



UNAM Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Estilo de vida e hipertensión en jóvenes universitarios”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN

Eva III Isabel Angel Toledo

Marilyn Monroy Moreno

Director: Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Dictaminadores: Mtra. María Cristina Bravo González

Lic. Ángel Francisco García Pacheco



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su apoyo y cariño. En especial a mi madre y mi abuela por brindarme los medios para seguir desarrollándome.

A la Institución por ser mi casa de estudios, a mi director de tesis Leonardo Reynoso por su motivación y guía, y a todos los maestros que han influido para que logre finalizar esta etapa académica.

A Marco por hacer de todo menos nebuloso y a Marilyn por su amistad y complicidades.

A todos los que directa o indirectamente contribuyeron en algo para seguir adelante.

Eva III Isabel Angel Toledo

Quiero agradecer a mi casa de estudios, profesores y directivos, por haberme brindado un espacio abierto al conocimiento profesional y cultural.

A mi director de tesis, Leonardo Reynoso Erazo, por su apoyo constante y guía para la realización de éste trabajo.

A Eva Angel, mi compañera y amiga, por las complicidades, historias y logros que hemos compartido.

Por último, quiero dar gracias infinitas a mi familia y especialmente a mi madre por el apoyo y amor que he recibido incondicionalmente.

Marilyn Monroy Moreno

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Índice	4
Resumen	6
Introducción	7
Capítulo I	
<u>Medicina Conductual</u>	
1.1 Definición	11
1.2 Orígenes y fundamentos	11
1.3 Campo de acción	15
Capítulo II	
<u>Estilo de vida y su relación con la enfermedad</u>	
2.1 Definición de estilo de vida	17
2.2 Relación entre el estilo de vida y las enfermedades	18
2.2.1 Estilo de vida e hipertensión	21
Capítulo III	
<u>Método</u>	
3.1 Objetivos generales	28
3.2 Objetivos específicos	28
3.3 Hipótesis	28

3.4 Sujetos	29
3.5 Escenario	29
3.6 Definición de variables	29
3.7 Instrumentos	30
3.8 Materiales	30
3.9 Procedimiento	30
Capítulo IV	
<u>Resultados</u>	32
Capítulo V	
<u>Discusión</u>	47
Bibliografía	53
Anexos	56

RESUMEN

Los patrones de comportamiento individual consistentes en el tiempo, presentes en condiciones relativamente constantes y modulados por el contexto social e histórico conforman el estilo de vida. Inicialmente es modelado por los padres, posteriormente en la escuela se aprenden diversas conductas. Los amigos pueden favorecer el desarrollo de comportamientos no saludables (uso del tabaco o alcohol) y pueden imitarse modelos promovidos por los medios masivos de comunicación. Entre los elementos que constituyen el estilo de vida se han considerado conductas relacionadas con: alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo, entre otros.

El propósito del estudio fue realizar un estudio exploratorio de estilos de vida en jóvenes universitarios. Participaron estudiantes de la FES Iztacala, a los cuales se les aplicó el *Cuestionario de Evaluación de Factores de riesgo*, que consta de 48 ítems, los cuales pretenden indagar sobre los comportamientos de una persona. Cada participante respondió el instrumento, fue pesado, medido y se le tomaron sus cifras de tensión arterial (TA). Resultados: Se estudiaron a 181 sujetos con edades entre 17 y 34 años, se encontró que el 16% de los participantes pueden clasificarse con hipertensión, siendo nueve participantes con tensión sistólica >120mmHG y 21 con tensión diastólica >80mmHg.

Podemos concluir que sí existe una relación entre un estilo de vida sedentario con el IMC y la CC, y por consiguiente si este estilo se mantiene constante en el tiempo con la aparición de hipertensión.

Palabras clave: Estilo de vida, hipertensión, jóvenes universitarios, índice de masa corporal, circunferencia de cintura.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años se han incrementado las investigaciones en países aparentemente primermundistas o con vistas a serlo sobre el papel de la conducta en la enfermedad y en la muerte. Esto es debido al decremento de las enfermedades infecciosas, a la prevalencia y al aumento de enfermedades crónicas degenerativas, como son la diabetes, la obesidad, cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Con las que se ha demostrado que la medicina convencional no puede dar respuesta efectiva sobre este tipo de enfermedades ni prevenir las, ya que tienen relación con el estilo de vida.

Si nos centramos en el método tradicional de la medicina, con la hospitalización, el tratamiento y las sugerencias médicas (no fumar, no beber en exceso, una dieta adecuada, realizar actividad física, etc.) el paciente recuperaría su salud o mínimamente tendría una mejor calidad de vida y llegaría a controlar el progreso de su enfermedad, pero la salud no es sólo la ausencia de enfermedad. De hecho, la OMS define a la salud como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS,1999). Esta definición pone en relieve la naturaleza biopsicosocial de la salud, por lo tanto modifica la concepción lineal de causa y efecto de la enfermedad, y así mismo, los pensamientos, los sentimientos y el estilo de vida son ahora considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física. De esta forma la medicina se ve en la necesidad de tomar en cuenta a otras disciplinas como la psicología y en este caso en específico, la medicina conductual.

La medicina conductual es la disciplina que de manera sistemática proporciona al paciente las habilidades necesarias para modificar su estilo de vida y su forma de pensar ante la enfermedad, previniendo las enfermedades, proveyendo de bienestar en diversas áreas de su vida y disminuyendo la morbilidad y mortandad en edades prematuras.

Dentro de los planes de acción del sector salud gubernamental está la prevención como una de las mejores formas de dar respuesta a estas corrientes epidemiológicas, (prevención implica investigación para el diagnóstico de condiciones de salud y factores asociados a ella, promoción de la salud, educación para la salud e intervención preventiva). La evidencia epidemiológica muestra que, como hemos dicho, la distribución de las enfermedades no es azarosa, sino que está relacionada con el estilo de vida tanto de manera individual como colectiva. El estilo de vida implica conductas y actividades que se relacionan directamente con las creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y de enfermedad (Reynoso & Seligson, 2002).

En la actualidad, los jóvenes se enfrentan a cambios significativos en su estilo de vida, mismos que pueden ser producidos por factores sociales, ambientales, culturales y económicos que afectan su estado de salud. Existen cambios que pueden llegar a representar factores o conductas de riesgo, tales como adicciones, hábitos alimentarios, patrones de la actividad sexual inadecuados, entre otros. Por esta razón, Aldereguía (1995) sostiene que el impacto del estilo de vida sobre el mejoramiento de la salud poblacional depende en un quinto de factores genéticos, otro quinto del estado del medioambiente, y sólo un décimo de la atención médica, situación que desde hace más de dos décadas cuestiona la necesidad de cambiar los abordajes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, motivando a la búsqueda de estrategias que aporten resultados en el mejoramiento y la adopción de estilos de vida sanos por parte de la población.

Así mismo, Soto et al. (2009), comentan que desde un enfoque epidemiológico de riesgo, los estudios sobre estilo de vida han demostrado la relación existente entre el comportamiento de las personas con la aparición de enfermedades. Por ejemplo, se han hecho relaciones causales entre el hábito de fumar y la aparición de cáncer, cardiopatías ligadas al poco ejercicio físico, hábitos alimenticios negativos y obesidad, conducta sexual de riesgo y VIH/SIDA, por mencionar algunas. Lo desfavorable de este enfoque es que se encuentra

altamente influenciado por el modelo médico tradicional en el cual se buscan relaciones causa-efecto y cuando esta relación no es directa señalan que existen relaciones multicausales. Por lo que se debe hacer énfasis en lo que comprende al estilo de vida de la persona, ya que este comprende diversas áreas como adicciones, hábitos alimenticios, actividad física, prácticas de higiene personal, tiempo de sueño y descanso, tiempo de esparcimiento, conductas de riesgo; las que podrían ser el generador de alguna enfermedad en mayor o menor grado.

En la sociedad contemporánea prevalece como enfermedad higiénico-nutricional la hipertensión arterial. Esto es debido al estilo de vida implicado, como es la falta de actividad física, la ingesta excesiva de alimentos, muchos de ellos altos en grasas, el consumo suprafisiológico de sal, el consumo excesivo de alcohol, el fumar, los estresores psicológicos, entre otros, ya que estos conforman algunos elementos que contribuyen al desarrollo de la hipertensión en el mundo. La hipertensión arterial tiene repercusiones en órganos de gran importancia como son arterias, riñones, corazón, etc; y puede ser la causa de insuficiencias cardiovasculares, cardíacas, renales, aneurismas y trombosis cerebral, entre otras.

Hasta el día de hoy, la hipertensión es una enfermedad crónica con mayor prevalencia en la población de nuestro país y se le ha relacionado de manera significativa con el sedentarismo, incremento de la relación LDL/HDL, consumo de alimentos altos en grasa u obesidad abdominal, diabetes, tabaquismo, no alimentarse de frutas y verduras, y afición al consumo de bebidas alcohólicas. La European Society of Hypertension (2009) menciona que las personas que poseen estos factores tienen un riesgo 130 veces más elevado de padecer hipertensión en comparación con las personas que no lo hacen.

La hipertensión arterial en México de manera directa provocó 12,894 muertes en 2006, 14,565 en 2007 y 15,694 en 2008; las complicaciones de la hipertensión arterial, como la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades isquémicas del corazón, provocaron 59,579 en el 2008 (SINAIS, 2009).

Estos datos muestran una necesidad de prevenir dicha enfermedad, por lo que el objetivo de la presente investigación fue realizar un estudio exploratorio de estilos de vida en 181 estudiantes de la FES-Iztacala de diferentes carreras (48 de medicina, ocho de biología, 32 de optometría y 44 de psicología; 111 eran mujeres y 70 hombres con un rango de edad entre los 17 y los 34 años), utilizando el Cuestionario de Factores de Riesgo (Reynoso, 2006), para identificar factores de riesgo y factores asociados a la enfermedad como son la herencia familiar, el Índice de Masa Corporal (IMC) y la Circunferencia de la Cintura (cm), ya que en otras investigaciones se encontró que estos fungen como predictores de muerte prematura (Dobbelsteyn, Joffres, MacLean, Flowerdew & The Canadian Heart Health Surveys Research Group, 2001).

CAPÍTULO I. MEDICINA CONDUCTUAL

1.1 Definición

La medicina conductual es el nombre bajo el cual se integran un conjunto de técnicas y procedimientos derivados fundamentalmente de la psicología del aprendizaje y en especial de las teorías del condicionamiento, alimentándose además de otras tecnologías y ciencias, tales como la medicina, farmacología, inmunología y la ingeniería biomédica entre otras. Este conjunto de técnicas, métodos y procedimientos tiene como objetivo común la promoción, sostenimiento o cambio de los comportamientos que están asociados con la salud.

Reynoso & Seligson (2002), mencionan que la medicina conductual es una disciplina que proporciona de manera sistemática las habilidades que necesita el paciente para modificar tanto la forma de pensar ante las enfermedades como su estilo de vida. De esta forma previniendo las enfermedades, otorgando bienestar en diversas áreas de su vida y por lo tanto disminuyendo la morbilidad y mortandad en edades prematuras.

1.2 Orígenes y fundamentos

Los inicios de la ahora llamada Medicina Conductual, tuvieron lugar en la década de los 70s. Rodríguez (1984) comenta que el término fue dado por Birk en el año de 1973, quien expresaba la importancia que tenían las técnicas conductuales y de manera específica la bio-retroalimentación en la intervención de problemas de salud, tales como el asma, dolor de cabeza, epilepsia, etc. Posteriormente, en 1977, importantes especialistas interesados en la salud y ciencias sociales, se reunieron en la universidad de Yale, con el fin de formalizar la creación de una disciplina que integrara los conocimientos biomédicos y sociales. Ésta tendría la función de desarrollar y aplicar medidas de tratamiento, rehabilitación y prevención de los enfermos o usuarios. Rodríguez (2010) comenta

que un año más tarde se fundó la Academia de Investigación en Medicina Conductual en USA y a partir de esto se definió a la medicina conductual como: El campo interdisciplinario de la ciencia de la conducta con la biomedicina, con el fin de desarrollar y aplicar los conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud; prevención y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.

Una vez creada la definición, el crecimiento de esta disciplina se dio rápidamente. Importantes acontecimientos como la publicación del primer número del Journal of Behavioral Medicine en 1978 y la Revista Biofeedback and Self-Regulation, donde se expusieron investigaciones sobre aplicaciones de algunas técnicas para controlar enfermedades como hipertensión, problemas cardiovasculares, entre otros.

