo del Síndrome Metabólico.

EsSalud, implementa el Programa Reforma de Vida para disminuir y controlar los factores de riesgo y potenciar los

factores protectores del trabajador dentro de su contexto familiar y laboral. Teniendo como público objetivo al trabajador activo mayor de 18 años de las entidades empleadoras a nivel nacional (2).

Pero a qué se debe que exista diferencias significativas en los asegurados de la Red asistencial Tacna; esto puede deberse a que los estilos de vida sin distinción de edad, sexo, grado de instrucción, costumbres, etc., puedan ser modificados mediante la práctica de alimentación saludable, actividad física, manejo del estrés, práctica comunicación asertiva, manejo tiempo libre, cumplir 7 u 8 horas de sueño, etc., todo lo mencionado contribuyó a la mejora de la calidad de vida no solo del asegurado de la Red asistencial Tacna sino también de sus familias.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis realizado se llegaron a las siguientes conclusiones:

- En relación a las características generales, la mayoría de los asegurados con Síndrome metabólico son adultos (82,92%), de sexo femenino (50,55%), con IMC de Sobrepeso (23,95%), y trabajan en entidades empleadoras públicas (60,89%)
- El Síndrome Metabólico, **según dimensiones** en **glucosa** en el sexo femenino el 57,66% y en el sexo masculino el 56,78% se encuentra alterados. En **Perímetro abdominal**, en el sexo femenino el 99,27% está en riesgo, y en el sexo masculino el 100% está en riesgo, y según la **Presión arterial** en el sexo femenino el 66,42% está normal, y en el sexo masculino el 57,46% está normal. En **Triglicéridos** en el sexo femenino está en riesgo el 81,02%, y en el sexo masculino el 91,80% están en riesgo. En **Colesterol HDL**, en el sexo femenino está en riesgo el 50,36%, y en el sexo masculino 62,69% está normal.
- El Programa de Reforma de Vida, **según dimensiones en Tamizaje** la glucosa en el sexo femenino mejora, del 42,34% a

un 70,07% es normal. Y en el sexo masculino mejora del 43,28% a un 63,43% es normal. Y según el Perímetro abdominal en el sexo femenino disminuye el riesgo de 99,27% a un 94,16%.

Y en el sexo masculino, el perímetro abdominal disminuye de, 100 a un 95,52% en riesgo. Y en la Presión arterial en el sexo femenino mejora del 66,42% a un 96,35% es normal. Y en el sexo masculino mejora del 57,46% a un 86,57% es normal. Y según los Triglicéridos en el sexo femenino disminuye el riesgo del 81,02% a 48,18%. Y en el sexo masculino disminuye el riesgo del 91,80% a un 64,18%. Así mismo observamos el Colesterol HDL en el sexo femenino, el riesgo disminuye del 50,36% a un 35,77%. Y en el sexo masculino, disminuye el riesgo del 37,31% a un 12,69%. **Según Test Y Cuestionario**, se observa el Test de Estilo de vida, donde el 100% antes y después de la intervención es adecuado. Así mismo el Cuestionario de Estrés Percibido como bajo mejora del 80,81% a un 93,73%.

El PRV después de la intervención el 68,27% de los asegurados son Controlados, seguido de 24,72% Mejorado y por ultimo 7,01% no han controlado o logrado disminuir sus factores de riesgo. Según los **criterios de diagnóstico Síndrome**

Metabólico antes y despues: los niveles de Glucosa (23,94%), Presión Arterial (29,52%), Colesterol HDL (19,60%), así como la disminución del riesgo del Perímetro abdominal (4,79%) y Triglicéridos (30,23%), en relación a los **Test y Cuestionarios** se evidencia mejora en el Estrés Percibido (12,92%) y Nivel de Conocimiento (30,62%)

- Existe diferencias significativas después de las intervenciones por el Programa de Reforma de Vida en: glucosa final e inicial, el perímetro abdominal final e inicial, la presión arterial final e inicial, triglicérido final e inicial, Colesterol HDL final e inicial, el Cuestionario estrés final e inicial y el Test de nivel de conocimiento final e inicial, con un p valor < 0,05. NO existe diferencia significativa entre El Test Estilo de Vida final e inicial.

RECOMENDACIONES

- A la Red Asistencial Tacna, continuar firmando Alianzas Estratégicas con las entidades empleadoras públicas y/o privadas, con el fin de concientizar a los asegurados sobre la importancia de la práctica de estilos de vida saludables, lo cual ayudará en la mejorar no solo de su calidad de vida sino también la de su familias, la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y sus complicaciones, ahorro en medicinas, evitar horas perdidas en el trabajo, todo ello con el propósito que ellos puedan trabajar con más optimismo y satisfacción. Así mismo el uso de tecnología para seguimiento, video llamadas para consejería, información y educación a nivel grupal: zoom, google meets, entre otros.
- A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann crear políticas de promoción de la salud, mediante un programa de actividad física propia para los pacientes con Síndrome Metabólico y una educación alimentaria saludable.
- Tomar en cuenta la satisfacción del asegurado en el proceso de la intervención de un programa, con el propósito de mejorar los resultados.

