

Estilos de vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: un estudio descriptivo

Life styles and health risks in university professors: A descriptive study

Claudia García Hernández¹, Dora Yolanda Ramos¹, Dulce María Serrano Encinas¹, Mirsha Alicia Sotelo Castillo¹, Laura Georgina Flores Ivich¹ y Leonardo Reynoso Erazo²

RESUMEN

Se exploraron los estilos de vida de 40 miembros del personal académico de una institución de educación superior con edades de entre 21 y 53 años, a quienes se aplicaron cuatro instrumentos de evaluación de forma individual sobre factores hereditarios, peso, talla, uso de lentes, alimentación, transporte, recreación, autocuidado, percepción del estrés, reacciones fisiológicas ante eventos estresantes y conductas de hostilidad y competitividad. Los resultados muestran los diversos riesgos: los que suponen la probabilidad de aparición de enfermedad, los que coexisten con alguna o los que pueden ser factores de riesgo que la provoquen. Se discute la importancia de realizar estudios sobre estilos de vida en grupos con el propósito de diseñar, desarrollar y ofrecer programas de prevención y de tratamiento para modificar riesgos a la salud.

Palabras clave: Estilo de vida; Salud; Factores de riesgo.

ABSTRACT

Life styles of a sample of forty professors from a university, with ages between 21 and 53, were explored. They were individually applied four evaluation instruments. These instruments included questions about inheritance, weight, height, use of glasses, feeding, transportation, recreation, self-care, stress perception, physiological reactions under stress and hostility and competitive behaviors. Results show three kinds of risks: those who suppose the probability of illness, the risks which may coexist with some diseases, or risks which trigger a medical condition. The importance of group studies about life styles in order to design and offer preventive programs in order to modify health risks, are discussed.

Keywords: Life styles; Health; Risk factors.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido en México una disminución de las enfermedades infectocontagiosas debido probablemente a que este tipo de enfermedades pueden ser tratadas médicamente o a la realización de diversas acciones preventivas encaminadas a proteger específicamente a la población; el panorama epidemiológico ha cambiado y las principales causas de mortalidad, que anteriormente ocupaban

¹ Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Sonora, 5 de febrero 818 Sur, Edificio Pool, Unidad Obregón, 85000 Cd. Obregón, Son., México, tel. (644)410-09-21, ext.117, correos electrónicos: cgarcia@itson.mx, dramos@itson.mx, dserrano@itson.mx, msotelo@itson.mx y gfloresivich@hotmail.com.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios 1, Fracc. Jardines de los Reyes, 54040 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-12-94, ext. 401, fax (55)53-90-76-04, correo electrónico: erazo@servidor.unam.mx. Artículo recibido el 28 de septiembre de 2007 y aceptado el 23 de agosto de 2008.

dichas enfermedades, han cedido su lugar a las crónico-degenerativas. Tal transición epidemiológica ha alentado el desarrollo de investigaciones que relacionan el comportamiento y la aparición de enfermedad, y se ha establecido que las cifras de morbilidad y mortalidad de algunas enfermedades tienen relación con el estilo de vida. En efecto, los expertos en salud señalan al estilo de vida como uno de los factores más importantes en el proceso de salud-enfermedad.

El estilo de vida implica conductas y actividades cotidianas que se relacionan directamente con las creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedad, y que pueden ser generadoras de enfermedades tales como la hipertensión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, entre otras (Reynoso y Seligson, 2005).

El estilo de vida se desarrolla a través de la historia del sujeto; inicialmente es modelado por los padres, y posteriormente se aprenden en la escuela algunos elementos relacionados con la conducta saludable. Los grupos de amigos pueden favorecer el desarrollo de comportamientos no saludables, como el uso del tabaco o alcohol; también se pueden imitar modelos promovidos por los medios masivos de comunicación, pero el sujeto puede decidir y determinar su estilo de vida y practicarlo voluntariamente.

