

2016

Estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en los trabajadores universitarios
Ernesto Jiménez Bernardino



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería

Estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en los trabajadores universitarios

Presenta
Lic. Ernesto Jiménez Bernardino

Santiago de Querétaro, Qro. Junio 2016



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

Estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en los
trabajadores universitarios

TESIS

Que como parte de los requerimientos para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Lic. Ernesto Jiménez Bernardino

Dirigido por:

Dra. Alicia Álvarez Aguirre

SINODALES

Dra. Alicia Álvarez Aguirre
Presidente

Dra. Blanca Lilia Reyes Rocha
Secretario

MCE. Mercedes Sánchez Perales
Vocal

Dra. Ma. Antonieta Mendoza Ayala
Suplente

Dra. Luz del Rosario Muñoz Alonso
Suplente

Ma. Guadalupe Perea Ortiz
Director de la Facultad

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Junio, 2016.
México

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar las variables estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios de la Unidad Académica de Enfermería No. 1 y 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero. **METODOLOGIA:** Estudio de corte transversal descriptivo correlacional, participaron 112 trabajadores por muestreo tipo censo. Para recabar la información se utilizó una cédula que incluyó datos sociodemográficos, problemas de salud diagnosticada, datos antropométricos y clínicos, el Cuestionario Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II) y el cuestionario de asertividad de Lazarus y Folkman (1990). Para el análisis de la información se obtuvo estadística descriptiva e inferencial y se apegó a los principios éticos de la declaración de Helsinki. **RESULTADOS:** La edad de los participantes fue entre 24 y 72 años, 61.6% fueron mujeres, 58.9% fueron casados. 68.8% pertenecían a la Unidad Académica de Enfermería 2 50% cuenta con nivel de posgrado, 49.1% labora en el turno matutino, 59.8% actualmente desempeña el puesto de docente. Respecto a los problemas de salud diagnosticados, 17.0% presentaron hipertensión arterial, 4.5% diabetes mellitus y 4.5% padecen ambas enfermedades 46.4% se encontró en nivel de sobrepeso, 23.9% en algún grado de obesidad. En relación a índice general de estilo de vida promotor de la salud se encontró en 39.20 ptos., y se encontró relación positiva y significativa entre la asertividad y el índice general ($r_s=.238, p<.05$) y las dimensiones de responsabilidad en salud ($r_s=.201, p<.05$), desarrollo espiritual ($r_s=.238, p<.01$) y relaciones interpersonales ($r_s=.238, p<.01$). **CONCLUSIONES:** El estudio permitió analizar el estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios de la unidad académica de enfermería no. 1 y 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero, en 112 participantes en los que se incluyó directivos, docente, administrativos y de intendencia de ambas unidades académicas.

PALABRAS CLAVES: Estilo de vida, asertividad y trabajador universitario.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the health promoting lifestyle and assertiveness variables, and their relationship with health conditions in university workers at the Nursing Academic Units Number 1 and 2 of the Autonomous University of Guerrero. **METHOD:** Correlation cross-sectional descriptive study, 112 workers participating in a census sampling. Socio-demographic data card, diagnosed health disorder, anthropometric and clinical data, Health Promoting Lifestyle Questionnaire (PEPS II) and Lazarus and Folkman's Assertiveness Test were used in order to collect the information. Data analysis was through descriptive statistics and inferential subject to general provisions of the Regulation of the Declaration of Helsinki. **RESULTS:** Participants age was between 24 and 72 years of age, 61.6% were women, 58.9% married. 68.8% belonged to Nursing Academic Unit Number 2, 50% carry out postgraduate studies, 49.1% work in the morning shift, and 59.8% currently occupy the post of teacher. In the matter of diagnosed health problems, 17.0% showed high blood pressure, 4.5% diabetes mellitus and 4.5% show both diseases 46.4% are in the overweight range, 23.9% some degree of obesity. In the matter of health promoting lifestyle general index 39.20 points was found, and also a positive and significant relationship between assertiveness and the general index ($r_s=.238, p<.05$) and health dimensions of responsibility ($r_s=.201, p<.05$), spiritual development ($r_s=2.38, p<.01$) and personal relationships ($r_s=2.38, p<.01$). **CONCLUSIONS:** The study allowed us to analyze the health promoting lifestyle, assertiveness and their relationship to health conditions in university workers at the nursing academic units numbers 1 and 2 of the Autonomous Universidad of Guerrero, in 112 participants including directive, teachers, administrative and custodial staff from both academic units.