- A los estudiantes de la Segunda Especialidad de la Escuela Profesional de Enfermería, que dirijan sus investigaciones al problema social del Síndrome Metabólico, ya que tenemos actividades preventivas promocionales que cumplir inherentes a la profesión, teniendo como base el presente trabajo científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seguro Social de Salud - EsSalud "Lineamientos Generales para la detección precoz e intervención del síndrome metabólico", Lima, 2012.
2. Gerencia de prestaciones de Salud, Gerencia de Medicina Complementaria EsSalud "Programa Reforma de Vida Sumak Kawsay; Vivir en armonía" Informe Técnico Anual 2017, Lima: EsSalud; 2017
3. Eckert R Grundy S, Zimmet P~ The metabolic syndrome. The lancet 2005; 365:1415-28"
4. Flores J. Síndrome metabólico en adultos mayores en el Hospital Nacional Sergio E Bemaes .2005-2007 Trabajo de grado (médico cirujano). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.. Facultad de Ciencias Médicas.
5. Grundy SM. Cleeman JI, Daniels SR. AHA/NHLBI SCIENTIFIC STATEMENT: Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome: An American Heart Association/National Heart.

Lung. and Blood Institute Scientific Statement Circulation 2005;
112: 2735-52.

6. Lopez-Jaramillo P. Silva S. Ramirez F, Garcia R. Síndrome metabólico: diagnóstico y prevención. Acta Med Colomb 2004; 29 (3): 137-144.
7. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos. Socioeconómicos y Culturales relacionados con las enfermedades crónicas degenerativas. Lima: INS-CENAN; 2006 (Citado el 17 de agosto del 2007). URL Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx?2.4>.
130.0,S.O. 1319%3 BS%381 %38134
8. Pajuelo J, Sánchez J. El síndrome metabólico en adultos. en el Perú An Fac Med Urua 2007; 68(1)
9. Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados (ENSSA 2015)

10. EsSalud. (2013). Manual de Reforma de Vida. Journal of Chemical Information and Modeling 53. Disponible en: <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
11. Cartera de Servicios de Salud de Complejidad Creciente (CSSCC) / Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)
12. Seclen S, Villegas A, Martinez m, et al. Prevalence of the metabolic síndrome in the mestizo population of Peru. Metab Syndr Relat Disord. 2006; 4(1):1-6. population of Peru. Metab Syndr Relat Disord. 2006; 4(1):1-6
13. Medina, J; Zea, H; Morey, O, et al. Prevalence of the metabolic syndrome in Peruvian Andean hispanics: The PREVENCIÓN study. Diabetes Res Clin Pract. 2007;78: 270-281.
14. Gomez R, Jansen S, Baca A, Mancera J, Tinahones F, Bernal M. Effects of a long-term lifestyle intervention program with Mediterranean diet and exercise for the management of patients with metabolic syndrome in a primary care setting. European Journal of Internal Medicine, 2015; 26 (5): 317–323. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.04.007>.

15. Kim C, Schlenk E, Kang S, Park J, Effects of an internet-based lifestyle intervention on cardio-metabolic risks and stress in Korean workers with metabolic syndrome: A controlled trial, 2015, *Patient Education and Counseling*, 98 (1), 111–119. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.013>.

16. Goldani H, Scherer F, Terezinha M, Henrique L, Fassina P, Terezinha M, et al. Applicability of the visceral adiposity index (VAI) in the prediction of the components of the metabolic syndrome in elderly. *Nutrición Hospitalaria*, 2015; 32(4), 1609–1615. Disponible en: <http://doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9589>.

17. Pérez A, Valencia K, Gallo J, Arenas M, Quintero M. Intervención con rumba y educación nutricional para modificar factores de riesgo cardiovascular en adultos con síndrome metabólico. *Revista Panamá Salud Publica*, 2015; 37(1), 29–37. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n1/a04v37n1.pdf>.

18. Henríquez S, Barrera G, Hirsch S, Jara N, Bunout D, Evaluación de un programa ministerial para manejo del síndrome metabólico en adultos con sobrepeso y obesidad. *Revista Médica de Chile*, 2014; 142 (7), 817–825. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000700001
19. Salas R, Sánchez V, Franco J, Villar A, Pegueros A, Efectividad de dos modalidades de ejercicio aeróbico en el tratamiento de pacientes con síndrome metabólico (SM). Estudio preliminar. *Revista Gaceta Médica de Médico*, 2014; 150, 490–498. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n6/GMM_150_2014_6_490-498.pdf.
20. Arandojo I, Pacheco V, Morales J. “Influencia de la actividad física y los hábitos nutricionales sobre el riesgo de síndrome metabólico”, *Enferm. glob.*, 2016; 15(44)

21. Álvarez et al., “Efectos de la aplicación del “Estilo de vida y presencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios: diferencias por sexo”, Mexico, Revista de Psicología (PUCP), 2014; 32(1), Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472014000100005.