Entre los elementos que constituyen el estilo de vida se han considerado las conductas y preferencias relacionadas con los siguientes aspectos: el tipo de alimentación y la actividad física, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, la autorresponsabilidad, las actividades de recreación, las relaciones interpersonales, las prácticas sexuales, las actividades laborales y los patrones de consumo, entre otros.

El estilo de vida se encuentra compuesto por múltiples dimensiones, razón por la cual su medición no es una tarea sencilla, y son comunes las dificultades cuando se le trata de medir directa y objetivamente (López, Ariza, Rodríguez y Murguía, 2003).

La actividad humana tiene un carácter complejo que parte de un proceso sociocultural; dicho proceso se concretiza mediante el modo de vida, las condiciones del grupo en el que se desen-

vuelve el individuo y un determinado estilo de vida (Barceló y Borroto, 2001). El estilo de vida de las sociedades occidentales se ha caracterizado por un mayor nivel de hostilidad, competitividad y apresuramiento, unido a una menor actividad física, alimentación no balanceada, múltiples eventos estresantes cotidianos y poco descanso; estos componentes del estilo de vida de los habitantes de las grandes urbes occidentales se ha relacionado con la aparición de diversas enfermedades y padecimientos.

Desde finales de la década de 1960 hay estudios que relacionan el comportamiento con las enfermedades y con la salud; independientemente del papel de la genética y la herencia en la aparición de algunos padecimientos, los profesionales de la epidemiología y los psicólogos han demostrado tales relaciones. De esta forma, se puede hablar de comportamientos prosaludables, como por ejemplo la realización de ejercicio, una alimentación balanceada, el no fumar y el beber pequeñas cantidades de alcohol. Por otra parte, existe evidencia de la relación que hay entre la conducta de fumar y la probabilidad de desarrollar algún problema respiratorio, o bien de la relación entre la obesidad, el sedentarismo y la hipertensión arterial. Es entonces que se puede hablar de comportamientos patógenos.

Una tarea fundamental de quien desarrolla investigaciones en esta área es la búsqueda de relaciones entre la conducta y ciertos factores ambientales que incrementan la probabilidad de ocurrencia de algunas enfermedades crónicas, para posteriormente trabajar en programas para el cambio del estilo de vida; si el cambio se mantiene por un período considerable, se puede esperar la reducción de la probabilidad de aparición de alguna enfermedad crónica. En particular, el presente estudio se enfocó en la descripción y diagnóstico del estilo de vida y salud en el personal de la División de Ciencias Sociales y Administrativas del Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON), para posteriormente ofrecer una serie de alternativas de cambio comportamental para mejorar el desempeño individual y el logro de un bienestar social.

El propósito de la presente investigación fue, pues, realizar un estudio exploratorio de estilos de vida del personal del ITSON y propiciar el esta-

blecimiento de conductas saludables; a su vez, pretende formular estrategias para la mejora de la calidad de vida, y contribuir así a la creación de una cultura de autorresponsabilidad del propio desarrollo y desempeño, que esté directamente relacionada con su proyecto de vida y las expectativas individuales y organizacionales.

MÉTODO

Participantes

La población a estudiar estuvo constituida por 40 individuos (27 mujeres y 13 hombres) que conformaron el personal académico de planta e interino de la División de Ciencias Sociales y Administrativas del ITSON. Tomando en cuenta a los profesores de tiempo completo, profesores interinos, jefes de departamento y responsables de programa, la muestra estuvo constituida de la siguiente manera: tres jefes de departamento, diecisiete profesores de tiempo completo, catorce profesores interinos y seis responsables de programa.

Instrumentos

Cuestionario FR (Reynoso, 2006). Describe con detalle los comportamientos cotidianos de una persona, es decir, su estilo de vida.

Lista de Chequeo de Estrés Cotidiano (Branley, Bodenlos, Cowles y cols., 2007). Pretende evidenciar la existencia de eventos que alteran el comportamiento en un determinado día.

Inventario de Estrés Fisiológico (Reynoso y Seligson, 1977, 1997). Indaga sobre las reacciones fisiológicas de las personas ante eventos estresantes, partiendo de la base de que las respuestas fisiológicas ante el estrés siguen patrones de respuesta más o menos estables en el tiempo, los cuales pueden provocar diversas enfermedades.