KEY WORDS: Lifestyle, assertiveness and university worker.

DEDICATORIAS

A Dios, por guiar mi camino y darme la oportunidad de vivir, estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis Abuelos y Padres, Lulú y Adi por apoyarme en todo momento, por sus consejos, valores, motivación constante que me han permitido ser una persona de bien, pero sobre todo por creer en mí

A mis Hermanos (as) por su cariño, apoyo, paciencia, y comprensión en todo momento de mi vida. Por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr.

Y un agradecimiento especial a mi Directora de tesis, maestra y amiga Dra., Alicia por su dedicación, comprensión y perseverancia.

AGRADECIMIENTOS

A las Autoridades, Docentes, Administrativo y de Intendencia de las Unidades Académicas de Enfermería 1 y 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero, que fueron participe en el estudio.

A las Autoridades de la Universidad Autónoma de Guerrero su agradecimiento por las facilidades otorgadas para el desarrollo del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A las Autoridades y Profesores de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro por haberme abierto las puertas y por las facilidades que me ofreció para alcanzar mi meta.

A mi Directora de tesis Dra. Alicia Álvarez Aguirre por su invaluable paciencia, orientación y apoyo en la realización de este trabajo. Por compartir conmigo su experiencia y sabiduría.

Al jurado por su orientación en el desarrollo del presente trabajo.

A todos ellos de corazón mi más sincero agradecimiento.

INDICE

	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de Cuadros	vi
I INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivos	7
1.4 Hipótesis	7
II REVISIÓN DE LITERATURA	8
2.1 Asertividad en los trabajadores	8
2.2 Estilo de Vida Promotor de la Salud	9
2.3 Entornos Laborales Saludables	11
2.4 Universidades Saludables	13
2.5 Estudios Relacionados	14
III METODOLOGÍA	19
3.1 Tipo de estudio	19
3.2 Universo y Muestra	19
3.3 Criterios de Selección	19
3.4 Material y Métodos	20
3.5 Análisis Estadístico	22
3.6 Ética de Estudio	22
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
V CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	33
Referencias Bibliográficas	34
Anexos	43

Índice de Cuadros

	Página
4.1 Confiabilidad de los Instrumentos	25
4.2 Datos Sociodemográficos de la Población de Estudio	26
4.3 Características Laborales de los Participantes	27
4.4 Problemas de Salud Diagnosticados	28
4.5 Índice de Masa Corporal de los Participantes	29
4.6 Dimensiones de la Escala Estilo de Vida Promotor de la Salud	29
4.7 Correlación entre Estilo de Vida y Asertividad	30
4.8 Frecuencia y Clasificación de Personas con Hipertensión Arterial	31
4.9 Frecuencia de Personas con Diabetes Mellitus	32

I. INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él (WHO, 1986). Así, la Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (PSLT) incluye una variedad de políticas y actividades en el área de trabajo que son diseñadas para ayudar a empleadores y empleados en todos los niveles para aumentar el control y el mejoramiento sobre su salud. La PSLT involucra la participación de empleados, gerentes y otros grupos de interés en la implementación de iniciativas acordadas en forma conjunta para la salud y el bienestar de la fuerza de trabajo (WHO, 1998; OMS, 2010).

En este sentido la PSLT, implica alcanzar la calidad de vida en los escenarios de trabajo, considerando las consecuencias que las condiciones de dicha actividad genera en la calidad de vida de las personas en las esferas del trabajador, esto es, vida familiar, social, política, económica (Muñoz y Castro, 2010). Además, constituye una estrategia para que el estudio de la salud de los trabajadores en sus ambientes laborales sea abordado desde una perspectiva integral y alcance un mayor impacto en la calidad de vida de las personas (Universidad Nacional de Colombia, 2013).

Así mismo, la salud en el trabajo se convierte en un aspecto fundamental para contribuir en la salud y vida digna de las personas, familias y comunidades. Aunado a lo anterior, el tema de la salud laboral es una responsabilidad social siendo los empleados los principales responsables de brindar garantías para realizar y ejecutar las diversas funciones laborales en las mejores condiciones y que garanticen no sólo un buen trabajo, sino que también el trabajo por desarrollar no afecte en un determinado momento la salud física y mental de los trabajadores (Zamora, 2010).