Rodríguez (2010) considera que existen tres acontecimientos importantes dentro de la historia de la medicina conductual. El primero es la utilización de las técnicas de modificación de conducta en pacientes con problemas de salud, que anteriormente se aplicaban a pacientes con alteraciones mentales. El segundo fue la constatación de que la bioalimentación podía causar cambios fisiológicos en funciones corporales que son reguladas por el sistema nervioso autónomo. Estos cambios daban oportunidad de intervenir de manera efectiva en trastornos como migraña, hipertensión, úlceras y dolores crónicos. Y por último, el hecho de que se haya dirigido la atención a las principales causas de enfermedad y mortandad en adultos, así como el reconocimiento de que los cambios comportamentales tienen un papel principal en cuanto a la prevención y tratamiento de las mismas.

El desarrollo de la medicina conductual implicó un cambio en la concepción que se tenía hasta entonces de los conceptos salud y enfermedad, así como la relación que éstos tienen entre sí, pues al integrarse los factores psicosociales como desencadenantes de un enfermedad y mantenimiento o recuperación del bienestar físico, se dio un giro a la idea tradicional y mecanicista del fenómeno de la salud.

En 1977, George Engel propuso un modelo psicosocial que contrastó con el modelo biomédico que se ha utilizado aún por varios profesionistas del área médica. En éste, se visualizan los procesos biológicos, psicológicos y sociales como parte de un sistema y no por separado. El modelo biopsicosocial hace una distinción entre la enfermedad y el padecimiento. Lifshitz (2008) aclara que la enfermedad es una descripción, diferenciación y clasificación teórica que sólo podemos encontrar en los libros. En ellos, se explica la causa de su aparición, el sustrato anatómico que está siendo afectado, la sintomatología que la caracteriza, el pronóstico y el tratamiento adecuado para ésta. Todos estos datos, son corroborados con el caso de la persona que asiste al médico. El padecimiento es lo que el paciente realmente tiene, aquellos síntomas y signos que presenta de una forma particular. Existen ocasiones en que el padecimiento puede estar conformado por varias enfermedades o no corresponder con alguna conocida. En palabras simples, una vez que el clínico ha evaluado al paciente, por medio de las técnicas médicas y puede darle un nombre concreto, clasificar y describir mediante términos concretos lo que el paciente está refiriendo y encontrar una explicación orgánica, psicológica o social, el padecimiento se convierte en enfermedad.

Desde ésta visión, la enfermedad y el padecimiento no son equivalentes, ya que una persona sana puede sentir malestar, es decir, tener un padecimiento sin que presente una enfermedad. De igual manera, una persona que no presenta malestar alguno puede, después de algunos estudios médicos, resultar enfermo sin que presente o haya detectado los síntomas.

Por ésta razón, es importante que el médico a cargo indague acerca del estado psicológico del paciente, los sentimientos y creencias que éste tiene acerca del malestar que presenta, los factores sociales que influyen en éste y el tipo de relación que el paciente tiene con su familia y comunidad, obteniéndose así, muchos más datos de los que podría proporcionar al cuestionarle solamente sobre los síntomas físicos.

Al separar el padecimiento de la enfermedad, éste modelo sostiene que los cambios físicos tendrán repercusión en la mente y viceversa. El factor biológico ayuda a comprender cómo es que la enfermedad está actuando en el cuerpo de la persona; lo psicológico ayudará a recabar información sobre las habilidades o potencial que presenta la persona para superar la situación, su autocontrol, estado emocional y si éste está pensando de manera positiva o negativa ante la enfermedad y por último, los factores sociales tales como el nivel económico, cultural, tecnológico y religioso, darán una pauta al médico para averiguar cómo es que el paciente vive y cuáles de éstos pueden influir en el diagnóstico a partir del padecimiento y sobre la aparición o desarrollo de la enfermedad.

Es así como el proceso salud-enfermedad es concebido como dinámico y por lo tanto, estarán en juego factores sociales, psicológicos y biológicos que tendrán interacciones mayores o menores entre ellos mismos, en diversas etapas de la vida y situaciones a las que el individuo está expuesto (Roth, 1990). De este modo, es necesaria la investigación interdisciplinaria, pues se requieren los conceptos y procedimientos de varias disciplinas para comprender y dar atención a los problemas de salud. De igual manera, dentro del enfoque bioconductual, es importante tomar en cuenta diversas variables de diferente índole, como son las psicológicas, el ambiente, fisiológicas y nutricionales. Gracias a esta visión se ha podido dar respuesta a los factores psicológicos y fisiológicos de diferentes enfermedades adoptando diversos tipos de intervención, a la vez que se incita a los profesionistas que atañen a esta disciplina, a atender a los usuarios y mediar entre los diferentes servicios y agentes de cambio, proporcionando a los educadores, médicos, enfermeras, nutriólogos, trabajadores sociales y familiares del paciente, aquellos conocimientos y herramientas que ayuden a que las interacciones que sostienen los miembros de la sociedad, tengan como resultado comportamientos que favorezcan conductas deseables como el aprendizaje de habilidades que impulsen su desarrollo, búsqueda de la salud física y por lo tanto el bienestar personal y social (Contreras, 1999).

1.3 Campos de acción.

La Medicina Conductual, en sus inicios, implementó dos principales técnicas de intervención: el biofeedback y el automanejo. La primera, iniciada por los fisiólogos, médicos y por grupos de psicofisiología; y la segunda, derivada de la psicología experimental.

El biofeedback sirve para manejar los desórdenes psicofisiológicos y es una aplicación de los métodos de condicionamiento operante al control somatomotor y del sistema nervioso central. Es utilizado como un medio para controlar los procesos corporales y aumentar un estado de relajación y disminuir la percepción del dolor. En esta técnica, la conducta que va a ser modificada puede no ser observada directamente por el paciente o por el médico, pero puede constatarse mediante instrumentos empleados en la práctica médica, por ejemplo, el esfigmomanómetro, que sirve para medir la presión sanguínea. Esta técnica es utilizada para tratar algunos eventos o enfermedades tales como taquicardia, enfermedad de Raynaud, incontinencia fecal y desordenes neuromusculares, hipertensión, contracciones ventriculares prematuras, dolor de cabeza o migraña y asma.

Rodríguez (1984) menciona que en el auto-manejo, el terapeuta enseña al paciente o usuario a modificar algunos aspectos del ambiente, con el fin de modificar alguna conducta y motivar al paciente a llevar a cabo las recomendaciones o instrucciones médicas. Entre las principales técnicas de éste, se encuentra el control de estímulos, manipulación ambiental, manejo de contingencias, etc.

Linden & Moseley (2006) mencionan que actualmente se han implementado nuevas técnicas para la aplicación de la medicina conductual. Entre ellas se encuentran el entrenamiento para el manejo del estrés y la ansiedad, métodos de relajación, terapia cognitiva conductual e incluso, la meditación. Según los autores, la atención y servicio del psicólogo a cargo, deberá incluir varias de estas técnicas, dependiendo la enfermedad y gravedad del paciente. Así mismo, el terapeuta

tendrá que poseer la capacidad de modelar e instruir al usuario, con el fin de que éste sepa cuándo y cómo puede implementar las habilidades que se le han enseñado.

Dentro de la aplicación de la Medicina Conductual, se encuentran: a) la modificación directa, en la cual se intenta modificar la conducta o respuesta fisiológica que constituye un problema; b) modificación indirecta, donde se modifican algunas conductas del personal médico para dar un mejor servicio a los pacientes; c) modificación de aspectos relacionado con el tratamiento médico o para lograr un apego a éste, y d) que está relacionada con la prevención, donde se modificarán conductas detectadas como factores de riesgo para el paciente.

CAPÍTULO II. ESTILO DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD

2.1 Definición de estilo de vida

El estilo de vida según Roth (1990) tiene que ver con aquellos comportamientos que realizamos habitual y cotidianamente, y que singularizan el modo de vida que tiene una persona, siendo estos permanentes en el tiempo. Así mismo, Soto et al. (2009), comentan que en algunas ocasiones se agregan a esta definición algunas variables, tales como las creencias, valores o emociones que se asocian a la conducta, sin embargo, cuando este tema se delimita a la salud, se deben tomar en cuenta sólo aquellas conductas que tienen impacto de manera significativa, en la medida de que la presencia o ausencia de alguna, puede construir un factor de riesgo o de prevención y protección para el individuo. De igual forma, Reynoso & Seligson (2002) mencionan que el estilo de vida implica conductas y actividades que se relacionan directamente con las creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y de enfermedad.

Kasper et al.(2007) mencionan que la evidencia epidemiológica muestra que, como hemos dicho, la distribución de las enfermedades no es azarosa, sino que está relacionada con el estilo de vida tanto de manera individual como colectiva. Por lo tanto dentro de los planes de acción del sector salud gubernamental está la prevención (prevención implica investigación para el diagnóstico de condiciones de salud y factores asociados a ella, promoción de la salud, educación para la salud e intervención preventiva), como una de las mejores formas de dar respuesta a estas corrientes epidemiológicas. Además de que la salud es definida como: “El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS,1999), por lo que es necesario promover estilos de vida preventivos y de mantenimiento de la salud.

La prevención en cuestión de salud implica dar información a la comunidad sobre las características de las enfermedades, los factores que influyen en éstas, los síntomas que presentan y las maneras en que éstas son diagnosticadas y tratadas, por ejemplo, en campañas de salud referentes a la diabetes, se indica hacer pruebas de sangre con el fin de detectar altos niveles de glucosa, si ésta resulta mayor al nivel normal, se hace énfasis en acudir al médico.

Educar a la comunidad en cuanto a modificar su estilo de vida, es un medio de protección, ya que al proporcionarles habilidades que desemboquen en conductas saludables, las personas podrán tener menos riesgo de adquirir una enfermedad. Un ejemplo de protección, es la enseñanza del uso del condón para prevenir una ETS.

2.2 Relación de estilo de vida y las enfermedades

Existen diferentes estilos de vida, y estos dependerán de algunos comportamientos y prácticas que pueden ser definidas como saludables y de riesgo. Éstas interactúan constantemente entre sí, en el comportamiento de una misma persona a lo largo de su vida. La ONU (2007) menciona que los individuos que presentan prácticas de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, consumo de dieta inadecuada) de manera estable en el tiempo, tienen un mayor rango de probabilidad de presentar enfermedades, en comparación con aquellas personas que no lo hacen.

Roth (1990) menciona que en cuanto a la salud de los adolescentes y jóvenes, el estilo de vida se ve íntimamente relacionado con graves problemas sociales, económicos, culturales y ambientales. Ejemplo de estos pueden ser los embarazos no deseados, abortos, contagio de enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas y trastornos de la conducta alimentaria. Así mismo, los jóvenes presentan actualmente, una tendencia a aumentar la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas que no son contagiosas, sino que son

resultados de estilos de vida de riesgo, tales como cardiopatías, diabetes mellitus tipo II, obesidad, entre otras.

Sobre esto, Aldereguía (1995) sostiene que el impacto del estilo de vida sobre el mejoramiento de la salud poblacional depende de factores genéticos, del estado del medioambiente y mínimamente de la atención médica, situación que desde hace más de dos décadas cuestiona la necesidad de cambiar los abordajes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, motivando a la búsqueda de estrategias que aporten resultados en el mejoramiento y la adopción de estilos de vida sanos por parte de la población.

Para evaluar y promover prácticas saludables, es necesario hacerlo desde un enfoque integral que considere el estilo de vida en todas sus dimensiones. Esto incluye la nutrición, actividad física, tiempo de esparcimiento, higiene personal y cuidado médico, función del sueño y descanso, sexualidad, ingesta de sustancias como alcohol o drogas y consumo de tabaco.

Soto et al. (2009) describen estas dimensiones de la siguiente manera:

Nutrición: tiene que ver con lo relacionado a la selección e ingesta de alimentos, tomando en cuenta los horarios en que se consumen y el control de peso. El fin de una buena alimentación, será la satisfacción de las necesidades físicas y un buen funcionamiento diario, además de prevenir algunas enfermedades o alteraciones endócrinas y metabólicas. Esta dimensión resulta muy importante, ya que en la actualidad, existen graves consecuencias físicas que son resultado de trastornos alimenticios como la anorexia, bulimia y obesidad.

La actividad física: son aquellos movimientos corporales y actividades que propician un consumo energético mayor al que se produce en reposo. Esta actividad disminuirá el riesgo y previene de desarrollar enfermedades coronarias o crónicas. Así mismo, habrá efectos emocionales positivos, pues está asociada a la reducción de ansiedad, estrés y depresión.

El tiempo de esparcimiento: es definido como el momento en que las personas pueden realizar actividades que vayan de acuerdo a sus gustos e intereses, eligiéndose, por lo general, de manera libre y personal. Se relaciona con actividades que producen placer, descanso y que generalmente, promueven la integración social. Los momentos de esparcimiento, son importantes, ya que se han ligado a actividades positivas como el deporte, acercamiento cultural y social, previniendo la delincuencia y el consumo de sustancias nocivas en jóvenes.