22. Ortiz, Z, “Eficacia de la intervención del programa de reforma de vida - EsSalud en el Síndrome Metabólico en los trabajadores del Ministerio Público del Cusco”, [trabajo para optar el Título de Profesional de Médico Cirujano], Cusco Perú: Universidad Andina del Cusco; 2018

23. Chavez, Y, Zavaleta H, “Efectos de la aplicación del “Programa Reforma de Vida” de EsSalud en asegurados atendidos en el Policlínico Víctor Larco Herrera, Trujillo, 2017” [trabajo para optar el Título de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud], Trujillo Perú: Escuela de Posgrado Universidad Cesar Vallejo; 2017

24. Urriburi, K; Romero, C, “Efectividad del programa: “Kawsayta Yachasun”, en la prevención del síndrome metabólico en conductores de vehículos de transporte público urbano”, [trabajo para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería], Ayacucho - Perú: Universidad Nacional de San Cristobal de Huamanga; 2016
25. Delgado R, “Efectividad del programa Reforma de Vida en los estilos de vida miembros de circulos de salud de dos distritos de Arequipa”. Rev Per Med Integ EsSalud, 2017, 2 (2).
Disponibles en:
<http://rpmi.pe/ojs/index.php/RPMI/article/view/50>
26. López F. “Factores relacionados al síndrome metabólico en la población adulta que acude al Hospital Regional HVM”, Huánuco, 2016; Disponible en:
<http://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/235>
27. Cáceres K, Vásquez S. Efectividad del Programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en trabajadores de Lima Este [trabajo para optar el Título de licenciatura en enfermería], Lima: Universidad Peruana Unión; 2015

28. Pascual M, Bernui I, Carbajal I. "Prevalencia de síndrome metabólico en trabajadores del centro materno infantil Miguel Grau – Chaclacayo.- Perú", An. Fac. med. 2015; 76(2).
29. Coila, M, "Actividad física y educación alimentaria en pacientes con Síndrome Metabólico, usuarios del Programa Reforma de Vida Renovada del Hospital III EsSalud Puno" [trabajo para optar el Título de licenciatura en Nutrición Humana], Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2015
30. Gallegos, A, "Influencia del tratamiento dietético en la recuperación de pacientes con Síndrome Metabólico del Programa Reforma de Vida Renovada del Hospital II EsSalud Ilo" [trabajo para optar el Título de licenciatura en Nutrición Humana], Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2015
31. Ancallí F, Valenzuela C. "Síndrome Metabólico EN PRE Y post menopáusicas atendidas en el Hospital III "Daniel Alcides Carrión" de ESSALUD Tacna 2012, Rev Med Bas [Serie en internet]. 2013; 7(1), 20-22.

32. Luque P. “Frecuencia y características clínicas del síndrome metabólico en el Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna durante diciembre del 2007 a diciembre del 2008”, [trabajo para optar el Título de médico cirujano], Tacna: Universidad Jorge Basadre Grohmann; 2008.
33. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. “Programa Reforma de Vida –Sumak Kawsay: Vivir en Armonía. Resolución de Gerencia General N°990, 2016.
34. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. “Manual para el registro de Información Operacional Programa Reforma de Vida –Sumak Kawsay: Vivir en Armonía 2017.
35. López R, Rodríguez L. Guía de Orientación Alimentaria. México: Secretaría de Salud, 2015
36. López M, Sosa M, Labrousse N. Síndrome metabólico. Revista de Posgrado de La Villa Cátedra de Medicina, 2007; 174, 12–15. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista174/3_174.pdf.

37. Maiz, A. El síndrome metabólico y riesgo cardiovascular. Boletín de la Escuela De Medicina, 2005; 30(1), 25–30. en: <http://doi.org/10.1157/13124104>.
38. Calañas A, Bellido D. Bases científicas de una alimentación saludable. Revista Medicina Navarra, 2006; 50(4), 7–14. Disponible en: <http://www.piaschile.cl/wp-content/uploads/2015/04/Bases-cient%C3%ADficas-de-una-alimentaci%C3%B3n-saludable.pdf>.
39. Viviant, V. Frutas y verduras. Revista Diabetes Voice, 2006; 51(2), 17–19. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_48_es.pdf.
40. Adalia. Guía para controlar su colesterol. Fundación hipercolesterolemia familiar, 2007, Disponible en: <https://www.colesterolfamiliar.org/formacion/guia.pdf>.
41. EsSalud, “EsSalud Almenara advierte sobre consumo de alimentos contaminados o en mal estado”; 2018. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/essalud-almenara-advier-te-sobre-consumo-de-alimentos-contaminados-o-en-mal-estado/>

42. Verdú T. *Ayuno y Plenitud*. Hnos. de San Juan de Dios; 2001.
43. ESSALUD-2016, “Manual de Estilos de Vida Saludable del Programa Reforma de Vida”
44. Gutiérrez F. “Insuficiencia respiratoria aguda”. *Acta Medica Peruana*; 2010; 27(4), 286–297. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4.pdf>.
45. Kirchner A, López M, Horacio B, Segura P, Erdociaín L, Gómez J, et al. “Aportes para recrear una cultura de la actividad física en la Argentina”; 2014; Disponible en: <http://www.redaf.gob.ar/pdf/aportes-para-crear-una-cultura-de-la-act-fisica-enargentina.pdf>.
46. Villar M, Matos R, Ybañez E., Salinas S, Astahuaman D “Vida y Salud Integral”. *Medicina Complementaria*; 2012; 3(3), 1–4. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/downloads/boletin4n3_2012.pdf.