De esta manera, un entorno de trabajo saludable es un lugar donde todos trabajan unidos, para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la

seguridad. Esto permite a los jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices (OMS, 2010).

Por lo tanto un entorno laboral saludable es esencial para promover una buena salud del trabajador y para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, la fluidez de las relaciones laborales, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida entre otros. Asimismo, es un recurso primordial para el desarrollo económico, social y personal, fortalece las habilidades y capacidades de los trabajadores, modifica las condiciones sociales, ambientales y económicas concientiza al trabajador y empleador para aumentar el control sobre la salud a fin de mejorarla (OMS, 2010; Vargas, Trujillo y Muñoz, 2010).

En esta línea, la propuesta de universidad saludable tiene como base un concepto de salud integral, el cual es producto de las relaciones armónicas internas y externas que cada persona logra mantener consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente (Machado, 2001). El fundamento para la implementación de una universidad saludable está incluido dentro de las políticas de salud pública de todo país, bajo el rubro de promoción de la salud.

Las universidades saludables son aquellas que realizan acciones sostenidas destinadas a promover la salud integral de la comunidad universitaria, actuando sobre el entorno social y físico así como en la formación de estilos de vida saludables (Becerra, 2013).

En el caso de la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGro) en su contrato colectivo de trabajo 2015-2016, establece la Comisión Mixta Paritaria de Salud, Higiene, Seguridad y Medio Ambiente en el trabajo quien vigilará permanentemente las condiciones de trabajo en todas las dependencias de la UAGro para determinar las condiciones laborales de riesgo para la salud de los trabajadores, identificará y justificará mediante un estudio, cuales son los centros de trabajo que representan un riesgo para los mismos, dictaminará la implementación de medidas preventivas y/o correctivas y cuando el caso lo amerite la dotación de equipo de protección adecuado para la realización de sus actividades académicas encomendadas (Universidad Autónoma de Guerrero/STAUAG, 2015).

Asimismo, en el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) 2013-2017 de la UAGro, se promueve la cultura de la salud en los universitarios a través del deporte. Igualmente, la Unidad Académica de Enfermería N° 1 y 2 (UAEnf. 1 y 2), retoma la Subcomisión Mixta

Paritaria de Salud, Higiene, Seguridad y Medio Ambiente en el trabajo la promoción de la salud de los trabajadores, además la Subdirección de Integración de las Funciones Sustantivas promueve la cultura a la salud a través del deporte, música, baile y convivencia social entre los alumnos, docentes y personal administrativo. Asimismo, existe vinculación con otras dependencias para la participación intra y extramuros en estos eventos.

A pesar de estas iniciativas la comunidad universitaria trabajadora vive enfermedades crónico-degenerativas impulsadas por el sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, obesidad, violencia, entre otras, que merman la calidad de salud de los trabajadores. Por lo que el objetivo de este trabajo es determinar el estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios.

El trabajo se encuentra organizado en cinco capítulos: introducción, revisión de literatura, metodología, resultados/discusión y conclusiones y sugerencias que a continuación se describen.

1.1 Planteamiento del Problema

El trabajo y los entornos tienen un efecto en la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores, aunado a los hábitos y rutinas de vida, lo que determina el estado de salud de la persona en el presente y en el futuro. En este orden de ideas existe un efecto positivo de la salud sobre la mejora de las condiciones de trabajo, esto es, un trabajador sano tiende a mejorar su entorno laboral a través de las relaciones con sus colegas y sus mandos o subordinados, lo que conlleva a mejorar la calidad de trabajo (Benavides, Ruiz-Frutos y García, 2007).

Las buenas condiciones de trabajo pueden mejorar la salud del trabajador y a su vez esta buena salud mejorará las condiciones de trabajo. Esta relación entre salud y calidad laboral es de gran importancia para estimular una cultura preventiva dentro de la empresa y favorecer una cultura de estilo de vida promotor de la salud.