Higiene personal y cuidado médico: son las conductas que se realizan con el fin de beneficiar la salud. Esta dimensión engloba la higiene corporal, la toma de medicamentos según la prescripción médica y cuidados indicados con el fin de lograr la recuperación física, y la toma de medidas preventivas como el uso del cinturón de seguridad al ir dentro de un automóvil. El comportamiento que la persona tenga acerca de esta área de la salud podrá indicar el grado de responsabilidad que tiene para sí misma.

Función del sueño: es el estado de reposo en el cual existe respuesta a estímulos del ambiente y niveles de actividad física, menores al estado de vigilia dependiendo de la fase de sueño en que se encuentre la persona, pues su fin es recuperar la energía vital gastada durante el día. La falta de éste, tendrá efectos nocivos, tales como falta de concentración, rendimiento físico e intelectual.

Sexualidad: involucra a las prácticas orientadas a proporcionar placer físico y sexual, incluyendo el cuerpo propio y el de otros. Esta dimensión tiene gran relevancia, ya que puede ser de riesgo para la salud si no se toman en cuenta medidas preventivas tales como el uso del condón y métodos anticonceptivos. Dentro de los factores de riesgo, se encuentra el contagio de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. Esto puede ser el resultado de una mala educación sexual, poca comunicación familiar y deficiencias en el sistema educativo.

Ingesta de alcohol, drogas y consumo de tabaco: Se refiere a la ingesta, aplicación u absorción de dichas sustancias, generando alteraciones en el sistema nervioso central y en el comportamiento. Estas alteraciones están relacionadas

con los efectos agudos del consumo, que también producen consecuencias negativas para la salud, como las alteraciones cardiovasculares, pulmonares, de colon, problemas académicos y/o laborales, accidentes de tránsito, violencia, contagio de enfermedades infecciosas, embarazos no deseados, suicidio y problemas de salud mental.

2.2.1 Estilo de vida e hipertensión

La hipertensión es una enfermedad frecuente, que consiste en la elevación crónica de la presión arterial. Es considerada como un factor de riesgo en las enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares, y puede producir una insuficiencia cardiaca congestiva, arteriopatías periféricas, disección aórtica e insuficiencia renal (Cepvi, 2009).

Cuando hablamos de presión arterial (PA), se hace referencia al nivel de “fuerza” o “presión” que existe en el interior de las arterias, y que es producida por el paso de la sangre. Cuando el corazón late, la presión aumenta (presión sistólica) y en los periodos entre latidos, cuando el corazón está en reposo, ésta disminuye (presión diastólica).

Como ya sabemos, el corazón es el encargado de bombear sangre por las arterias con el fin de oxigenar y nutrir a los órganos del cuerpo. Cada vez que el corazón late, se envían impulsos nerviosos que provocan que nuestras arterias se ensanchen o contraigan. Cuando la arteria se ensancha, la sangre puede fluir con facilidad, pero si la arteria se contrae, el flujo sanguíneo será restringido y por lo tanto el nivel de presión dentro de la arteria aumentará, lo que hará que el corazón se esfuerce más. Si esta presión se mantiene constante, las arterias resultarán dañadas por la fricción interna a la que han sido expuestas.

Existen grados y tipos de hipertensión, éstas han sido clasificadas por la American Heart Association (2009) como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Clasificación de la American Heart Association (2009).

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Óptima	Menor de 120	Menor de 80
Prehipertensión	120 a 129	80 a 89
Hipertensión grado 1	136 a 159	90 a 99
Hipertensión grado 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión grado 3	180 y más	110 y más
Hipertensión sistólica	Más de 140	Menor de 90

Kasperet al. (2008) explican que la hipertensión afecta a todas las poblaciones y se estima que es la causa del 6% de los fallecimientos a nivel mundial. Para su entender su aparición se toman en cuenta factores ambientales y genéticos que pueden explicar las variaciones regionales, raciales y su prevalencia. La hipertensión arterial en México de manera directa provocó 12,894 muertes en 2006, 14,565 en 2007 y 15,694 en 2008; las complicaciones de la hipertensión arterial, como la enfermedad cerebrovascular y las enfermedades isquémicas del corazón, provocaron 59,579 en el 2008 (SINAIS, 2009).

La obesidad y el incremento ponderal son un factor de riesgo independiente y potente de hipertensión, ya que se estima que el 60% de los hipertensos tienen exceso ponderal mayor de 20%. Entre las poblaciones, la prevalencia del incremento tensional depende de la ingesta de cloruro de sodio y el aumento por el envejecimiento pudiera ser intensificado por el consumo elevado de la sal de mesa. Asimismo, la ingesta baja de calcio y potasio en alimentos también pudiera contribuir al peligro de hipertensión. Factores del estilo de vida también contribuyen a la hipertensión, tales como el consumo de alcohol, estrés psicosocial y niveles bajos de actividad física.

Hasta el día de hoy, la hipertensión es una enfermedad crónica con mayor prevalencia en la población de nuestro país y se le ha relacionado de manera significativa con el sedentarismo, incremento de la relación LDL/HDL, consumo de alimentos altos en grasa u obesidad abdominal, diabetes, tabaquismo, no alimentarse de frutas y verduras, y afición al consumo de bebidas alcohólicas. La European Society of Hypertension (2009) menciona que las personas que poseen estos factores tienen un riesgo 130 veces más elevado de padecer hipertensión en comparación con las personas que no lo hacen.

Estudios realizados entre gemelos y familia comprueban que existe una notable relación entre componentes hereditarios y los niveles de la presión arterial e hipertensión. Existe la posibilidad de heredar características de presión arterial en un 15% a 35%; los varones tienen un 60% de probabilidad de que la herencia intervenga en su presión arterial, mientras que en las mujeres, se estima un 40%. La mayor presión arterial antes de los 55 años afecta con una frecuencia 3.8 veces mayor a sujetos que tienen el antecedente familiar de hipertensión, sin embargo, en más del 98% de los enfermos, los factores hereditarios no son identificados. Cuando la causa de la hipertensión es desconocida (idiopática), es nombrada hipertensión esencial. En algunos casos, éste padecimiento puede ser producido (hipertensión secundaria) por enfermedades renales y la presencia de una placa ateromatosa.

Actualmente, el tratamiento médico para la hipertensión es por medio de antihipertensivos, estos tienen el fin de disminuir la presión arterial y varían de acuerdo a su mecanismo de acción. Estos pueden ser diuréticos, bloqueadores adrenérgicos beta, bloqueadores de los canales de calcio y bloqueadores de la enzima convertidora de la angiotensina.

Labiano&Brusasca (2002) comentan que en promedio, existe una mayor cantidad de enfermos con hipertensión ligera o leve y en éstos el tratamiento farmacológico puede resultar conflictivo en un 20%, pues los pacientes suelen presentar impotencia, mareos y apatía como efectos colaterales de los fármacos hipertensivos. En contraparte, los hipertensos graves, mostraron mayor beneficio

en la toma de medicamentos. Además, los mismos autores mencionan que existe la hipertensión de la bata blanca (White coat hypertension). Esta hipertensión se caracteriza por hacer su aparición en visitas médicas, pero en los hogares de las personas desaparece. Por lo tanto, es importante tomar en cuenta aspectos situacionales en la medición de la presión arterial y sobre todo las intervenciones psicológicas en su tratamiento, pues la aplicación de tratamientos psicológicos ha podido disminuir en numerosos casos la hipertensión, reducción de medicamentos antihipertensivos y reducción de los efectos adversos de la medicación.

Como ya se había comentado antes, la modificación en el estilo de vida es útil tanto para prevenir enfermedades cómo para hacer más eficaz el tratamiento. En el caso de la hipertensión, el cambio en el estilo de vida es indicado para los pre-hipertensos y como complemento de los fármacos suministrados para los pacientes a partir del Grado 1. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Tratamiento general de la hipertensión arterial

Factores de riesgo e historia de enfermedad	VALORES DE LA TENSIÓN ARTERIAL				
	NORMAL	PREHIPERTENSO	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
No existe otro factor de riesgo			Cambio de estilo de vida; después, tratamiento farmacológico	Cambio de estilo de vida; después, tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico inmediato
1 A 2 factores de riesgo	Cambio de estilo de vida	Cambio de estilo de vida	Cambio de estilo de vida; después, tratamiento farmacológico	Cambio de estilo de vida; después, tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico inmediato
3 o más factores de riesgo o daño en órganos blanco	Cambio de estilo de vida	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico inmediato
Condiciones clínicas asociadas	Tratamiento farmacológico	Tratamiento farmacológico inmediato	Tratamiento farmacológico inmediato	Tratamiento farmacológico inmediato	Tratamiento farmacológico inmediato

Gutiérrez (2001) menciona que no sólo es necesario hacer un cambio en el estilo de vida para controlar la hipertensión, sino que debe tener como finalidad prevenir que otros órganos sean blanco de alguna enfermedad. En el caso de la hipertensión, recomienda llevar a cabo una dieta baja en grasas y harinas para disminuir la posibilidad de adquirir otra enfermedad cardiovascular y diabetes. Además recomienda una dieta baja en sodio, ya que ha sido comprobado que en personas de 45 años en adelante, una ingesta menor de sodio disminuye en 3.9mmHg la presión sistólica y un 1.9mmHg en la diastólica, evitando a la vez que el paciente hipertenso sufra una falla renal o cardíaca.

El estilo de vida sedentario es un factor de riesgo para la aparición de la hipertensión. Varela, Arrivillaga, Caceres, Correa, & Holguin (2005) mencionan que el ejercicio físico ha demostrado ser un efectivo tratamiento para éste padecimiento, ya que puede disminuir 4.7mmHg la presión sistólica y 3.1mmHg la presión diastólica, a la vez que ayuda a reducir el peso y elimina los lípidos. Con el ejercicio, se reduce el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca entre un 30 y 50%, y por consiguiente aumenta la calidad de vida.

Además del sedentarismo y el consumo de alimentos con alto contenido de grasa y sodio, existen algunos hábitos que pueden considerarse riesgosos para la salud. Sobre esto, Figueroa & Ramos (2006) indican que el cigarrillo es un factor de riesgo importante en las enfermedades cardiovasculares, ya que puede aumentar la probabilidad de aparición de éstas. Dejar de fumar reduce los eventos coronarios y los accidentes cerebrovasculares, ya que el cigarrillo disminuye los efectos hipotensores de los betabloqueadores, haciendo al consumidor, más propenso a presentar enfermedades cardíacas, entre ellas la hipertensión. Otro hábito común en nuestra sociedad y que ha sido relacionado con la producción de daños a la salud es el alcohol. Gutiérrez (2001) considera que su consumo diario no es indicado, sin embargo, es permitido de manera social y ocasional para el paciente, éste es un buen ejemplo de que existen hábitos que pueden ser médicamente permitidos, siempre y cuando se evite el exceso. De hecho, la European Society of Hipertension señala que es factor de riesgo para la

comunidad europea el no beber como el beber en exceso, y la American Heart Association reconoce que el beber no es factor de riesgo mientras el hombre no sobrepase los 3 tragos y las mujeres los 2 (Un trago estándar es igual a una onza de destilado (Cognac, brandy, whisky, ron, tequila, etc.) o a una cerveza o a una copa de vino).

Molerio, Arce, Otero & Nieves (2004) comentan que existen otros factores psicosociales asociados a la hipertensión, además del consumo de alimentos, sedentarismo y consumo de alcohol y tabaco. Uno de ellos es el estrés, que ha demostrado ser un factor relevante en la patogenia de ésta enfermedad. Estudios recientes han demostrado que las personas que habitan en zonas urbanas estresantes, de alta población, ruidosas y socioeconómicamente bajas, presentan niveles de presión elevados en comparación con los que habitan en lugares de bajo estrés. Así mismo, el desempleo y las grandes responsabilidades dentro del ámbito laboral provocan en las personas una reacción semejante.

Otro estudio significativo realizado a 40 personas con hipertensión arterial esencial, retomado por Molerio, Arce, Otero & Nieves (2004), demostró que en más del 70% de los casos, hubo relación entre la vulnerabilidad al estrés y el estilo de vida. También se ha detectado que la depresión, niveles de ansiedad rasgo y estado, así como la el poco control de la ira o el afrontamiento pasivo de ésta pueden conducir a una presión elevada en comparación con aquellos que no presentan dichos trastornos. Siguiendo con el tema de la expresión de la rabia o ira, se encontró que la expresión de ésta ya sea hacia uno mismo o a los demás, tiene un efecto negativo en la presión arterial. Asimismo, se ha encontrado que los hipertensos buscan menos apoyo emocional, comportándose racionalmente ante situaciones estresantes, lo que sugiere que el problema es tratado de manera ineficaz, pues la solución permanece en el hipertenso en un nivel cognitivo y se evita la respuesta real.