Cuestionario CTAA (Reynoso y Ávila, 1989). Se utiliza para medir a sujetos con comportamientos hostiles, con urgencia de tiempo, agresivos y competitivos, los que genéricamente se denominan tipo A y que suelen tener un elevado riesgo de padecer problemas cardiovasculares.

Procedimiento

Después de formar un equipo de trabajo interdisciplinario con las áreas relacionadas, se presentó el proyecto al Cuerpo Académico y a la dirección de la institución. Después, se solicitó a los jefes de departamento la información sobre los individuos que participarían en la muestra, a quienes se les aplicaron los instrumentos, procesándose estadísticamente la información obtenida.

RESULTADOS

Los sujetos tratados como grupo

La muestra estuvo constituida por 40 sujetos, de los cuales 27 (67%) eran del sexo femenino y 13 (33%) del masculino; de ellos, 17 eran profesores de tiempo completo, 14 interinos, seis son responsables de programa y tres jefes de departamento. Las edades de los participantes oscilaron entre 21 y 53 años, con una media de 38.36 y una desviación estándar de 9.08, lo que supone una muestra de adultos jóvenes. Del total de la muestra, 32 pertenecía al departamento de Contaduría y Finanzas, 38% al de Ciencias Administrativas y 30% al de Psicología. Respecto de la antigüedad en el trabajo, los sujetos reportaron tener una antigüedad laboral que iba de uno a veintiocho años ($m = 8$ años; $d. e. = .8$).

El 56.4 de los sujetos de la muestra eran casados, 22.5% solteros, 10% vivían en unión libre, 5% viudos y 5% divorciados (un sujeto no respondió). En cuanto a su escolaridad, seis tenían licenciatura, 31 estudios de posgrado y tres no respondieron. Lo referente a los antecedentes hereditarios se presenta en la Tabla 1.

La Tabla 2 muestra los valores de peso y talla encontrados en los sujetos.

Con los datos obtenidos de peso y talla se realizó el cálculo del IMC en 30 sujetos, obteniéndose una media de 25.24 y una desviación estándar de 3.76, siendo 19.5 el valor mínimo y 33.1 el máximo. Lo anterior implica que la muestra sufría sobrepeso.

Tabla 1. Distribución de los antecedentes familiares. Se señala el número de sujetos que reportaron herencia positiva para diabetes (DI), cáncer (CA), enfermedad cardiovascular (CV) y obesidad (OB), y además el familiar que padece o padeció el problema.

	Antecedentes							
	DI		CA		CV		OB	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Positivo	21	52.5	14	35	13	32.5	6	15
Padre	5	12.5	2	5	6	15	1	2.5
Madre	4	10	4	10	2	5	2	5
Abuelo	6	15	5	12.5	3	7.5	1	2.5
Abuela	6	15	2	5	2	5	-	-
Hermana	-	-	-	-	-	-	1	2.5

Tabla 2. Distribución del peso y la talla (expresada en centímetros) por sexo.

	Sexo	N	Min.	Max.	0	D. E.
Peso	H	13	60	115	87.62	15.29
	M	27	52	85	66.74	9.28
Talla	H	9	170	193	178.00	0.61
	M	21	152	173	163.00	0.68

Respecto del uso de lentes, 24 sujetos reportaron usarlos, no así 16. Cabe mencionar que de los 24 sujetos que reportaron usar lentes, 23 de ellos indicaron el tipo de problema que tenían, siendo la miopía el más frecuente con nueve casos, siguiéndola la miopía con astigmatismo en siete, el astigmatismo en dos, la hipermetropía en un sujeto y problemas visuales inespecíficos en cuatro.

El 57.5% de la muestra reportó consumir bebidas alcohólicas. Los datos por sexo se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3. Ingestión de alcohol por sexo.