47. Miguel P. "El síndrome metabólico: un alto riesgo para individuos sedentarios." *Acimed*, 2009; 20(1), 1–8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol20_2_09/aci07809.pdf.
48. Martínez G, Alonso R, Novik V. "Síndrome metabólico. Bases clínicas y fisiopatológicas para un enfoque terapéutico racional". *Revista Médica de Chile*, 2009; 137(5), 685–694. Disponible en: <http://doi.org/10.4067/S0034-98872009000500014>.
49. Sirit Y, Acero C, Bellorin M, Portillo R. "Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo". *Revista de Salud Pública*, 2008; 10(2), 239–Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19039420>.
50. Pineda C. "Metabolic syndrome: definition, history, criterion".
51. American Society of Hypertension. *La presión arterial y su salud*. EE.UU: Ash. 2010.

52. Seguro Social de Salud-EsSalud “Guía De Práctica Clínica De Hipertensión arterial en adultos para El Primer Nivel De Atención”, 2010
53. Moreno M. Definición y Clasificación de la Obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes, 2012; 23(2), 124–128. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/pdf
54. Seguro Social de Salud-EsSalud “Guía De Práctica Clínica De Dislipidemia Para El Primer Nivel De Atención”, 2010
55. Buchaca E, Castillo F, Rodríguez L, Fernández F, Bermúdez S, Gutiérrez R. et al. La glucemia de ayuno como indicador pronóstico durante las complicaciones macrovasculares agudas Fasting glycemia as a prognostic indicator during the acute macrovascular complications. Revista Cubana de Medicina, 2012; 50(4), 415–425. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n4/med08411.pdf>
56. Romero C. E. El síndrome metabólico. Revista Médica Uruguay, 2006; 22(2), 108–121. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2006v2/art5.pdf>.

57. Seguro Social de Salud-EsSalud “cuidado integral del asegurado con diabetes mellitus en el seguro social de salud – Essalud, 2016
58. Azambuja P, Trussardi P, Portal V. Circunferencia Abdominal como Predictor de Evolución en 30 días en el Síndrome Coronario Agudo. *Arq Bras Cardiología*, 2012; 96(5), 399–404. Disponible en: [//www.scielo.br/pdf/abc/v96n5/es_aop03211.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v96n5/es_aop03211.pdf).
59. Wachter N. Epidemiología del síndrome metabólico. *Gaceta Médico México*, 2009; 145(5), 5–7. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n5/24_vol_145_n5.pdf.
60. Zimmet, P, Alberti G. El síndrome metabólico. *Diabetes Voice*, 2005; 51, 11–14. Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/issue_43_es.pdf.
61. Bustamante G. Síndrome Metabólico. *Revista de Actualización Clínica*, 2012; 17, 851–855. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v17/v17_a08.pdf.

62. López R, Rodríguez L. Guía de Orientación Alimentaria. México: Secretaría de Salud, 2015.
63. Aristizabal G, Blanco D, Sanchez A, Ostiguin R. “El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión”, *Enferm. univ*; 2011; 8(4)
64. Hernández Y. Acerca del género como categoría analítica. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* |, 2006; 13(1), 1–10. Disponible en: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/13/yhgarcia.pdf>.
65. Wassermann A, Grosso C., Síndrome Metabólico: Definición y epidemiología, 2013; 2–18. Disponible en: http://www.fepreva.org/curso/curso_conjunto_abcba/sindrome_metabolico_definicion_y_epidemiologia.pdf.
66. Ortiz G, Pérez V, Abalos E, Fe L. Incidencia del síndrome metabólico en una comunidad del municipio de Il Frente oriental “Frank País García.” *Medisan*, 2013; 17(10), 6039–6045. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v17n10/san041710.pdf>.

67. Ley de creación del seguro social de salud (ESSALUD), Ley N° 27056;(Decreto Supremo N°002-99-TR), Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/LEY_27056_ESSALUD.pdf
68. Borba R, Coelho M, Borges P, Correa J, González, C. Medidas de estimación de estatura aplicadas al índice de masa corporal (IMC) en la evaluación del estado nutricional de adultos mayores. *Revista Chilena Nutricional*, 35(Imc), 2008; 272–279. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnut/v35s1/art03.pdf>.
69. Canales, F y Alvarado, E. *Metodología de la Investigación*. Edit.
70. Douglas M, Wilson D. Lifestyle Assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*. 1984; 30: 1527– 32.
71. Cohen S, Kamarak T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social. Behavior*, 1983; 24(1), 385-396.
72. Pérez J, Gardey. A, Publicado: 2009. Actualizado: 2013, Disponible en: <https://definicion.de/glucemia/>

73. Fundación Hipercolesterolemia Familiar, Madrid, Actualizado:
2015. Disponible en:
<https://www.colesterolfamiliar.org/hipercolesterolemia-familiar/colesterol-y-trigliceridos/>

ANEXOS

Anexo N° 1

Cuestionario de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale) PSS

– 14 - (Cohen et al., 1983)

“Programa Reforma de Vida –Sumak Kawsay: Vivir en Armonía.

Resolución de Gerencia General N°990, 2016.