Además, la presencia de factores estresantes, ha sido relacionada con la adopción de hábitos y conductas de riesgo antes mencionadas, tales como el consumo tabaco, alcohol, cafeína, obesidad, entre otros. Es aquí donde nosotras

hacemos hincapié en la necesidad de un estudio global, donde los científicos encargados de la salud del paciente hipertenso tomen en cuenta los factores físicos y psicosociales que pueden influir en la presencia y evolución de su padecimiento, ya que no sólo es necesario llevar a cabo un tratamiento farmacológico, sino también ayudar al paciente a desarrollar habilidades psicosociales para que éste pueda afrontar al estrés y otros factores psicológicos que pueden estar relacionados con dicha enfermedad.

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1 Objetivos generales

El propósito de la presente investigación es realizar un estudio exploratorio de estilos de vida en jóvenes universitarios de la FES Iztacala.

De igual forma realizar un estudio comparativo entre estilo de vida sedentario, la circunferencia de cintura (cm) y la posible presencia de hipertensión.

3.2 Objetivos específicos

Describir el estilo de vida y salud en jóvenes universitarios de la FES Iztacala.

Identificar si existe relación entre estilo de vida sedentario, circunferencia de cintura (cm) e hipertensión.

Identificar si la medición de circunferencia de cintura (cm) es mejor predictor de hipertensión que el índice de masa corporal.

3.3 Hipótesis

Existe relación entre un estilo de vida sedentario e hipertensión.

No existe relación entre un estilo de vida sedentario e hipertensión.

Existe relación entre hipertensión y la circunferencia de la cintura (cm).

No existe relación entre hipertensión y circunferencia de cintura (cm).

La circunferencia de cintura es mejor predictor de hipertensión que el IMC.

El IMC es mejor predictor de hipertensión que la circunferencia de cintura.

3.4 Sujetos

181 estudiantes de la FES-Iztacala de diferentes carreras (48 de medicina, ocho de biología, 32 de optometría y 44 de psicología). De los cuáles 111 eran mujeres y 70 hombres con un rango de edad entre los 17 y los 34 años.

3.5 Escenario

Las aulas que dentro de la institución que fueron asignadas por el profesor responsable del grupo que aceptó colaborar.

3.6 Definición de variables

Estilo de vida: Se considera que los elementos que conforman el estilo de vida son las conductas y preferencias relacionadas con la alimentación (tipo y horario), la actividad física (tipo y cantidad), las actividades del cuidado de la salud, el uso de artefactos de protección específica, el tipo y duración de las actividades recreativas, las prácticas sexuales, el tiempo invertido en el descanso y en el transportarse, condiciones de salud-enfermedad, y el consumo de sustancias.

Hipertensión: Se considerará a los individuos con hipertensión a los que su presión sistólica sea ≥ 120 mmHg o su presión diastólica sea ≥ 80 mmHg.

Circunferencia de cintura: Se considerará que no tiene riesgo a la salud si tiene menos de 80 cm en la mujer y 94 cm en el hombre; que tiene riesgo de cardiopatías si tiene entre 80.1 a 87.9 cm en la mujer y de 94.1 a 101.9 cm en el hombre; y que tiene alto riesgo de adquirir cualquier enfermedad si tiene más de 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre (IMSS, 2008)¹.

¹Las variables IMC y CC son predictores de muerte prematura por lo que resulta relevante su relación con la enfermedad en cuestión (Dobbelsteyn, Joffres,

3.7 Instrumentos

Se utilizará el Cuestionario de Factores de Riesgo, *Cuestionario FR*(Reynoso, 2006). Que consiste de 48 ítems que indagan sobre los comportamientos cotidianos de una persona, es decir, su estilo de vida. (Ver anexo 1)

3.8 Materiales

2 esfigmomanómetros de mercurio, 2 estetoscopios, cinta métrica, lápices y copias del Cuestionario de Factores de Riesgo.

3.9 Procedimiento

Se les invitó personalmente a los profesores que tuvieran horas ante grupo a que sus alumnos participarán en el estudio, explicándoles en qué consistía y las ventajas de este. Con los profesores que accedieron, se acordó el día, la hora y el lugar para recolectar los datos.

Se presentaron los evaluadores ante el grupo según la cita acordada, señalaron los objetivos generales del estudio y enfatizaron sobre la importancia de contestar con honestidad. Una vez terminada la presentación se les pidió que pasaran por filas a medirse la tensión arterial y la circunferencia de cintura, a pesarse y se les entregó el cuestionario. Aunado a esto se les especificó que debían de firmar la hoja de autorización y se les dio hasta una hora para contestar el instrumento.

Las mediciones de la tensión sanguínea fueron tomadas de acuerdo con los protocolos estándares antes de que contestaran el cuestionario de estilo de vida y las medidas correspondientes al peso y circunferencia de cintura. Las mediciones de la circunferencia de cintura se efectuaron de la siguiente forma: se aflojó blusa y cinturón en caso de ser necesario, se colocó la cinta métrica en el punto medio del borde inferior de la última costilla y el borde superior del hueso de la cadera, se tomó la medida al momento de exhalar y tener el abdomen relajado y se anotó la medida en el apartado correspondiente del cuestionario.

Una vez concluida la recopilación de datos se construyó una base en SPSS 16.0 y se realizaron análisis estadísticos de tendencia central, de dispersión, de correlación y de diferencias entre medias.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Participaron 181 estudiantes de la FES-Iztacala de diferentes carreras (49 de odontología, 48 de medicina, 44 de psicología, 32 de optometría y ocho de biología). De los cuáles 111 eran mujeres y 70 hombres con un rango de edad entre los 17 y los 34 años ($\bar{X}= 20.42$, $DS=2.29$). El rango de talla fue de 1.36 a 1.88m ($\bar{X}=1.64$, $DE=1.04$). En las mujeres el peso mínimo fue de 42kg y el máximo de 105.5kg ($\bar{X}= 61.39$, $DE=1.24$) y en los hombres el peso mínimo fue de 47kg y el máximo de 108.4kg ($\bar{X}=70.26$, $DE=1.33$). La prueba t mostró diferencias significativas entre ambos sexos ($t_{(1-181)}=-4.55$, $p=0.000$).

Según los datos obtenidos de peso y talla se calculó el IMC ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$) de cada participante y se clasificaron según los siguientes parámetros: <18.5 peso bajo, de 18.5 a 25 peso normal, de 25.1 a 30 sobrepeso y >30 obesidad. De esta forma, se encontró que el 3% de los participantes se encuentra en peso bajo, el 63% en peso normal, el 24% tienen sobrepeso y el 18% sufre obesidad. Asimismo, no se encontraron diferencias significativas por IMC entre sexos ($t_{(1-181)}=0.697$, $p=0.487$). En la tabla 3 se muestra las categorías de IMC por sexo.

Tabla 3. Estado de IMC por sexo.

Sexo	Estado por IMC			
	Peso bajo	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad
Mujeres	4	64	30	13
Hombres	1	50	14	5

De igual forma, se realizaron las siguientes clasificaciones a partir de las medidas de circunferencia de cintura (CC):

- Menos de 80 cm en la mujer y 94 cm en el hombre: No tiene riesgo a la salud.

- De 80 a 87.9 cm en la mujer y 94 a 101.9 cm en el hombre: Tiene riesgo elevado de cardiopatías, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.
- De 88 cm o más en la mujer y 102 cm o más en el hombre: Tiene un riesgo muy alto de desarrollar enfermedades.

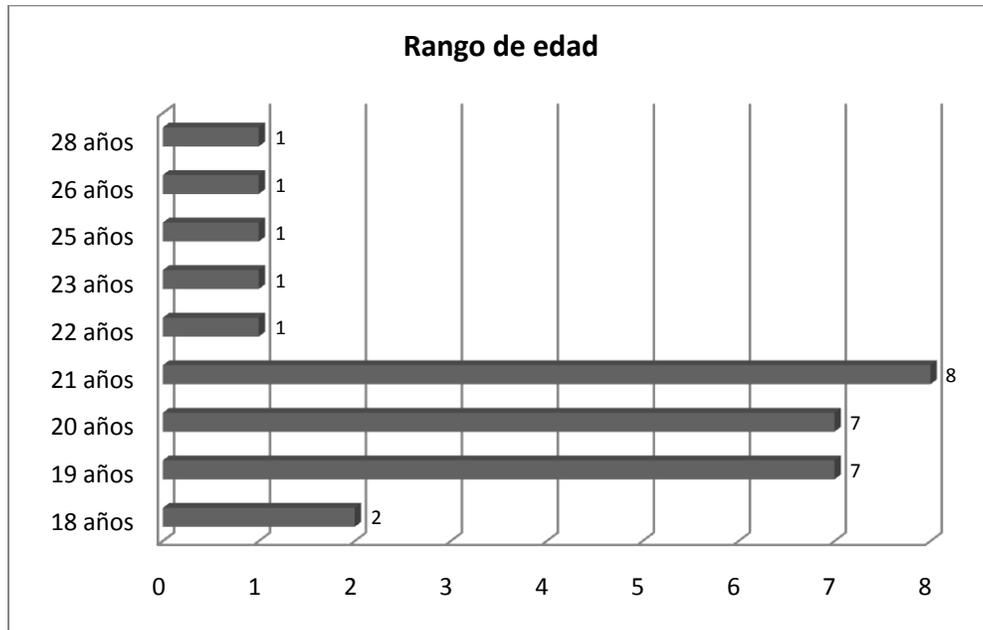
Dada esta clasificación, se encontró que el 73.5% de los participantes no tiene riesgo a la salud, el 16.6% tiene un riesgo elevado de tener cardiopatías, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares; y el 9.9% tiene un riesgo muy alto a contraer cualquier enfermedad. En la tabla 4 se muestra el riesgo a la salud por la circunferencia de cintura por sexo.

Tabla 4. Riesgo a la salud por CC por sexo.

Sexo	Riesgo a la salud por circunferencia de cintura		
	Sin riesgo	Riesgo elevado	Riesgo muy alto
Mujeres	72	24	15
Hombres	61	6	3

La tensión sistólica de los participantes osciló entre los 70 y 140mmHg, y la tensión diastólica de los 50 a 100mmHg. Se encontró que el 16% de los participantes pueden clasificarse con hipertensión, siendo nueve participantes con tensión sistólica >120mmHG y 21 con tensión diastólica >80mmHg. Con relación al sexo de los participantes se encontró que son el 16% de las mujeres y el 16% de los hombres. En la fig. 1 se muestra el rango de edad de los participantes catalogados como hipertensos y en la fig. 2 se muestra el IMC y el riesgo a la salud por las clasificaciones de circunferencia de cintura de los participantes que se encontraron con hipertensión.

Fig. 1. Rango de edad de los participantes con hipertensión.



En la fig. 3 se muestra el porcentaje de familiares con cardiopatías en los participantes clasificados como hipertensos.

Fig. 2 IMC y el riesgo a la salud por las clasificaciones de CC de los participantes que se encontraron con hipertensión.

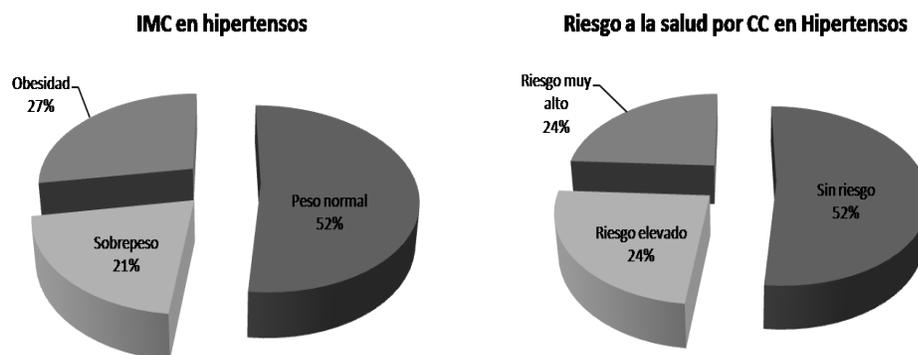
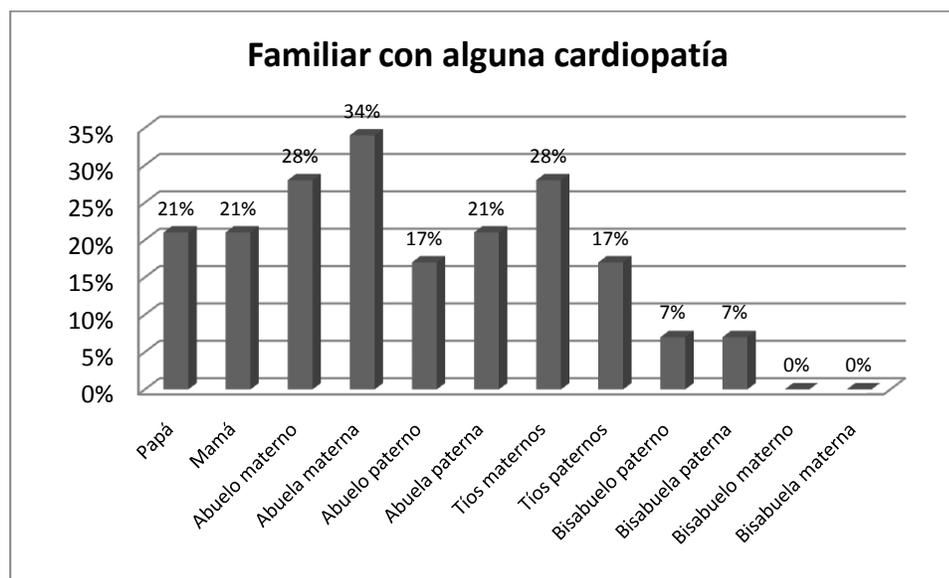


Fig. 3 Familiares con cardiopatías en los participantes clasificados con hipertensión.