Sexo	Ingestión		Total	Núm. de copas					
	SÍ	NO		1	2	3	4	5	6
Hombres	8	5	13	1	1	1	0	0	1
Mujeres	15	12	27	3	5	2	3	1	0
Total	23	17	40	4	6	3	3	1	1

Respecto del hábito de fumar, únicamente seis personas reportaron fumar, de las cuales cuatro eran mujeres y dos hombres. Cinco de ellos señalaron fumar de uno a cinco cigarrillos por día, y uno entre seis y diez cigarrillos. En cuanto al tiempo que

tenían de fumar, una persona reportó tener de uno a tres años, una de tres a cinco años, dos entre seis y diez años, una entre once y quince años y una más de quince años. De estos seis sujetos, solamente dos se habían tomado una telerradiografía de tórax para evaluar si había cambios.

Al enfocarse en los resultados de las mujeres, una de ellas reportó utilizar medicamentos anticonceptivos, mas no reportó el tiempo de utilización. De las 27 mujeres a las cuales se les preguntó que si se habían hecho la prueba de Papanicolaou (detección de cambios celulares cervicouterinos), nueve reportaron no haberse practicado el estudio. De las 18 restantes, la mayor parte (nueve) se lo realizaron un año antes, y quince reportaron los resultados del estudio como negativos.

Al indagar sobre el uso del condón hubo diversas respuestas, las cuales se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Uso de condón por sexo.

Uso de condón	Sexo		Total
	F	M	
No, no tengo relaciones	10	0	10
No, tengo una sola pareja	10	6	16
No	2	0	2
Sí, siempre	2	3	5
Sí, en ocasiones, con una pareja	1	2	3
No respondieron	2	2	4
Total	27	13	40

Respecto de sus hábitos higiénicos, 38 sujetos respondieron que se bañaban y cambiaban de ropa diariamente, y dos respondieron bañarse y cambiarse de ropa en días alternos.

También se reportó la variedad de ingesta de alimentos, la que se presenta en la Tabla 5.

En lo tocante a los hábitos higiénicos previos y posteriores a la ingesta de alimentos, la Tabla 6 presenta las frecuencias de lavado de manos y cepillado de dientes.

En relación con la cantidad de agua ingerida al día, las respuestas variaron de uno a dos vasos hasta ocho o más, y en lo relativo a la toma de suplementos alimenticios sólo seis personas dijeron tomarlos, siendo las proteínas y vitaminas las más utilizadas.

Tabla 5. Ingesta de alimentos.

	Ju	Fr	Re	Ce	Le	Ca	Pa	Me	Ma	Yo	Hu	To	Gu	
Desayuno	17	21	2	22	21	20	18	4	4	23	12	1	5	
	Ju	Fr	Ca	Pa	BC	Ch								
Colación	3	2	3	3	1	12								
	Fr	Re	Ca	Pa	Ma	Hu	Ve	Rs	Pu	Po	Pe	Ms	Hi	Tt
Comida	15	17	3	7	3	4	34	36	12	38	26	12	3	26
	Fr	Le	Ca	Pa	Me	Ma	Yo	Hu	To	Gu	An	HD	Ta	Tt
Cena	15	27	4	15	2	0	14	2	1	7		12	18	10

Ju = jugo; Fr = fruta; Re = refresco; Ce = cereal; Le = leche; Ca = café; Pa = pan; Me = mermelada; Ma = mantequilla; Yo = yogurt; Hu = huevo; To = tocino; Gu = guisado; BC = barra de cereal; Ch = chatarra; Tt = tortillas; Ve = verduras; Rs = res; Pu = puerco; Po = pollo; Pe = pescado; Ms = mariscos; Hi = hígado; An = antojitos; HD = hot dogs; Ta = tacos.

Tabla 6. Frecuencia de hábitos higiénicos relacionados a la alimentación.

	Lavado de manos		Cepillado de dientes	
	SÍ	OC	SÍ	OC
Desayuno	35	4	34	6
Comida	35	5	36	4
Cena	33	5	35	4

Respecto de la realización de ejercicio físico, la Tabla 7 presenta las frecuencias halladas.