Las preguntas de la siguiente escala se refieren a sus sentimientos y pensamientos durante el mes recién pasado. En cada caso, indique con que frecuencia o cuán a menudo usted se sintió o reaccionó de determinada manera. A pesar de que algunas preguntas son similares, existen diferencias entre ellas, por lo tanto, deben considerar cada pregunta en forma separada. La mejor manera de responder a cada pregunta es lo más rápido posible, es decir, no trate de contar todas las veces que se sintió de determinada manera, más bien indique la alternativa que le parezca más cercana.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a tus sentimientos y pensamientos durante el último mes. Marca la opción que mejor se adecue a tu situación.

Items of the Perceived Stress Scale	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
PSS1. En el último mes, con qué frecuencia has estado afectado por algo que te ha sucedido inesperadamente?	0	1	2	3	4
PSS 2. En el último mes, con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
PSS 3. En el último mes, con qué frecuencia te has sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
PSS 4. En el último mes, con qué frecuencia has manejado con éxito las pequeñas dificultades irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
PSS 5. En el último mes, con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	4		2	1	0

PSS 6. En el último mes, con qué frecuencia has estado seguro sobre tu capacidad para manejar tus problemas personales?	4	3	2	1	0
PSS 7. En el último mes, con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	4	3	2	1	0
PSS 8. En el último mes, con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
PSS 9. En el último mes, con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	4	3	2	1	0
PSS 10. En el último mes, con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	4	3	2	1	0
PSS 11. En el último mes, con qué frecuencia has estado enfadado porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
PSS 12. En el último mes, con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que te quedan pendientes por lograr?	0	1	2	3	4
PSS 13. En el último mes, con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo?	4	3	2	1	0
PSS 14. En el último mes, con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

Levenstein et al 1.993,

Manolete S. Moscoso, Ph.D, University of South Florida, College of Medicine, USF Health.

Escala de Estrés Percibido

PSS-14

La Escala de Estrés Percibido es un inventario que consta de 14 items, el cual mide la percepción de la persona en relación a las situaciones de estrés que ha experimentado en los últimos 30 días de su vida.

La Escala de Estrés Percibido es el único índice general de percepción y evaluación del estrés establecido empíricamente (Cohen, S. et al., 1983). El PSS no es un instrumento de diagnóstico, por lo tanto su puntaje global representa una aproximación a la experiencia de estrés. Esencialmente, permite comparaciones en los niveles de estrés entre un determinado grupo de personas sometidas a esta prueba psicométrica.

FORMA DE EVALUACION DEL PSS-14

La Escala de Estrés Percibido tiene una forma de respuesta de **0 a 4 puntos en los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14**: 0=nunca, 1=casi nunca, 2=de vez en cuando, 3=a menudo, 4=muy a menudo.

El puntaje total de la escala es obtenida **invirtiendo** los puntajes de los ítems **4, 5, 6, 7, 9, 10, y 13** (4=nunca, 3=casi nunca, 2=de vez en cuando, 1=a menudo, 0=muy a menudo), y **finalmente adicionar** los puntajes del resto de ítems (14 ítems). El puntaje final de la escala varía entre 0 y 56 puntos.

Un puntaje alto indica un alto nivel de estrés percibido.

Puntuaciones menores de 19 se suelen considerar no casos de estrés percibido, de 19 a 28 estrés percibido leve, de 29 a 38 estrés percibido moderado y de 39 a 56 estrés percibido severo (Amr, Gilany, & El-Hawary, 2008; Meyer, Ramírez, & Pérez, 2013; Shah, Hasan, Malik, & Sreeramareddy, 2010).

Anexo N°2

TEST DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS

“Programa Reforma de Vida –Sumak Kawsay: Vivir en Armonía. Resolución de Gerencia General N°990, 2016.

NOMBRES Y APELLIDOS:

1. Los hábitos de vida que conducen a adquirir enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad son: (2ptos)
 - a. Alimentación rica en grasas
 - b. Sedentarismo
 - c. Tabaquismo
 - d. **Todas las anteriores**

2. Para considerar que una persona es activa, debe realizar actividad física más de -----
- al día por no menos de 3 veces por semana (2ptos)
 - a. 10 minutos
 - b. **30 minutos**
 - c. 60 minutos
 - d. Ninguna de las anteriores

3. Se consideran Alimentos poco saludables (2ptos)
 - a. Consumo de azúcares refinados
 - b. Alto consumo de comida rápida
 - c. Ver televisión más de dos horas continuas
 - d. **a+b**

4. Son fuentes de grasa malas o trans. (2ptos)
 - a. Margarinas
 - b. Pasteles
 - c. Snacks como papas fritas, en bolsa
 - d. **Todas**

5. Son factores protectores de la salud marque lo cierto. (2ptos)
 - a. Alimentación variada rica en frutas y verduras
 - b. Relaciones personales armoniosas
 - c. Tener objetivos de vida
 - d. **Todas**

6. Son alimentos que ayudan a proteger o favorecen la función del hígado.
 - a. Brócoli
 - b. Granada
 - c. Alcachofa
 - d. **Todas**