El 13% de los participantes tiene hipertensión y herencia de enfermedades cardiovasculares; asimismo, se encontró que son 15 mujeres y nueve hombres. En la tabla 5 se muestra el estado de IMC y el riesgo a la salud por CC de los participantes con las características mencionadas anteriormente.

Tabla 5. Estado de IMC y riesgo a la salud por CC de los participantes con hipertensión y herencia de enfermedades cardiovasculares.

Estado por IMC		Riesgo a la salud por CC	
Peso Normal	12	Sin riesgo	11
Sobrepeso	5	Riesgo Elevado	7
Obesidad	7	Riesgo muy alto	6

Las enfermedades que padeció o padece algún familiar de los participantes son la diabetes 66%, cáncer 27%, obesidad 40%, y enfermedades cardiovasculares 69%.

Con relación al consumo de sustancias de los participantes se encontró que el 74% de los participantes ingieren bebidas alcohólicas. En la tabla 6 se muestra la cantidad de copas que ingieren los participantes.

Tabla 6. Cantidad de copas que ingieren por sexo.

	Consumo alcohol		Cantidad de copas que ingieren									
	No	Sí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	más de 9
Mujeres	33	78	33	14	21	16	14	7	4	0	4	2
Hombres	15	55	15	6	8	10	9	10	5	1	3	3

El 28% de los participantes fuman, 24 mujeres y 26 hombres; de los cuales 27 llevan fumando de uno a tres años, 17 de tres a cinco años, cinco de seis a 10 años y uno lleva fumando de 11 a 15 años. De aquellos que fuman, 46 fuman de uno a cinco cigarrillos diarios, dos de seis a diez cigarrillos y dos de 16 a 20 cigarrillos diarios. Y ningún sujeto se ha realizado una telerradiografía de tórax o Papanicolaou de esputo para evaluar si hay alteraciones causadas por el cigarro.

Dentro de los participantes clasificados con hipertensión se encontró que 19 consumen bebidas alcohólicas y 10 fuman. De igual forma, los participantes clasificados con hipertensión y con herencia de cardiopatías, 16 ingieren bebidas alcohólicas y ocho fuman.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres que fuman con relación a la tensión sistólica ($t_{(1-50)} = -2.662$, $p=0.011$), pero no en relación a la tensión diastólica ($t_{(1-50)} = -1.369$, $p=0.177$).

En la tabla 7 se muestra los porcentajes de sujetos que consumen alcohol y/o tabaco por carrera.

Tabla 7. Consumo de alcohol y tabaco de los participantes por carrera.

	Ingiere bebidas alcohólicas	Fuman
Medicina	77%	31%
Odontología	66%	22%
Optometría	71%	18%
Psicología	82%	41%

Los datos obtenidos relacionados con la conducta sexual de los participantes se muestran en la fig. 4 y 5.

Fig. 4 Uso de condón de los participantes y por sexo.

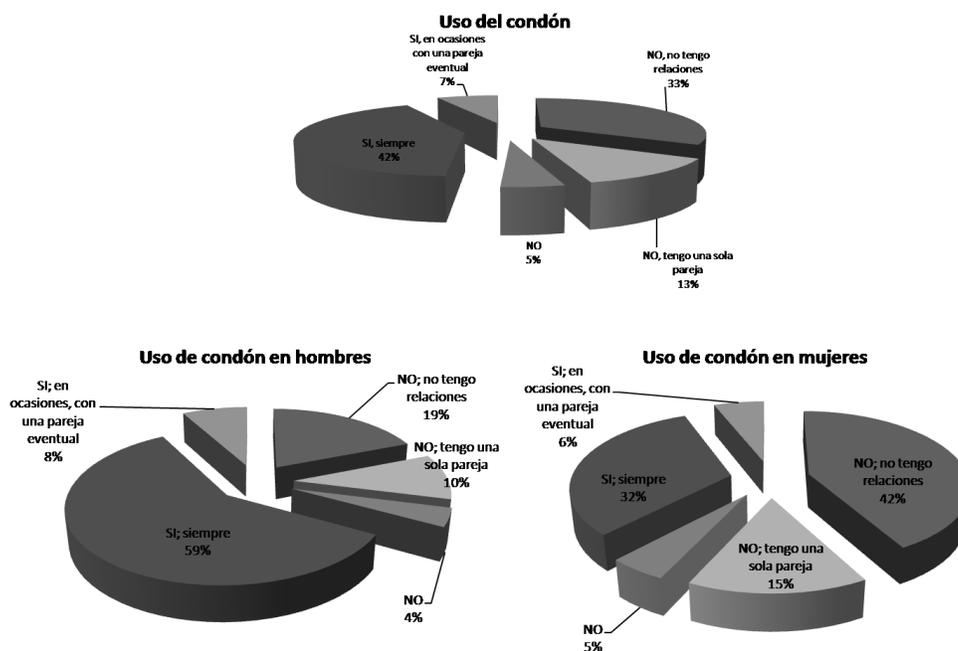
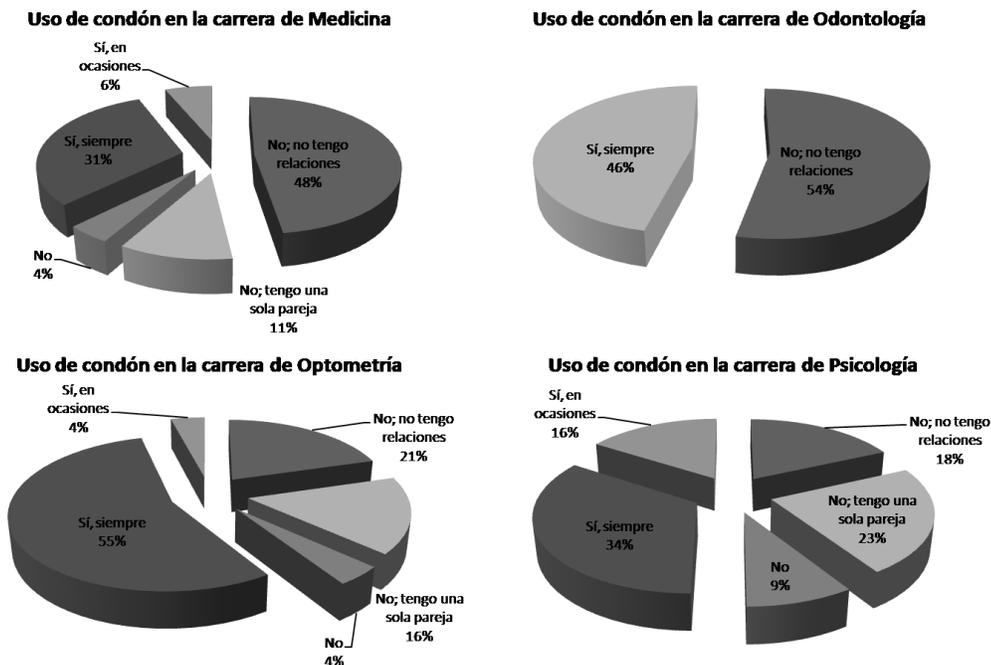


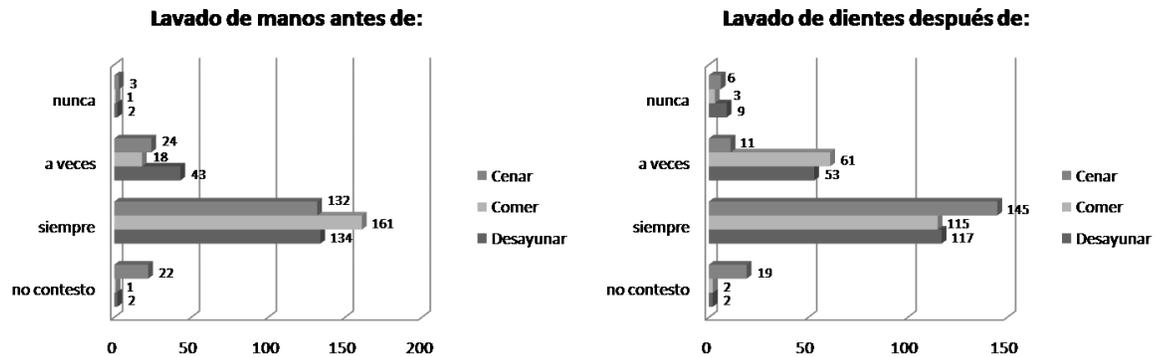
Fig. 5 Uso de condón de los participantes seccionados por carreras.



De igual forma relacionado con la conducta sexual, el 14% de las mujeres toma algún medicamento anticonceptivo, de las cuales 13 llevan menos de un año tomándolos y dos de uno a dos años. El 9% de las participantes se ha realizado el Papanicolaou cervico-uterino; y de estas, nueve tuvieron un resultado negativo, cinco resulto dudoso y en dos mujeres resulto positivo.

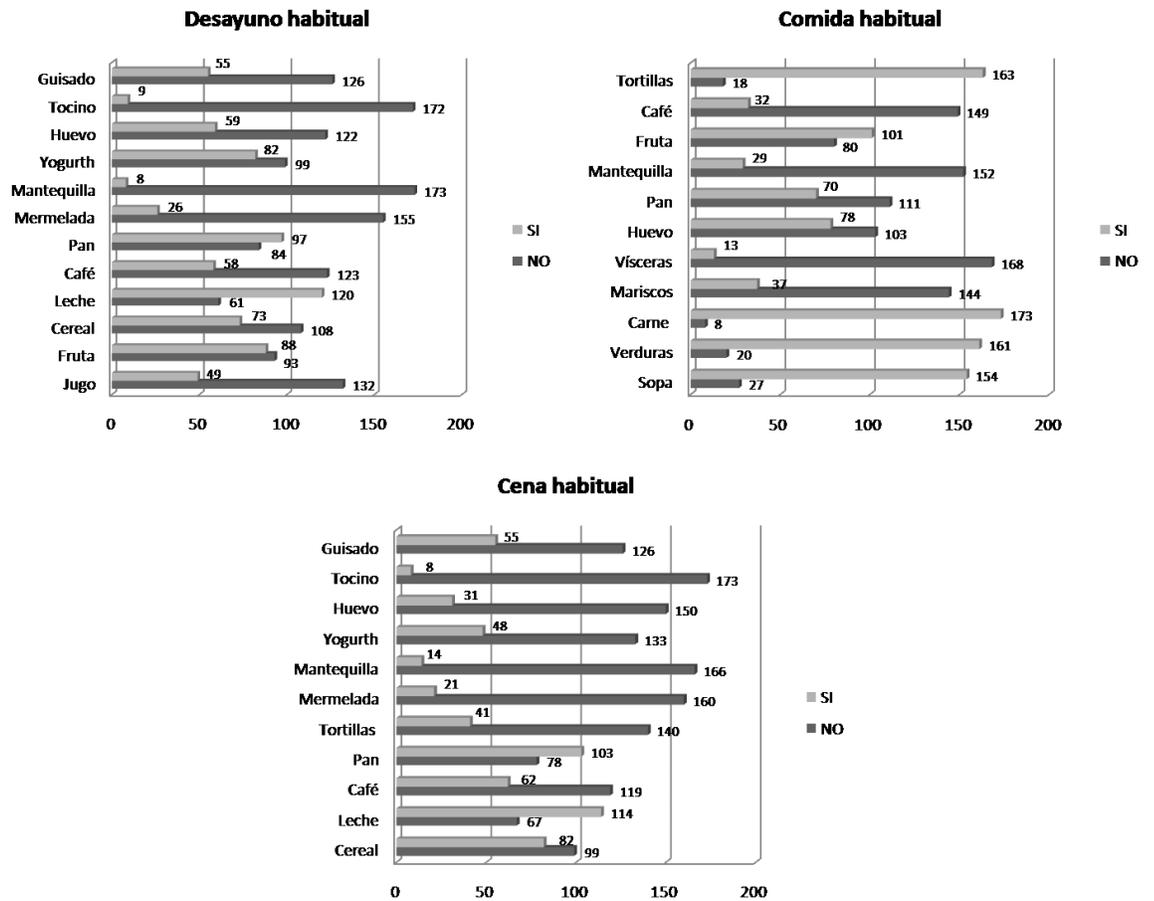
Respecto a la higiene personal se consideraron los hábitos de baño corporal, frecuencia en el cambio de ropa, el lavado de manos antes de alimentos y el lavado de dientes después de alimentos. Se encontró que 174 personas reportan bañarse diariamente, seis de manera alternada y una menos veces que la opción anterior. De igual forma 173 reportan cambiarse de ropa diariamente, cuatro de manera alternada y cuatro no contestaron. El comportamiento de los participantes en cuanto a lavado de manos y dientes se presenta en la fig. 6.