Doce sujetos dijeron no leer, pero sí 28, quienes manifestaron hacerlo de una a seis horas por semana. Entre otras actividades recreativas (ver la televisión y escuchar música), diez sujetos reportaron no escuchar música y dos no ver televisión. La distribución de horas de ver televisión y escuchar música se muestra en la Tabla 8.

Tabla 7. Realización de ejercicio.

D/S	1	2	3	4	5	6	7
n	7	10	11	1	2	1	0

D/S = días a la semana que realiza ejercicio; n = número de sujetos

Caminar	Correr	Bicicleta	Spinning	Gimm.	TKW	Karate	Aerobics	Futbol	Tenis	Otros
26	5	7	5	5	1	3	1	1	1	2

Tabla 8. Frecuencia del uso de la televisión y escuchar música.

Actividad	NO	SÍ	Horas (de ver o escuchar)						
			1	2	3	4	5	6	7
Televisión	2	38	16	8	7	2	0	0	2
Música	10	30	11	8	2	1	2	1	2

Sobre la utilización de la computadora, solo cinco personas dijeron no utilizarla.

Respecto de la cantidad de personas que salían a cenar, 35 de ellos reportaron hacerlo (12.5%

con familiares, 30% con su pareja y 12.5% con amigos), desde una vez al mes hasta una a la semana.

En lo referente al número de horas de sueño, 35% de los participantes señaló dormir de 6 a 7 horas en promedio; 72.5% de los sujetos reportó tener un sueño continuo, mientras que 27.5% dijo dormir por períodos. Al indagar si se levantaban descansados y con energía a la mañana siguiente, 75% de los sujetos respondió afirmativamente.

En cuanto al medio de transporte utilizado para acudir al trabajo, 36 sujetos (90%) reportaron utilizar auto propio; de ellos, solamente 21 utilizaban habitualmente el cinturón de seguridad; tres acudían en autobús, uno en motocicleta y tres caminando; veinticinco sujetos tardaban menos de 15 minutos en llegar a su trabajo, trece entre 15 y 30 minutos y dos entre 30 y 60 minutos. Se indagó si durante el trayecto al trabajo los sujetos realizaban alguna actividad, encontrándose que uno leía durante este trayecto, aunque la mayoría escuchaba música; cuatro refirieron escuchar las noticias y nueve no señalaron realizar alguna actividad en particular.

Al indagar sobre la visita al dentista, la mayor parte de los sujetos reportó acudir cada seis meses o anualmente. La Tabla 9 muestra el número de piezas con caries, reparadas y extraídas.

Tabla 9. Cantidad de piezas dentales con caries (C), reparadas (R) o extraídas (E) por persona.

Piezas dentales			
Cantidad	C	R	E
1	7	5	10
2	8	9	5
3	1	2	3
4	1	5	2
5	0	2	0
6	0	2	0
7	0	0	0
8	1	2	0
9	0	0	0
10	0	1	0
Total	18	28	20

Respecto a la Lista de Chequeo de Estrés Cotidiano, que recoge información sobre situaciones estresantes padecidas específicamente el día en que el instrumento es aplicado, el puntaje total para la población resultó bajo, con una media de 3.35, una mediana de 2 y una desviación estándar de 3.41. De veinte posibles situaciones estresantes, tres sujetos reportaron positividad en diez o más preguntas, mientras que el resto de la población obtuvo puntajes menores. La consistencia interna del cuestionario medida a través del coeficiente alfa de Cronbach dio un valor de 0.822.

El Inventario de Estrés Fisiológico tiene una primera parte de 17 ítems que indagan los antecedentes de problemas o enfermedades producto del estrés. Posteriormente, se presentan 34 ítems

que exploran la presencia o ausencia de síntomas fisiológicos de estrés.