7. Los alimentos que ayudan a manejar los niveles de grasas son:
- Caigua, linaza
 - Alcachofa, berenjena
 - Nueces, ajonjolí
 - Todas**
8. En su reforma de vida para disminuir el riesgo de tener colesterol alto y obesidad, usted además de actividad física puede consumir alimentos marque lo cierto puede ser más de uno.
- Vegetales verdes coles: Brócoli, espinacas frutos secos
 - Aceite de vegetales
 - Bebidas té verde sin azúcar.
 - Todas**
9. De los hábitos de vida saludable, ¿cuál considera que es poco saludable?
- Ejercicio físico
 - Realizar caminatas
 - Dormir mínimo 6 horas
 - Consumir alimentos grasosos**
10. Cuál de los siguientes son alimentos saludables:
- Consumo de frutas
 - Consumo de verduras
 - Consumo de aceite de oliva o sacha inchi
 - Todas.**

Anexo N° 3

TEST DE ESTILO DE VIDA

(Versión adaptada del Test Fantástico del Ministerio de Salud de Canadá)

“Programa Reforma de Vida –Sumak Kawsay: Viviren Armonía. Resolución de Gerencia General N°990, 2016.

Contesta este cuestionario, recordando cómo ha sido tu vida este último mes, luego suma los puntos y anótalos al final de cada columna									
F	A	N	T	A	S	T	I	C	O
Familia, Amigos	Actividad Física Asociatividad	Nutrición y Alimentación	Tabaco, dependencia	Alcohol	Sueño, Estrés	Trabajo y personalidad	Introspección	Control de salud Sexualidad	Otros
Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí?	Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales. Yo participo:	Como 2 porciones de frutas y 3 de verduras:	Yo fumo cigarrillos:	Mi número promedio de tragos a la semana es:	Duermo bien y me siento descansado:	Parece que ando acelerado/a	Yo soy un pensador positivo	Me realizo controles de salud en forma periódica	Como peatón, pasajero del transporte público, sigo las Reglas
2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Todos los días 1 A veces 0 Casi Nunca	2 Ninguno los últimos 5 años 1 No el último año 0 Sí éste año	2 De 0 a 7 1 De 8 a 12 0 Más de 12	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Casi nunca 1 A veces 0 Casi siempre	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca

Yo doy y recibo cariño	Yo realizo actividad física por 30 minutos cada vez.	A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra, o grasas	Generalmente fumo ----- cigarrillos por día	Bebo 8 vasos con agua cada día	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida:	Me siento enojado o agresivo	Me siento tenso o abrumado	Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad	Uso cinturón de seguridad
2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Tres o más veces por semana 1 A veces 0 Casi nunca	2 Ninguna de éstas consumo 1 Algunas de éstas 0 Todas estas	2 Ninguno 1 De 0 a 10 0 Más de 10	2 Casi siempre 1 A menudo 0 Ocasional	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 A menudo	2 Casi nunca 1 A veces 0 Casi siempre	2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Siempre 1 A veces 0 Casi nunca
Me cuesta decir, buenos días, perdón, gracias, lo siento	Yo camino, al menos 30 minutos diariamente.	Estoy pasado en mi peso ideal en:	Usa excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me automedico:	Bebo té, café, cola, gaseosa	Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre	Yo me siento contento con mi trabajo y actividades	Me siento deprimido o triste	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja	Tengo claro el objetivo de mi vida
2 Casi nunca 1 A veces 0 Casi siempre	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 De 0 a 4 k más 1 De 5 a 8 k más 0 Más de 8 k	2 Nunca 1 Ocasional 0 A menudo	2 Menos de 3/ día 1 De 3 a 6/día 0 Más de 6/día	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Casi nunca 1 Algunas veces 0 Casi siempre	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca	2 Casi siempre 1 A veces 0 Casi nunca
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Puntaje Final Suma todos los resultados de las columnas y multiplica tu puntaje final por dos. **Mira lo que significa tu puntaje y sigue las recomendaciones**

<p>De 103 a 120 Felicitaciones. Tienes un estilo de vida Fantástico</p> <p>De 85 a 102 Buen trabajo. Estás en el camino correcto.</p> <p>De 73 a 84 Adecuado, estás bien.</p> <p>De 47 a 72 Algo bajo, podrías mejorar</p>	<p>De 0 a 46 Estás en la zona de peligro, Nota: El puntaje total no significa que has fallado. Siempre es posible cambiar el estilo de vida, empezando ahora. Mira las áreas donde has tenido 0 ó 1 punto y decide por donde quieres empezar a cambiar. Buena suerte</p>
ADECUADO 47 - 120	NO ADECUADO 0 - 46

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO: TEST DE ESTILO DE VIDA (Versión adaptada del Test Fantástico del Ministerio de Salud de Canadá)

“Programa Reforma de Vida –Sumak Kawsay: Viviren Armonía.
Resolución de Gerencia General N°990, 2016.
Anexo N° 4

ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DEL TEST FANTÁSTICO PARA MEDIR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN TRABAJADORES EVALUADOS POR EL PROGRAMA “REFORMA DE VIDA” DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD (EsSalud)

Martha Villar López¹, Yéssica Ballinas Sueldo¹, César Gutiérrez², Yolanda Angulo-Bazán^{1,3}.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo

Recibido: 13-05-16
Aprobado: 29-06-16

Autor correspondiente

Yolanda Angulo-Bazán,
yanjulobazan@gmail.com
+51 970009401

Financiamiento

Gerencia Central de Prestaciones de Salud, EsSalud

Conflictos de interés

Martha Villar, Yéssica Ballinas y Yolanda Angulo laboran en la Gerencia de Medicina Complementaria, ente director del programa “Reforma de Vida”.