En este contexto se define a una universidad promotora de salud o saludable como aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan (Granados, 2010; Lange y Vio, 2006; Machado, 2001). Desde esta

idea en las universidades saludables se puede trabajar en la temática de responsabilidad de la salud, actividad física, nutrición, desarrollo espiritual, relaciones interpersonales y manejo de estrés como dimensiones del estilo de vida promotor de la salud. Además de lo anterior también es importante incluir el estudio de variables psicosociales tal es el caso de la asertividad laboral definida como una conducta de autoafirmación en el contexto laboral (Laguado Jaimes y Gómez Díaz, 2014).

Al respecto la evidencia muestra que como consecuencia de un estilo de vida no saludable se encuentran las enfermedades no transmisibles, estas son constituidas principalmente por cuatro grupos: enfermedades cardiovasculares que causan el 17.3 millones de muertes cada año, cáncer, causante de 7.6 millones de muerte, enfermedades respiratorias 4.2 millones y diabetes 1.3 millones, contribuyendo aproximadamente al 80% de las muertes las cuales a su vez comparten factores de riesgo determinantes como el consumo de alcohol, que causa 2.3 millones de muerte anuales, de las cuales la mitad se debe a enfermedades no transmisibles, insuficiente actividad física que causa 3.2 millones de muerte, consumo de tabaco que causa 6 millones anuales de muertes y dietas mal sanas, pobres en frutas y verdura 1.7 millones de muertes anuales, según lo expresa la OMS (2013).

Estudios realizados en trabajadores respecto a sobrepeso y obesidad reportaron una prevalencia de 34% en universitarios (López, 2014) y 55% en trabajadores administrativos, manuales, técnicos, directivos (Artime y Alonso, 2012). Otro estudio reportó 85% de sedentarismo y 41% de consumo de tabaco entre los trabajadores dedicados a la construcción (Salinas, Lera, González, Villalobos y Vio 2014). En relación al consumo de alimentos con exceso de calorías se reporta una prevalencia de 40% entre los trabajadores del sector de la salud (Velasco-Contreras, 2013).

A partir de esta información se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación entre las variables estilo de vida promotor de la salud, asertividad y estado de salud en trabajadores universitarios de la Unidad Académica de Enfermería No2 de la Universidad Autónoma de Guerrero?

1.2 Justificación

Entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés) entre otras agencias globales, existe el consenso de que los trabajadores conforman casi la mitad de la población y el estado de Guerrero no es la excepción, esto es importante no solo para los trabajadores en lo individual y sus familias sino también para la productividad, competitividad y sustentabilidad de las empresas u organizaciones y para la economía nacional de los países y para la economía global (OMS, 2010).

Las condiciones de trabajo y la forma de organización laboral que busca una mayor productividad, eficiencia y competitividad basadas en producir bienes y servicios de alta calidad, han provocado que los trabajadores se sometan a un exceso de esfuerzo; con el fin de satisfacer las demandas y exigencias del mercado, conduciendo al hombre a vivir para el trabajo, lo que ha generado en muchos de los casos que los empleados descuiden su salud tanto física como mental. Esto a su vez ha promovido en los trabajadores una vida más sedentaria y pobre en momentos de relajación y recreación, lo cual es reflejado en un inadecuado desempeño laboral (Zamora, 2010).

Asimismo, la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con estilos de vida no saludables en los trabajadores es preocupante, porque no solo afecta su calidad de vida y la de sus familias, sino porque aumenta costos en salud y reduce su productividad, comprometiendo el desarrollo del país (Velasco-Contreras, 2013; Salinas et al., 2014).

De igual manera, los trabajadores universitarios se encuentran expuestos a condiciones de trabajo que afectan directa o indirectamente su estado de salud y por consiguiente su calidad de vida laboral. De la misma forma, las condiciones de salud dependen de las relaciones resultantes entre las exigencias y la carga de trabajo derivada del contexto y de las características de la actividad docente (Camacho, Echeverría, y Reynoso, 2010)

Por otra parte, en las empresas se espera que la personalidad de los empleados debiera ser la adecuada para desarrollar la resolución de problemas y calidad en los servicios, sin embargo, la rutina del trabajo diario, el estrés, los constantes cambios en la organización, entre otros, son factores que pueden alterar el equilibrio y sinergia de los

grupos de trabajo (Moraes, Camargo, Welter y Guisso, 2010). Los trabajadores universitarios están constantemente interrelacionados con otras personas, en algunas ocasiones de estas relaciones se derivan situaciones angustiadas y conflictivas, que son potentes generadores de estrés y pueden dificultar el desempeño laboral. (Camacho, Echeverría, y Reynoso, 2010)