Sobre los antecedentes reportados por esta población, la frecuencia de los 17 problemas fue la siguiente: cinco sujetos reportaron hipertensión, uno diabetes, cuatro úlcera gástrica, catorce gastritis, doce colitis, siete neurodermatitis, veinticuatro dolor de espalda, once migraña, dieciséis contracturas musculares, dos impotencia, tres frigidez, tres asma, quince ansiedad sin causa aparente y ocho miedo sin causa aparente. Cinco sujetos de la muestra no reportaron tener ningún tipo de manifestación fisiológica ante el estrés, mientras que cinco sujetos mostraban una variedad de reacciones fisiológicas ante eventos estresantes, lo cual los ponía en situación de riesgo. El 75% restante de la muestra reportó la ocurrencia de diversas manifestaciones fisiológicas de estrés consideradas dentro del rango de normalidad.

Con relación a los puntajes de los síntomas de estrés de los participantes, la media fue de 5.4, la mediana de 4 y la desviación de 4.797, siendo el puntaje mínimo de 0 y el máximo de 15 (de un total de 34). El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach para estos 34 ítems fue de 0.878, lo que significa una buena consistencia interna.

El último instrumento que se aplicó a la población fue el denominado CTAA, el cual busca la presencia de comportamiento hostil, agresivo, competitivo y urgente de tiempo, englobado como patrón conductual tipo A. En los resultados de la aplicación de este instrumento se obtuvo una media de 46.85, una desviación estándar de 5.6 y puntajes mínimo de 22 y máximo de 63. Para este instrumento, el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.502.

Sujetos de riesgo

Posteriormente a la presentación de los resultados obtenidos de manera general, se realizó el estudio de riesgos por cada uno de los sujetos participantes. La Tabla 10 permite caracterizar a cada uno de ellos por peso, talla e IMC. Se presentan los antecedentes hereditarios de diabetes (D), enfermedad cardiovascular (CV), cáncer (CA) y obesidad (OB), señalando en cada uno de éstos qué familiar sufría la enfermedad (Ab = abuelo, P = padre, M = madre). Respecto del tabaquismo (Fu), se reportó como el

número de cigarrillos y la cantidad de años de presentar esta conducta. Respecto al ejercicio (Ej),

se reporta su frecuencia (NO = nunca, A/V = a veces o SÍ).

Tabla 10. Riesgos por cada sujeto.

Sujeto	Peso	Talla	IMC	D	CV	CA	OB	Fu	Ej
1	100	-		Ab			Ab		A/V
2	81	-			P	M			NO
3	69	172	23.3	P				(6-10) 15 años	A/V
4	94	181	28.7	M	P				NO
5	73	-		Ab					A/V
6	85	193	22.8	Ab					NO
7	52	-		Ab	Ab				SÍ
8	56	161	21.6	Ab	M				NO
9	76	-							A/V
10	57	160	22.3	P	Ab				NO
11	80	173	26.7						SÍ
12	115	-			P	Ab			A/V
13	70	160	27.3				He		A/V
14	60	-							A/V
15	80	-				+		(1-5)	SÍ
16	89	182	26.9	M	P	M	M		A/V
17	68	164	25.3	Ab	Ab				A/V
18	65	153	27.8			M			A/V
19	56	160	21.9			P			A/V
20	105	178	33.1	P				(1-5) 11-15	A/V
21	100	175	32.7	P			M		NO
22	62	163	23.3	M					A/V
23	69	152	29.9			M	PM		A/V
24	60	173	20.0	M					A/V
25	86	-		P					NO
26	85	173	28.4	Ab		Ab			A/V
27	85	170	29.4	Ab		Ab			NO
28	74	-		Ab					A/V
29	62	170	21.5		M			(1-5)	A/V
30	70	169	24.5	Ab		Ab			A/V
31	56	165	20.6			P			A/V
32	56	160	21.9						A/V
33	62	163	23.3		P				A/V
34	55	168	19.5	Ab		Ab			A/V
35	78	180	24.1		Ab				A/V
36	67	170	23.2			Ab			SÍ
37	72	155	30.0	Ab		Ab		(1-5)	A/V
38	72	165	26.4		P			(1-5)	A/V
39	75	160	29.3		Ab			(1-5)	A/V
40	64	172	21.6						A/V

El primer riesgo revisado fue el IMC, que cuando se encuentra por arriba de 25 señala sobrepeso y cuando es mayor de 30 indica obesidad. Los sujetos que se hallaban en riesgo por tener un índice de masa corporal correspondiente a sobrepeso fueron 4, 11, 13, 16, 17, 18, 23, 26, 27, 38 y 39, mientras que los sujetos con obesidad fueron 20, 21 y 37.