Fig. 6 Hábitos de aseo antes y después de consumir algún alimento.



Al revisar las respuestas referentes a la alimentación, encontramos que 12 no desayunan y 169 desayunan entre las 4:00a.m y las 11:00a.m. La hora de la comida varía de la 1:00p.m a las 6:00p.m. Así mismo, 30 participantes no cenan, y los demás lo hacen entre las 7:00p.m y las 11:00p.m. Los alimentos que consumen en las tres comidas se muestran en la fig. 7.

Fig. 7 Alimentos consumidos en las diversas horas estipuladas para comer.



En relación a la actividad deportiva de los participantes, los datos obtenidos se muestran en la fig. 8. En la fig. 9 se muestra la actividad deportiva en los participantes con hipertensión y herencia de alguna enfermedad cardiovascular.

Fig. 8. Hábitos sobre la actividad física de los participantes.

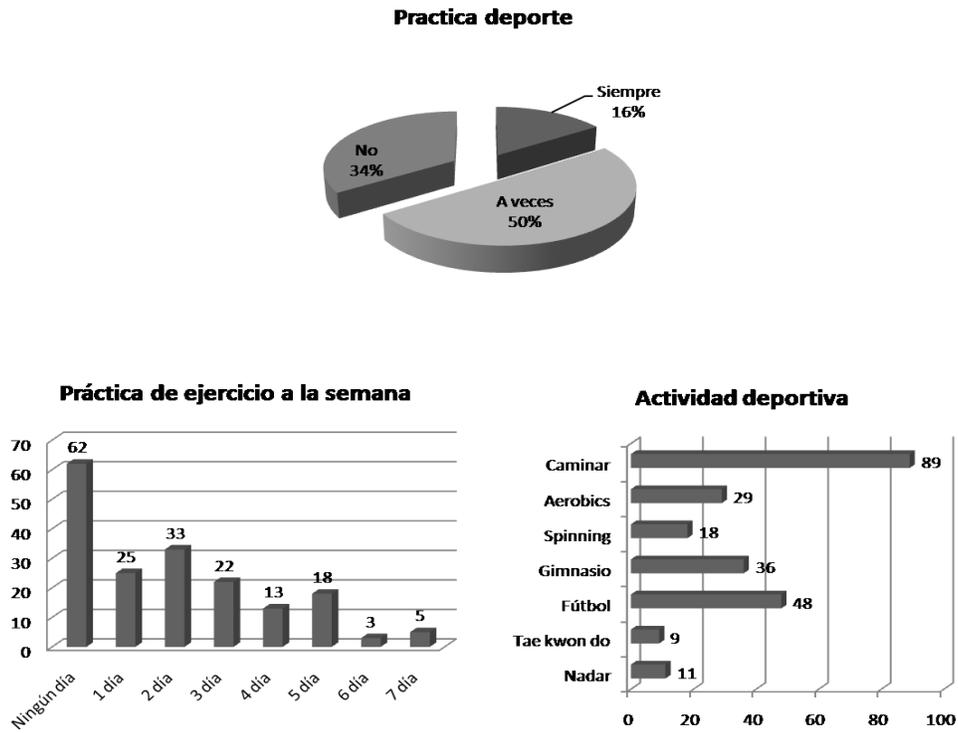
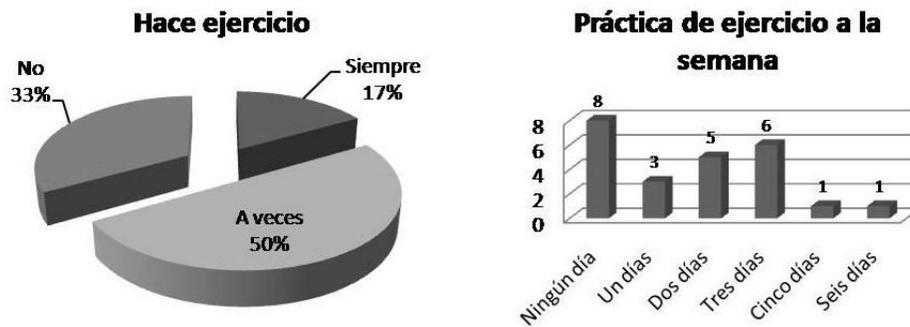


Fig. 9 Hábitos sobre la actividad física de los participantes con hipertensión y herencia de alguna enfermedad cardiovascular.



En relación a la forma de divertirse en sus tiempos libres:

84% asiste al cine; de los cuales 82 acuden una vez al mes, 38 dos veces al mes, 15 tres veces al mes, 11 cuatro veces, tres asisten cinco veces y cuatro asisten seis veces al mes.

20% acude al teatro; de los cuales 31 acuden una vez al mes, cuatro acuden dos veces, dos lo hacen tres veces, dos acuden cuatro veces, uno cinco veces y uno acude seis veces al mes.

53% asiste a exposiciones; de los cuales 51 acuden una vez al mes, 20 dos veces al mes, 17 tres veces al mes, seis asiste cuatro veces y dos acuden cinco veces al mes.

71% se queda a leer en casa; de los cuales 29 lo hacen una vez a la semana, 21 dos veces a la semana, 24 tres veces a la semana, 16 cuatro veces a la semana, 14 cinco veces a la semana, 11 seis veces a la semana y 14 toda la semana.

86% ve la televisión, 42 participantes lo hacen menos de una hora, 78 entre una hora y dos, 33 entre dos y tres horas, y tres la ven más de tres horas al día.

98% escucha música, 24 lo hacen menos de una hora, 63 de una a dos horas, 43 entre dos y tres horas, y 47 más de tres horas.

98% utiliza la computadora, 13 la usan menos de una hora, 39 la usan entre una y dos horas, 62 entre dos y tres horas, y 64 la utilizan más de tres horas.

54% sale a cenar, 17 lo hacen una vez al mes, 29 dos veces al mes, 25 lo hacen tres veces, 15 cuatro veces, cuatro sujetos cinco veces y ocho salen seis veces al mes. Y por lo regular 45 salen con familiares, 12 con amigos y 41 salen tanto con familiares como con amigos.

En relación al descanso, 44 duerme cuatro horas o menos, 81 de cinco a seis horas, 32 de seis a siete horas, 19 de siete a ocho horas y cinco ocho horas o más. En el 76% de los casos el sueño es continuo y en 24% es en periodos. Sólo

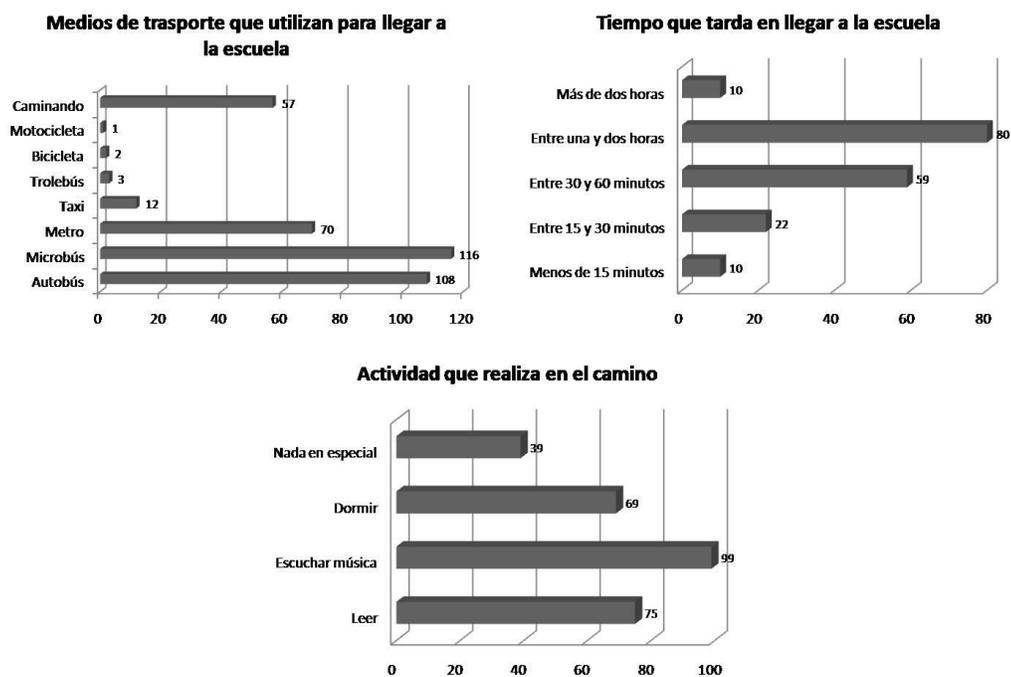
el 18% se despierta descansado y con energía siempre, 75% lo hace a veces y el 7% nunca lo hace. En la tabla 8 se muestran los porcentajes de horas de sueño de los participantes por carrera.

Tabla 8. Horas de sueño de los participantes por carrera.

Horas de sueño					
	4 horas o menos	5 a 6 horas	6 a 7 horas	7 a 8 horas	8 horas o mas
Medicina	48%	40%	6%	6%	0%
Odontología	19%	44%	15%	22%	0%
Optometría	12%	47%	25%	8%	8%
Psicología	16%	50%	25%	7%	2%

En relación a la forma de transportarse los participantes observar la fig. 9.

Fig. 9 Medios de transporte, el tiempo que ocupan para llegar a la escuela y la actividad que realizan durante este recorrido.



Con relación a la salud, el 54% sí acude al dentista, de los cuales 56 acude cada seis meses, 38 anualmente, 56 de forma irregular y 31 no contestaron cada cuando acude. En las tablas 9 y 10 se muestran los porcentajes correspondientes a la asistencia periódica al dentista y la frecuencia con la que acude al dentista por carrera.

Tabla 9. Participantes que acuden al dentista periódicamente por carrera.

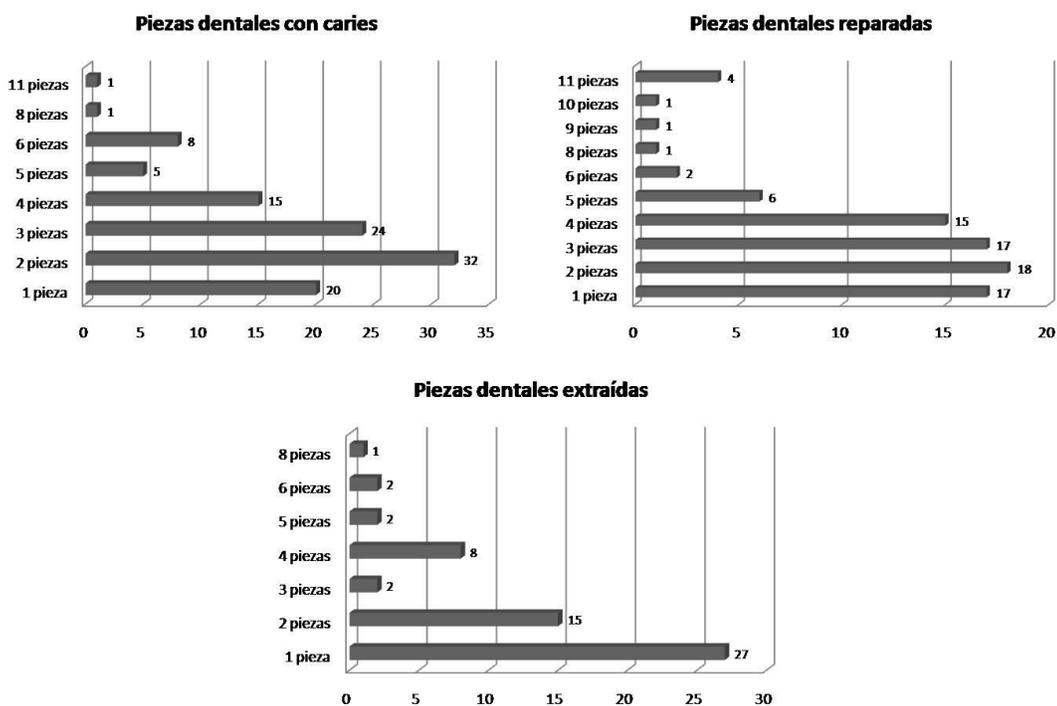
Acude al dentista periódicamente		
Carrera	Sí	No
Medicina	60%	40%
Odontología	81%	19%
Optometría	45%	55%
Psicología	45%	55%

Tabla 10. Porcentaje de la frecuencia con que acuden al dentista por carrera.