Por lo que ser un profesional asertivo permite obtener beneficios tanto en el área personal, al aumentar su autoestima, su seguridad personal, su autoimagen y su autoconcepto, como en el área laboral disminuyendo el número de situaciones estresantes e incrementando la eficacia, calidad y competencia servicios que se prestan. En este sentido la asertividad debe ser una característica o una cualidad de la personalidad que un empleado debería poseer o desarrollar para permanecer en su puesto de trabajo y sobre todo adaptarse a los diversos cambios y dar una respuesta óptima a lo que el entorno ofrece día con día. (Caballo, 1983)

La Unidad Académica de Enfermería N° 1 y 2 (UAE 1 y 2) de la UAGro, preocupada por el bienestar y la salud de los trabajadores se interesa en generar estrategias de prevención y promoción de la salud dentro de su visión y dirección estratégica (PDI 2013-2017), una de estas estrategias es el desarrollo del presente proyecto que muestra evidencia del estilo de vida de los trabajadores y por consiguiente las bases para el desarrollo de programas específicos para mejorar el ambiente laboral, propiciando el desarrollo integral de sus trabajadores con el fin de favorecer la productividad y la calidad en el trabajo y la salud de los universitarios.

Además, evaluar el estilo de vida, por medio de sus seis dimensiones físicas y psicológicas: responsabilidad de la salud, actividad física, nutrición, desarrollo espiritual, relaciones interpersonales, manejo de estrés, permite ampliar la comprensión en torno de la percepción de las condiciones de salud de los trabajadores, de los riesgos y evidencias de procesos de enfermedad. En este sentido el proyecto es relevante tanto para los trabajadores universitarios como para el campo de salud laboral y la sociedad en su conjunto.

La importancia de la presente propuesta dentro de las instituciones educativas radica en contar con un diagnóstico sobre el estilo de vida de sus trabajadores para apuntalar el diseño de intervenciones que favorezcan la salud de sus integrantes además de fortalecer su visión como universidad sustentable.

1.3 Objetivos

General

- Analizar las variables estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios de la Unidad Académica de Enfermería No. 1 y 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero.

Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar el índice de estilo de vida promotor de la salud de los trabajadores universitarios
- Identificar el índice de asertividad en los trabajadores universitarios.
- Identificar el estado de salud de los trabajadores universitarios.
- Determinar la relación entre los índices de estilo de vida promotor de la salud, la asertividad y el estado de salud de los trabajadores universitarios.

1.4 Hipótesis

El índice de estilo de vida promotor de la salud se relaciona con el estado de salud de los trabajadores universitarios.

A mayor índice de asertividad mayor índice de estilo de vida promotor de la salud en los trabajadores universitarios.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

En el presente capítulo se abordaran los aspectos teóricos y conceptuales que sustentan el presente estudio.

2.1 Asertividad en los trabajadores

El significado de la palabra asertividad se deriva de assertus-aserto assertio aserción, términos considerados sinónimos, aserción desde la psicología Alberti y Emmons (1990), la asertividad es una característica de la conducta socialmente afectiva no dañina, especifica de la persona y a la situación dentro de un contexto cultural así como en términos de otras variables situacionales, basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción. En este sentido la asertividad es una conducta interpersonal que capacita a una persona para actuar según sus mejores intereses y reafirmarse ante sí mismo sin ansiedad y expresar sus derechos sin destruir los derechos de otros. Estos autores la clasifican en conducta asertiva, no asertiva y agresiva.

La conducta asertiva permite obtener las propias metas sin tener que negar los derechos de los otros y sin despreciar o negar a sí mismo ante otros; la conducta asertiva más específicamente está determinada por la habilidad de decir no, pedir favores, hacer requerimientos, expresar sentimientos positivos e iniciar, continuar y terminar una conversación (Caballo, 1983).

La conducta no asertiva es esencialmente la negación de sí mismo. La persona no asertiva es inhibida, ansiosa y permite a otros que tomen su responsabilidad por ella; por temor o inseguridad, evita expresar sus derechos ante los demás y si llega hacerlo, lo hace de una manera en que parece estarse disculpando por lo que piensa (Caballo, 1983).