Hecho esto, en cada uno de los sujetos con sobrepeso u obesidad se buscaron relaciones entre este problema y los antecedentes hereditarios de diabetes, enfermedad cardiovascular, cáncer y obesidad, haciendo la aclaración que se considera un 50% de riesgo cuando tales padecimientos han ocurrido o han sido la causa de la muerte en alguno de los padres del sujeto en estudio, mientras

que disminuye a 33% si el problema fue padecido o fue la causa de muerte en alguno de los abuelos. La Tabla 11 presenta a los catorce sujetos con obesidad o sobrepeso y la herencia expresada en porcentaje.

Tabla 11. Sujetos con obesidad o sobrepeso y riesgos por antecedentes hereditarios.

Sujeto	IMC	D	CV	CA	OB
4	28.7	50	50		
11	26.7				
13	27.3				He
16	26.9	50	50	50	50
17	25.3	33	33		
18	27.8			50	
20	33.1	50			
21	32.7	50			50
23	29.9			M	75
26	28.4	33		33	
27	29.4	33		33	
37	30.0	33		33	
38	26.4		50		
39	29.3		33		

Como puede apreciarse, en este estudio el sobrepeso se relaciona con la herencia de diabetes en ocho de estos sujetos, enfermedad cardiovascular en cinco y obesidad en cuatro. Además, hubo un sujeto que además de tener un IMC elevado tenía antecedentes de obesidad en sus padres, por lo cual su riesgo se elevaba a 75%.

Finalmente, el número de factores de riesgo que presentaba cada uno de los sujetos de la muestra variaron de uno a siete. Cabe señalar que los riesgos no pueden ser sumables matemáticamente, ya que algunos de ellos suponen la probabilidad de aparición de alguna enfermedad (por ejemplo la herencia de diabetes expresada por la presencia de la enfermedad o muerte en alguno de los padres), mientras que la presencia de otros riesgos puede coexistir con alguna enfermedad (por ejemplo el sedentarismo y la hipertensión arterial) o pueden ser factores de riesgo que, al sumarse, provoquen la aparición a más temprana edad de alguna enfermedad, como el sedentarismo, la obesidad, la herencia y la diabetes.

DISCUSIÓN

La importancia de realizar estudios descriptivos y exploratorios sobre las condiciones y estilos de

vida de grupos de personas que se encuentran laborando en alguna institución particular permite presentar de manera general un perfil de sus condiciones tanto de salud-enfermedad como psicosociales. Al demostrar riesgos en la población, es posible señalar la probabilidad de ocurrencia de problemas de salud que repercutirán de manera individual, familiar y laboral. Dichos estudios permiten además la recolección de evidencias referentes a las características comunes del estilo de vida de las personas de un determinado grupo para diseñar, desarrollar y ofrecer programas de prevención y de tratamiento para modificar aquél.

En este caso, las evidencias mostraron que más de la mitad de la muestra tenía antecedentes familiares de diabetes, y un tercio de enfermedades cardiovasculares, cáncer o sobrepeso u obesidad.

La enfermedad coronaria es la principal causa de muerte en Norteamérica, ocupando el segundo lugar en México, mientras que la diabetes mellitus es la primera causa de muerte en nuestro país. Fumar, ingerir una alimentación rica en grasas y no hacer ejercicio físico, así como algunos factores psicosociales (estrés, depresión y hostilidad) influyen en el desarrollo de las enfermedades antes mencionadas (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab y Kubzansky, 2005).