Frecuencia con la que acude al dentista				
	No contesto	Cada seis meses	Anualmente	De forma irregular
Medicina	19%	41%	21%	19%
Odontología	3%	50%	19%	28%
Optometría	16%	20%	27%	37%
Psicología	20%	23%	18%	39%

En la fig. 10 se presenta la situación de las piezas dentales de los participantes.

Fig. 10 Piezas dentales con caries, reparadas o extracciones de los participantes.



Al presentar síntomas o signos de enfermedad el 87% acude al médico. Los que siguen las instrucciones médicas son el 87% y el 37% de los participantes se automedica. En la tabla 11 se muestran los porcentajes de los participantes que acuden al médico, los que siguen las instrucciones médicas y los que se automedican por carrera.

Tabla 11. Porcentaje de los participantes que acuden al médico, siguen las instrucciones médicas y se automedican por carrera.

	Acude al médico	Sigue indicaciones médicas	Se automedica
Medicina	60%	90%	40%
Odontología	78%	84%	31%
Optometría	84%	92%	33%
Psicología	66%	80%	43%

Los participantes que consideran que su visión no es normal son el 56% y el 52% considera que sí lo es. Así mismo, el 54% usa lentes y los problemas visuales que se presentan son: miopía 31 sujetos, astigmatismo 16, hipermetropía cinco, estrabismo tres, miopía y astigmatismo 44, hipermetropía y astigmatismo dos, y algún otro problema un participante.

A partir de realizar el procedimiento de regresiones lineales se encontraron los siguientes datos:

Son predictores de tensión sistólica, las variables cintura, tensión diastólica y peso, seleccionando los casos en los que el estado de IMC es sobrepeso y obesidad ($F_{(1-61)}=4.88$, $p= .004$).

Son predictores de tensión diastólica, las variables cintura y peso, seleccionando los casos de estado de IMC de peso normal, sobrepeso y obesidad ($F_{(1-175)}=8.438$, $p= .000$).

Son predictores de tensión sistólica, las variables cintura y peso, seleccionando los casos de estado por IMC de sobrepeso y obesidad ($F_{(1-61)}=6.295$, $p= .003$).

Son predictores de tensión sistólica, las variables cintura y peso, seleccionando los casos de riesgo a la salud por CC en las categorías de riesgo elevado a contraer alguna enfermedad cardiovascular y a contraer cualquier enfermedad ($F_{(1-61)}=6.295$, $p= .003$).

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

La evidencia epidemiológica muestra que la distribución de las enfermedades no es azarosa, sino que está relacionada con el estilo de vida tanto de manera individual como colectiva (Kasper et al., 2008). De esta forma, este estudio exploratorio sobre el estilo de vida de un grupo de jóvenes universitarios nos permite tener un perfil general de sus condiciones de salud-enfermedad y psicosociales, ya que para entender la aparición de la hipertensión es necesario tomar en cuenta factores ambientales y genéticos que pueden explicar las variaciones regionales, raciales y su prevalencia, cómo comentan Kasper et al., (2008). Asimismo, como la hipertensión afecta a todas las poblaciones; se estima que es la causa del 6% de los fallecimientos a nivel mundial y está asociada a la segunda causa de muerte en el país (enfermedades cardiovasculares), es de suma importancia identificar los factores de riesgo con los cuales está relacionada esta enfermedad para prevenir, modificando el estilo de vida y de esta forma procurar la salud.

Cuando hablamos de salud-enfermedad no podemos hallar causas uni-direccionales, sino que hablamos de diversos factores (estilo de vida) que cuando coinciden en una misma persona se puede hablar de un mayor riesgo de contraer alguna enfermedad. Aunado a esto, encontramos que existe de un 15% a un 35% de posibilidad de heredar susceptibilidad a la hipertensión arterial. Esta probabilidad puede surgir dadas las características genéticas y de que el estilo de vida también se aprende en el ambiente familiar. Ahí uno aprende a comer según lo que coman en casa, allí conocimos la sal, el azúcar, los alimentos procesados, las frituras; allí adquirimos los hábitos para realizar algún deporte, la actividad física se ve regulada por las costumbres en casa, etc. De esta forma encontramos familias enteras con un alto riesgo de contraer alguna enfermedad y no sólo un integrante en particular.

En el presente estudio encontramos que más de dos tercios de la población están en riesgo de contraer alguna enfermedad cardiovascular, ya que el 69% de los participantes tiene un familiar que padeció o padece alguna enfermedad cardiovascular, el 42% tienen sobrepeso o sufren obesidad, el 26.5% tiene un riesgo elevado de enfermarse según la clasificación por CC, el 28% fuman y el 84% no realiza o realizan alguna actividad física de manera inconstante.

Asimismo, el 16% de los participantes fue clasificado con hipertensión, y de estos la mitad tienen mayor riesgo de desarrollarla debido a su sobrepeso u obesidad, a que no realizan actividad física y fuman.

Y el 13% de los participantes son los que se encuentran en un riesgo todavía mayor debido a que fueron clasificados con hipertensión, tienen herencia de enfermedades cardiovasculares, tienen un estilo de vida sedentario, sufren sobrepeso u obesidad y algunos fuman por lo que deben realizar grandes modificaciones en su estilo de vida.

Como se ha mencionado, las condiciones de salud-enfermedad son influenciadas en gran medida por el estilo de vida. El estilo de vida, según Roth (1990) tiene que ver con aquellos comportamientos que realizamos habitual y cotidianamente, y que singularizan el modo de vida que tiene una persona, siendo éstos permanentes en el tiempo. Por lo que al momento en que intentamos conocer este por medio de un cuestionario nos podemos encontrar con respuestas sesgadas con lo que se espera correcto, es decir, la deseabilidad social y no lo que realiza la persona habitualmente. Esto podría contrastarse de diferentes formas que no resultarían económicas en tiempo y recursos, por lo que la opción más ventajosa en estas circunstancias sería contrarrestar las medidas objetivas que se tienen como el IMC y la CC, con las respuestas referentes a la actividad física, al tiempo en la computadora, viendo televisión, los hábitos alimenticios, etc.

En el presente estudio se encontró que existe una relación entre el estilo de vida sedentario reportado con el IMC y la CC, por ejemplo, las mujeres reportaron no realizar o realizar menos actividad física que los hombres y sufren más

sobrepeso y obesidad que ellos. Asimismo, del 22% de los participantes que están catalogados con sobrepeso, obesidad y riesgo a la salud por CC, el 87.5% no realiza o realiza una actividad física de forma inconstante, el 90% ve la televisión, y el 98% escucha música siendo lo más usual entre dos y tres horas, y el 100% utiliza la computadora por lo regular de 2 a más de tres horas, por lo que sí existe relación en lo reportado por estos participantes sobre un estilo de vida sedentario, y el Índice de Masa Corporal y la Circunferencia de Cintura.

De igual forma, en la actualidad, los jóvenes presentan una tendencia a aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas no contagiosas que son resultado de un estilo de vida de riesgo, ya que adquieren malos hábitos cada vez más jóvenes y además como lo menciona la ONU (2007), si mantienen estos hábitos estables en el tiempo se vuelve todavía más probable la aparición de la enfermedad en comparación con las personas que no lo hacen. Estos malos hábitos pueden ser una inadecuada alimentación, el sedentarismo, y el consumo de sustancias como fumar o beber alcohol en exceso.

Con relación a la alimentación los posibles factores que inciden en el IMC y la CC es el consumo desequilibrado de pan y tortilla, y la falta de horarios preestablecidos para comer, posiblemente debido a las tareas cotidianas y al tiempo, que en muchos casos es excesivo (entre 1 y 3 horas), que tardan en desplazarse a estas.

Con relación al consumo de sustancias hallamos que el 74% de los participantes consumen alcohol y el 28% fuman, y en su mayoría los jóvenes comenzaron su consumo hace más de dos años atrás, por lo que es evidente la necesidad de elaborar un programa de prevención de adicciones en jóvenes de menor edad y un programa de intervención para los jóvenes consumidores.

De igual forma en este rubro podemos dudar muy poco sobre si las respuestas fueron sesgadas por la deseabilidad social, ya que se supondría que las mujeres no deben o lo harían mucho menos que los hombres; y encontramos que el 70% de las mujeres y el 78% de los hombres consume alcohol, y que el

22% de las mujeres y el 32% de los hombres fuman, por lo que podríamos suponer que en unos años no existirán diferencia alguna sobre el consumo de sustancias entre hombres y mujeres en este rubro. Las respuestas que podemos deducir que sí se muestran sesgadas son con relación al consumo de copas, ya que en su mayoría los jóvenes contestaron que consumen en promedio de 2 a 5 copas, lo cual no coinciden con los índices de consumo en jóvenes obtenidos por la Fundación de Investigaciones Sociales (2008), que muestran que la mayoría de los jóvenes consumen más de 5 copas en una ocasión.

Asimismo, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres que fuman con relación a la tensión sistólica ($t_{(1-50)} = -2.662$, $p = 0.011$), pero no en relación a la tensión diastólica ($t_{(1-50)} = -1.369$, $p = 0.177$). Esta explicación puede darse a partir de algunas consideraciones derivadas de la anatomía y la fisiología: a) las características anatómicas de hombres y mujeres son diferentes, esto puede observarse en las diferencias encontradas en estatura y peso; seguramente se refleja también en el tamaño del corazón²; b) La expulsión de sangre del corazón depende de la fuerza que genere el mismo; si el corazón masculino es de mayor tamaño que el femenino, la fuerza de expulsión de la sangre del ventrículo izquierdo a la arteria aorta será mayor y por consiguiente las cifras de tensión sistólica, mayores; c) Si se piensa en la necesidad de irrigar mayor superficie corporal, ésta es otra buena razón para pensar en que la tensión sistólica de los hombres debe ser mayor a la de las mujeres. d) la tensión diastólica depende del intervalo entre latidos del corazón y se modifica por actividad autonómica (simpática y parasimpática). Al asumir que los participantes se encontraban en reposo, dentro del salón de clases, que tuvieron tiempo suficiente para descansar antes de la toma de tensión arterial, podemos señalar que la actividad autonómica pudo ser relativamente similar para todos, por lo que las cifras de tensión diastólica no mostraron diferencias significativas por sexo.

²Cabe señalar que los libros de Anatomía que leen los estudiantes de Iztacala señalan que el corazón mide aproximadamente el tamaño del puño. Simplemente comparemos el tamaño del puño de un hombre y una mujer y encontraremos diferencias en favor de éstos.

En cuanto al cuidado y protección de la salud en el ámbito sexual encontramos diferencias entre hombres y mujeres con relación al uso del condón, ya que son más mujeres las que no han comenzado una vida sexual activa, además de que son más mujeres las que no usan condón porque dicen tener una pareja estable, y lo usan menos con parejas eventuales, lo que podría pensarse que tienen menos parejas eventuales o que en general las respuestas estuvieron sesgadas. Estas diferencias podrían tener dos posibles explicaciones que recaen en los conceptos morales con relación a cómo una mujer debe y no debe vivir su sexualidad, ya sea que contestaron como se conducen habitualmente y por lo tanto honestamente, o que sus respuestas están sesgadas por lo socialmente aceptado. Asimismo podemos detectar como factor de riesgo la actitud pasiva de las mujeres ante el uso del condón, ya que al mostrarse confiadas en su única pareja, corren el riesgo de contraer una ETS dado que éstos pueden no llevar una vida sexual monógama y tender a no usar protección.

Otro factor de riesgo que podemos encontrar en las mujeres que participaron es que sólo el 9% se ha realizado un Papanicolaou, siendo que el 58% ya ha tenido relaciones sexuales, por lo que resulta importante informar a las jóvenes de lo fundamental que resultan ser las revisiones de rutina para la prevención o diagnóstico de una posible enfermedad de transmisión sexual o de cáncer cérvico-uterino; también se requeriría que los organismos gubernamentales de salud faciliten las revisiones para esta población en específico. De igual forma habría que mencionar la importancia de los padres en este aspecto, la necesidad de información y de habilidades de comunicación con sus hijas sobre estos temas, ya que son los que deben brindar la educación pertinente sobre las responsabilidades y consecuencias reales de llevar una vida sexual activa, y porque en la mayoría de los casos son los que facilitan los recursos para que las jóvenes se realicen dichas revisiones.