Citar como

Villar López M, Ballinas Sueldo Y, Gutiérrez C, Angulo-Bazán Y. Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir Estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el Programa “Reforma de Vida” del Seguro Social de Salud (EsSalud). Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2016;1(2):17-26.

RESUMEN

Objetivo. Analizar la confiabilidad del test FANTÁSTICO para evaluar estilos de vida saludables en trabajadores intervenidos por el programa “Reforma de Vida” en Lima, desde enero hasta diciembre 2015. **Materiales y método.** Estudio transversal. Se incluyeron las historias clínicas de trabajadores mayores de 18 años, quienes hayan llenado en su totalidad el cuestionario FANTÁSTICO. Se realizó un muestreo por criterio; donde se obtuvo una muestra de 488 trabajadores. El análisis de confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach, correlación ítem-total y análisis factorial exploratorio (método de máxima verosimilitud y VARIMAX). **Resultados.** Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,778. Se observó un leve aumento del alfa de Cronbach después de eliminar cuatro preguntas. Con respecto al análisis factorial, se observó una buena consistencia en la agrupación y pertinencia de las preguntas en los diez ítems pertenecientes al cuestionario FANTÁSTICO. **Conclusiones.** La confiabilidad de esta versión modificada del cuestionario de estilos de vida FANTÁSTICO es aceptable, con una consistencia interna alta y una estructura coherente de organización de preguntas en cada ítem.

Palabras clave: Estilo de vida; Reproducibilidad de Resultados; Promoción de la salud; Adulto; Vigilancia de la Salud del Trabajador (Fuente: DeCS)

RELIABILITY ANALYSIS OF THE FANTASTIC LIFESTYLE CHECKLIST IN WORKERS EVALUATED BY THE PROGRAM: “REFORMA DE VIDA” FROM THE PERUVIAN SOCIAL HEALTH INSURANCE (ESSALUD)

ABSTRACT

Objective: To analyze the reliability of the FANTASTIC lifestyle checklist in workers evaluated by the program “Reforma de Vida” in Lima, between January to December 2015. **Materials and Methods:** Cross-sectional study. The medical records of workers over 18 years who have fully completed the FANTASTIC lifestyle checklist. The sampling was conducted by criteria; with a final sample of 488 workers. Reliability analysis was performed using Cronbach’s alpha, item-total correlation and exploratory factor analysis (maximum likelihood method and VARIMAX). **Results:** We’ve found a Cronbach’s alpha of 0.778. We’ve found a slight increase in Cronbach alpha after removing four questions. The exploratory factor analysis has shown a good consistency in the grouping and relevance of the questions on the ten items belonging to the FANTASTIC lifestyle checklist. **Conclusions:** The reliability of this modified version of FANTASTIC lifestyle checklist is acceptable, with high internal consistency and coherent organizational structure of questions in each item.

Keywords: Life style; Health Promotion; Reproducibility of Results; Adult; Personnel Management. (Source: MeSH)

¹ Gerencia de Medicina Complementaria, Gerencia Central de Prestaciones de Salud, Seguro Social de Salud (EsSalud).

² Facultad de Medicina, Universidad de Piura.

³ Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

ANEXO N° 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA N° 014 -CI-GRATA-EsSalud-2019

Tacna, 03 de Septiembre del 2019

DR.
LUIS BARRIENTOS MORALES
JEFE OFICINA DE COORDINACIÓN DE PRESTACIONES Y AP
Red Asistencial Tacna
Presente

Asunto: **EVALUACIÓN DE PROYECTO**
“INFLUENCIA DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA EN SINDROME
METABÓLICO EN ASEGURADOS EN ENTIDADES EMPLEADORAS
DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD
TACNA - 2018”

Ref: Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008
Directiva N° 04 - IETSI - ESSALUD – 2016
Resolución N° 027-IETSI-ESSALUD-2016
Formato N° 01: Evaluación de Proyectos de Investigación

Es muy grato dirigirme a usted para saludarlo y a la vez manifestarle que con relación al documento de la referencia el Comité de Investigación de la Red Asistencial Tacna, luego de la revisión, ha considerado la autorización del Proyecto de Investigación del asunto de la referencia.

En tal sentido, solicito a usted brindarle las facilidades al investigador Lic. **MELINA MARLEY MAMANI CCUSI**, de la Escuela profesional de ENFERMERÍA de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, a fin de que cumpla con el acopio de información del área correspondiente a dicha labor, así como garantice el envío de las conclusiones de dicha investigación a este Comité.

Cabe mencionar que esta evaluación está sujeta a las disposiciones contenidas en la normativa vigente de la Institución para investigación en Essalud (Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008, Directiva N° 04 - IETSI - ESSALUD – 2016, Resolución N° 027-IETSI-ESSALUD-2016)

Sin otro particular, agradezco la atención a la presente.