Los datos anteriores, aunados a la escasa cantidad de sujetos que realizan ejercicio, ofrecen fundamentos para diseñar y desarrollar programas preventivos, los que deben enfocarse a alterar los comportamientos nocivos de las personas. Numerosas investigaciones sostienen los efectos benéficos del ejercicio físico (Grundy, Blackburn, Higgins y cols., 1999; Hagberg, Park y Brown, 2000; Thompson, Buchner, Piña y cols., 2003). Particularmente, la actividad física previene o aminora la aparición de enfermedad cardiovascular y mejora algunos de los problemas asociados, incluyendo el mantenimiento apropiado del peso y corporal y la disminución de la tensión arterial (Fagard, 2001). Además de los beneficios sobre el sistema cardiovascular, el ejercicio puede disminuir el riesgo de padecer diabetes mellitus por aumentar el trabajo de las enzimas oxidativas y por estimular la síntesis de proteínas a nivel muscular, lo que deriva en una mejor utilización de la glucosa (Short, Vittone y Begelow, 2003).

La meta final de estos estudios debe llevar a la creación institucional de una cultura de auto-responsabilidad del propio desarrollo y desempeño, tanto individual como social-organizacional para el logro de un adecuado bienestar.

Es importante destacar que cuando se utilizan este tipo de cuestionarios existe la posibilidad de obtener respuestas sesgadas a lo que se considera como socialmente aceptable, por lo que un método efectivo para corroborar las mediciones del estilo de vida debiera ser la observación directa de las conductas en la vida cotidiana, aunque esta tarea implica una serie de problemas meto-

dológicos y de tiempo que la hacen poco factible. Una opción para resolver este problema podría ser un muestreo aleatorio observacional del comportamiento de los sujetos participantes en la muestra para validar los datos obtenidos. Otra forma de validación de la información consistiría en la implementación de programas de cambio de estilo de vida y la posterior aplicación de los mismos inventarios, con lo que se esperaría que los participantes en estos programas de intervención mostrarán cambios que serían reportados en futuras evaluaciones.

REFERENCIAS

- Barceló A., M. y Borroto D., G. (2001). Estilo de vida: Factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 20(4), 287-295.
- Brantley, P.J., Bodenlos, J.S., Cowles, M., Whitehead, D., Ancona, M. y Jones, J.N. (2007). Development and validation of the Weekly Stress Inventory-Short Form. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(1), 54-59.
- Fagard, R.H. (2001). Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33, 484-492.
- Grundy, S.M., Blackburn, G., Higgins, M., Lauer, R., Perri, M. y Ryan, D. (1999). Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its co-morbidities: Evidence report of independent panel to assess the role of physical activity in the treatment of obesity and its co-morbidities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1493-1500.
- Hagberg, J.M., Park, J. y Brown, M.D. (2000). The role of exercise training in the treatment of hypertension. *Sports Medicine*, 30, 193-206.
- López C., J.M., Ariza A., C.R., Rodríguez M., J.R. y Murguía M., C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45(4), 259-268.
- Reynoso E., L. (2006). *Cuestionario de Evaluación de Factores de Riesgo*. México: UNAM.
- Reynoso E., L. y Ávila C., M.R. (1989). *Un instrumento para determinar la conducta tipo A*. Ponencia presentada en el Coloquio de Investigación de la ENEP-Iztacala.
- Reynoso E., L. y Seligson, I. (1977). *Desarrollo de una escala de estrés fisiológico*. México: UNAM.
- Reynoso E., L. y Seligson, I. (1997). Patrón conductual tipo A: Desarrollo de un nuevo instrumento de evaluación. *Archivos del Instituto Nacional de Cardiología*, 67, 419-427.
- Reynoso E., L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rozanski, A., Blumenthal, J.A., Davidson, K.W., Saab, P.G. y Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45, 637-651.
- Short, K.R., Vittone, J.L. y Begelow, M.L. (2003). Impact of aerobic exercise training on age-related changes in insulin sensitivity and muscle oxidative capacity. *Diabetes*, 52, 1888-1896.
- Thompson, P.D., Buchner, D., Piña, I.L., Balady, G.J., Williams, M.A. y Marcus, B.H. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: A statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 107, 3109-3116.