Las diferencias entre carreras en cuidado y protección de la salud sexual pueden estar influenciadas por la actitud y colaboración de los participantes, y por lo socialmente aceptado. Ya que cuando se aplicó el cuestionario a los jóvenes de odontología estos se comportaron poco participativos y se encontró que el

46% usan condón siempre y que el 54% no usan condón porque no tienen relaciones sexuales. Y a diferencia de estos, los jóvenes de psicología se comportaron más participativos encontrándose que el 9% no usa condón, el 23% no usa porque tiene una sola pareja, el 18% no usa porque no tiene relaciones sexuales, el 16% sí lo usa en ocasiones y el 34% lo usa siempre. Estos últimos datos a diferencia de los primeros muestran un perfil más real sobre los hábitos en esta área, ya que si los jóvenes realmente se condujeran como se encontró en los jóvenes de odontología, no habría embarazos no deseados, abortos de alto riesgo y/o el contagio de ETS en los jóvenes.

Con relación al descanso, horas de sueño, encontramos que los estudiantes de medicina son los que duermen menos. Lo que reafirma la idea de que esta carrera tiene una exigencia superior, así mismo, estos son los que tienen un consumo de alcohol muy alto, 77%, lo que podría pensarse que tienen pocas habilidades de afrontamiento ante el estrés que produce su carrera.

Podemos concluir que sí existe una relación entre un estilo de vida sedentario con el IMC y la CC, y si este estilo se mantiene constante en el tiempo con la aparición de hipertensión. De igual forma encontramos que sí existe una relación entre la hipertensión y la circunferencia de la cintura, pero ésta no es un factor predictor por sí sola de dicho padecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Aldereguía, H. J. (1995) La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI. *Rev Cubana Salud Pública*, 21(2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000200005&lng=es&nrm=iso
- American Heart Association.(2009). *Hypertension risk factors*.Recuperado de: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3055922>
- Cepvi. (2009). *Hipertensión arterial*. Recuperado de: <http://www.cepvi.com/medicina/enfermedades/hipertension.shtml>
- Contreras. E. (1999). Laboratorio de condicionamiento clásico y operante. En A. Rangel (Com.), *Contribuciones a la psicología en Venezuela* (pp. 117-127). Fondo editorial de humanidades. Universidad central de Venezuela.
- Dobbelsteyn, C.J., Joffres, M.R., MacLean, D.R., Flowerdew, G., &The Canadian Heart Health Surveys Research Group. (2001). A comparative evaluation of waist circumference, waist-to-hip ratio and body mass index as indicators of cardiovascular risk factors.*International Journal of Obesity*, 25(5), 652-661.
- European Society of Hypertension.(2009). *Hypertension risk factors*.Recuperado de: <http://www.eshonline.org/>
- Figuroa, I.C., & Ramos, R.B. (2006). Factores de Riesgo de la Hipertensión Arterial y la Salud Cardiovascular en Estudiantes Universitarios. *Anales de Psicología*, 22(2), 169-174.
- Fundación de Investigaciones Sociales. (2008). Recuperado de:<http://www.alcoholinformate.org.mx/estadisticas.cfm?articulo=383>
- Gutiérrez, J. (2001). Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Cambios en el Estilo de Vida. *Colombia Médica*, 32(002), 99-102.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2008). Recuperado de: http://www.imss.gob.mx/salud/Nutricion/Circunferencia_cintura.htm

- Kasper, Hauser, Braunwald, Logon, Fauci&Jamenson. (2008). *Harrison Principios de Medicina Interna*. McGraw-Hill.
- Labiano, L.M., & Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicológicos en la hipertensión arterial. *Interdisciplinaria*, 19(1), 85-97.
- Lifshitz, G.A. (2008). ¿Padecimiento o enfermedad? *Medicina Interna de México*, 24(5), 327-328.
- Linden, W. & Moseley, J. (2006). The efficacy of Behavioral Treatments for Hipertensión. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(1), 51-63.
- Molerio, P.O., Arce, G.M., Otero, R.I., & Nieves, A.Z. (2004). El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. *Facultad de Psicología de la Universidad Central de Villa Clara*. Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol43_1_05/hig07105.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Salud para todos en el año 2000. Recuperado de: www.who.org
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Salud en las Américas*, 1, S1-S30.
- Reynoso, E.L. (2006). *Cuestionario de Evaluación de Factores de Riesgo*. México: UNAM.
- Reynoso, E.L. & Seligson, I. (2002) *Psicología y salud*. México: Facultad de psicología UNAM.
- Rodríguez, B. (1984). Medicina Conductual: su definición y aplicación. *Revista Colombiana de Análisis y Terapia del Comportamiento*, 2(1), 75-91.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de la Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones Comunitarias de la Medicina Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(001), 27-50.
- SINAIS. (2009). *Estadísticas en salud*. Recuperado de: <http://sinais.salud.gob.mx/>
- Soto, S.L., Salazar, T.I., Varela, A.M., Tamayo, C.J., Rubio, S.A., & Botero, P.A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 71-87.
- Varela, A.M., Arrivillaga, Q.M., Cáceres, D.R., Correa, S.D., & Holguín, P.L. (2005). Efectos Benéficos de la Modificación del Estilo de Vida en la Presión

Arterial y la Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(2), 69-85.

ANEXOS

CUESTIONARIO F.R.

SEXO:	EDAD:	CARRERA:
-------	-------	----------

PESO	Kg	TALLA:	cm	T.A.
------	----	--------	----	------

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

En su familia directa: ¿Alguien ha padecido o padece o falleció por alguno de los siguientes padecimientos?
Especifique

DIABETES	NO SI	PARENTESCO:
CANCER	NO SI	PARENTESCO:
OBESIDAD	NO SI	PARENTESCO:
CARDIOVASCULARES	NO SI	PARENTESCO:

¿Considera Ud. que su visión es normal?	NO	SI
¿Usa lentes?	NO	SI
Problema visual por el que usa lentes		Miopía
		Astigmatismo
		Hipermetropía
		Estrabismo
		Otra

¿Ingiere bebidas alcohólicas?	NO	SI	FRECUCENCIA:		menos de una vez al mes						
					una vez al mes						
					2 al mes						
					una vez a la semana						
					2 a la semana						
					3 veces a la semana						
					más de 3 a la semana						
Cantidad de copas que ingiere habitualmente:			1	2	3	4	5	6	7	8	MAS

¿Fuma? NO SI	CANTIDAD	
		de 1 a 5
		de 6 a 10
		de 11 a 15
		de 16 a 20
		de 21 a 30
		más de 30
AÑOS DE FUMAR		de 1 a 3
		de 3 a 5
		de 6 a 10
		de 11 a 15
		más de 15

¿Se ha realizado una telerradiografía de tórax para evaluar si hay alteraciones causadas por el cigarro?	NO SI	Fecha
¿Se ha realizado Papanicolaou de esputo para evaluar si hay alteraciones por el cigarro?	NO SI	Fecha

¿Usa condón en sus relaciones sexuales?	
	NO; no tengo relaciones sexuales
	NO; tengo una sola pareja

	NO
	SI; siempre
	SI; en ocasiones, con pareja eventual

MUJERES: ¿Toma medicamentos anticonceptivos?	NO SI	
Tiempo de uso:		menos de un año
		1 a 2 años
		2 a 3 años
		3 a 4 años
		más de 4 años
¿Se ha realizado Papanicolaou cervicouterino?	NO SI	Fecha
	Resultado:	

ASEO PERSONAL

Frecuencia de baño (por semana)	DIARIO	ALTERNADO	MENOS
Cambio de ropa	DIARIO	ALTERNADO	MENOS

HABITOS ALIMENTICIOS

DESAYUNO:										
¿A qué hora desayuna habitualmente?	5	6	7	8	9	10	11	NO DESAYUNA		
¿Qué desayuna habitualmente?	Jugo							SI	NO	
	Fruta							SI	NO	
	Cereal							SI	NO	

	Leche	SI NO					
	Café	SI NO					
	Pan	SI NO					
	Mermelada	SI NO					
	Mantequilla	SI NO					
	Yoghurt	SI NO					
	Huevo	SI NO					
	Tocino	SI NO					
	Algún guisado	SI NO					
¿Se lava las manos antes de desayunar?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA				
¿Se lava los dientes después de desayunar?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA				
COMIDA:							
¿A qué hora come habitualmente?	1PM	2PM	3PM	4PM	5PM	6PM	
¿Qué come habitualmente?	Sopa	SI NO					
	Verduras	SI NO					
	Carnes (pollo, pescado o res)	SI NO					
	Mariscos	SI NO					
	Vísceras	SI NO					
	Huevo	SI NO					
	Pan	SI NO					
	Mantequilla	SI NO					
	Frutas	SI NO					
	Café	SI NO					
	Tortillas	SI NO					
¿Se lava las manos antes de comer?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA				
¿Se lava los dientes después de comer?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA				
CENA:							
¿A qué hora cena habitualmente?	6	7	8	9	10	11	NO CENA
¿Qué cena habitualmente?	Cereal	SI NO					
	Fruta	SI NO					
	Leche	SI NO					

	Café	SI NO	
	Pan	SI NO	
	Tortillas	SI NO	
	Mermelada	SI NO	
	Mantequilla	SI NO	
	Yoghurt	SI NO	
	Huevo	SI NO	
	Tocino	SI NO	
	Algún guisado	SI NO	
¿Se lava las manos antes de cenar?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
¿Se lava los dientes después de cenar?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA

ACTIVIDAD FISICA

¿Hace Ud. Ejercicio?	SIEMPRE		A VECES			NO	
Frecuencia del ejercicio (días a la semana)	1	2	3	4	5	6	7
¿Qué actividad realiza?	Natación					SI NO	
	Artes marciales (box, taekwon-do, karate, kickboxing, etc)					SI NO	
	Con balones, pelotas, etc (futbol, voleyball, tenis, basketball, etc)					SI NO	
	Asiste al gimnasio					SI NO	
	Spinning					SI NO	
	Ciclismo o spinning					SI NO	
	Danza, aerobics, etc					SI NO	
	Correr y/o caminar					SI NO	

DIVERSIONES

EN SUS TIEMPOS LIBRES:		
¿Asiste al cine?	SI NO	Frecuencia (al mes) 1 2 3 4 5 6
¿Asiste al teatro?	SI NO	Frecuencia (al mes) 1 2 3 4 5 6
¿Asiste a exposiciones?	SI NO	Frecuencia (al mes) 1 2 3 4 5 6
¿Se queda en casa a leer?	SI NO	Frecuencia (semana) 1 2 3 4 5 6 7
¿Ve la televisión?	SI NO	
¿Cuánto tiempo ve la televisión?	Menos de una hora	
	Entre una y dos horas	
	Entre dos y tres horas	
	Más de tres horas	
¿Escucha música?	SI NO	
¿Cuánto tiempo escucha música?	Menos de una hora	
	Entre una y dos horas	
	Entre dos y tres horas	
	Más de tres horas	
¿Usa la computadora?	SI NO	
¿Cuánto tiempo usa la computadora?	Menos de una hora	
	Entre una y dos horas	
	Entre dos y tres horas	
	Más de tres horas	
¿Sale a cenar?	SI NO	Frecuencia (al mes) 1 2 3 4 5 6
¿Con quién sale a cenar?	Familiares	Amigos

SUEÑO

¿Cuántas horas duermes?	4 o menos	5 a 6	6 a 7	7 a 8	8 o mas
¿El sueño es continuo, o es en períodos?	CONTINUO		EN PERIODOS		
¿Se levanta descansado y con energía?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA		

TRANSPORTE

¿En qué medio de transporte acude a la escuela? (Marque los que correspondan)			
Auto propio	SI	NO	
Si maneja: ¿usa siempre el cinturón de seguridad?	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Autobús	SI	NO	
Microbús	SI	NO	
Metro	SI	NO	
Taxi	SI	NO	
Trolebús	SI	NO	
Bicicleta	SI	NO	
Motocicleta	SI	NO	
Caminando	SI	NO	
¿Cuánto tiempo tarda en llegar a la escuela?	Menos de 15 minutos		
	Entre 15 y 30 minutos		
	Entre 30 y 60 minutos		
	Entre 1 y 2 horas		
	Más de 2 horas		
¿Qué hace en el camino a la escuela?	Leer		
	Dormir		
	Escuchar música		
	Nada en especial		

SALUD

¿Acude al dentista periódicamente?	SI NO		
Frecuencia con la que acude	Cada 6 meses	Anual	Irregular
Número de piezas dentales	Con caries	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MAS	
	Reparadas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MAS	
	Extraídas	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MAS	
¿Acude al médico al tener signos y síntomas de enfermedad?			SI NO
¿Sigue las indicaciones médicas?			SI NO
Se automedica?			SI NO