Atentamente,

Red Asistencial Tacna

Dr. MIGUEL PUJDA ZAVALA
PRESIDENTE
COMITÉ DE INVESTIGACION
EsSalud

MHZ/err
Cc: Archivo

Red Asistencial Tacna
Carretera Calana K. 6.5
Tacna - Peru
T. (052) 580280

GERENCIA DE RED ASISTENCIAL TACNA

COMITÉ DE INVESTIGACION

DICTAMEN N°014-2019

En las Instalaciones de la Oficina de Capacitación de la Red Asistencial Tacna, el día 03 de Septiembre del 2019, se reunieron los miembros del Comité de Investigación, bajo la presidencia del Dr. Miguel Hueda Zavaleta, para evaluar el proyecto: "**INFLUENCIA DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA EN SINDROME METABÓLICO EN ASEGURADOS EN ENTIDADES EMPLEADORAS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD TACNA - 2018**" presentado por: Melina Marleny Mamani Ccusi, de la carrera profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, luego de la evaluación correspondiente se pudo llegar a las siguientes conclusiones:

1. El proyecto es apto para su ejecución.
2. EsSalud promueve la investigación según las líneas de investigación de la institución.
3. La aprobación está sujeta a la normativa vigente para investigaciones en EsSalud (Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008, Directiva N° 04 - IETSI - ESSALUD – 2016, Resolución N° 027-IETSI-ESSALUD-2016)

Tacna, 03 de septiembre del 2019

Red Asistencial Tacna

Dr. MIGUEL HUEDA ZAVALETA
PRESIDENTE
COMITÉ DE INVESTIGACION
EsSalud



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°9112-2019-FACS/UNJBG
Tacna, 25 de abril del 2019

VISTO:

El Informe N° 78-2019-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por la Est. Lic. Melina Marleny Mamani Ccusi, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Est. Lic. Melina Marleny Mamani Ccusi, de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 78-2019-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **INFLUENCIA DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA EN SÍNDROME METABÓLICO EN ASEGURADOS DE ENTIDADES EMPLEADORAS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD TACNA 2018**, presentado por la Est. Lic. Melina Marleny Mamani Ccusi, alumna de la Segunda Especialidad: Salud Familiar y Comunitaria, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Mgr. Fresia Catacora Lopez.

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Mgr. Fresia Catacora Lopez, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación de la Mgr. Fresia Catacora Lopez, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado: **INFLUENCIA DEL PROGRAMA REFORMA DE VIDA EN SÍNDROME METABÓLICO EN ASEGURADOS DE ENTIDADES EMPLEADORAS DE LA JURISDICCIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DE ESSALUD TACNA 2018**, presentado por la Est. Lic. Melina Marleny Mamani Ccusi, alumna de la Segunda Especialidad: Salud familiar y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud

ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por la Est. Lic. Melina Marleny Mamani Ccusi, alumna de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



Maria Dalila Salas de Cornejo
M^{ra} María Dalila Salas de Cornejo
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Distrib.: 2da Esp.Enferm, Arch.



Fresia
Secretaria
Académica
Administrativa
M^{ra} Verónica del Carmen Berrios Espejo
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
TACNA

Anexo N° 6

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Existen diferencias significativas en el Programa de Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial de Tacna, EsSalud 2018?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Evaluar el Programa Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico, antes y después de la intervención de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red Asistencial Tacna – EsSalud, 2018.</p> <p>Objetivos específicos:</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe diferencias significativas del Programa Reforma de Vida en los asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Programa Reforma de Vida</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Síndrome Metabólico</p>	<p>Tipo y Diseño de Investigación</p> <p>El presente estudio es de nivel aplicativo, por que plantea resolver problemas o intervenir en la historia natural de la enfermedad, enmarcada a la innovación; enfoque cuantitativo, ya que los datos se examinaron de manera numérica especialmente en el</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características generales de los asegurados con Síndrome Metabólico de las entidades empleadoras de la jurisdicción de la Red asistencial Tacna, EsSalud 2018. • Valorar el Síndrome Metabólico, según dimensiones en los asegurados de la Red asistencial Tacna, EsSalud 2018. • Medir el Programa Reforma de Vida, según dimensiones en los 			<p>campo de la estadística; diseño cuasi experimental con evaluación antes y después.</p> <p>Esquema:</p> <p style="text-align: center;">GE 01 x 02</p> <p>Donde:</p> <p>GE: Grupo experimental</p> <p>01: Evaluación de inicio</p> <p>X: Aplicación del Programa de Reforma de Vida</p> <p>02: Evaluación de salida</p> <p>Los estudios cuasi experimentales tienen el objetivo de analizar los efectos asociados a la intervención y por ende al estudio de los</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>asegurados con Síndrome Metabólico antes y después de la intervención, de la Red Asistencial Tacna, EsSalud 2018.</p>			<p>eventuales cambios que pueden ser detectados y por ello detectarse en los sujetos a veces esta intervención es en función del tiempo, en circunstancias en que no existe asignación aleatoria. (70)</p> <p>Según la naturaleza de los datos: el presente estudio tiene un enfoque Cuantitativo cuando la preponderancia del estudio de los datos se basa en la cuantificación y cálculo de los mismos. (70)</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				Según su prolongación en el tiempo: Retrospectivo ya que se indagará sobre hechos ocurridos en el pasado (70).
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------