La asertividad también es considerada como un estilo de comunicación efectiva y satisfactoria, cuyos elementos básicos son: respetarse a sí mismo, respetar a los demás, ser directo, honesto, positivo y oportuno y tener control emocional. Compuesta parcialmente por el contenido del mensaje (sentimientos, derechos, opiniones, solicitudes y límites) así como el estilo no verbal del mensaje (contacto visual, postura y expresión facial) (Alberti & Emmons, 1990).

Los rasgos de una persona que posee conducta asertiva incluye el sentirse libre para manifestarse mediante palabras y actos, puede comunicarse con personas extrañas, familiares y amigos, esta comunicación es siempre abierta y directa, franca y adecuada, tiene una meta en la vida, va tras lo que quiere en contraste con la persona pasiva. Actúa de una forma que considera respetable, al comprender que no siempre puede ganar, acepta sus limitaciones, sin embargo siempre lo intenta con todas sus fuerzas de modo que gane, pierda o empate conserva su respeto propio (Lazarus y Folkman, 1986).

En este sentido la conducta asertiva se entiende como la manifestación clara y directa de lo que los individuos desean y no desean, cuando interactúan con otras personas. Por tanto la asertividad es una habilidad personal que permite expresar sentimientos, opiniones, intenciones, posturas, creencias y pensamientos, a través de conducta verbal y no verbal, en el momento y lugar oportuno, de forma pertinente y sin negar los derechos de los demás. La conducta asertiva permite hacer llegar a los demás los propios mensajes, genera sentimientos de seguridad, autoestima y reconocimiento (Rathus, 1973).

De Igual forma Flores (2002), define el termino asertividad como una habilidad verbal para expresar deseos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos positivos y negativos, así como la defensa de derechos e intereses, manejo de la crítica positiva y negativa, manifestación y recepción de alabanzas, declinación y aceptación de peticiones e iniciación de la interacción de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas y educativo-laborales en un contexto sociocultural determinado.

En este trabajo la asertividad es considerada una conducta de autoafirmación en un contexto sociocultural determinado.

2.2.- Estilo de vida promotor de salud en trabajadores

El estilo de vida se ha estudiado por varias disciplinas como la sociología, la antropología y la epidemiología. El origen del término se expresó en el campo de las ciencias socioculturales, donde el estilo de vida es un patrón de comportamiento grupal sobre el que la estructura social ejerce una influencia considerable. La epidemiología ha hecho un uso extensivo del concepto de estilo de vida y la salud pero con un significado

restrictivo, asociándolo a las conductas que los individuos de manera racional asumen y que pueden ser riesgosas para su salud, desde la sociología, se enuncia que los estilos de vida se basan en lo que la persona usa o consume y desde el campo de la salud se denomina *habitus*, definidos como un set de disposiciones durables para actuar de maneras específicas. (Álvarez, 2012) Los hábitos se alinean con las aspiraciones y expectativas individuales para corresponder con las posibilidades objetivas para alcanzarlos.

En el campo de la sociología médica Cockerham (2005), ha propuesto una teoría para el estudio de los estilos de vida en la salud, que parte de la necesidad de establecer una convergencia entre la agencia y la estructura, al tomar como fundamento las teorías de Weber y Bourdieu. Es así como, según Cockerham, los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en el que se desarrollan. En este sentido, el estilo de vida se ve modificado por cambios de tipo social, económico, cultural y psicológico lo que puede ocasionar diferentes problemas que se reflejan en el estado de salud y que a su vez puede repercutir en su desempeño laboral (Vargas, Trujillo, Muñoz, 2010).

El Modelo de promoción de la salud plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, en este caso el estilo de vida promotor de la salud, dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Zamora, 2010).

Las dimensiones del estilo de vida promotor de la salud de acuerdo con Walker y Hill-Polerecky (1996) son:

Responsabilidad en salud: Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional.

Actividad física: Implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y/o vigorosas. Esto puede ocurrir dentro de un programa planificado y controlado por el bien de la aptitud y la salud o incidentalmente como parte de la vida diaria o las actividades de ocio.

Nutrición. Esta dimensión implica la selección, conocimiento y consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable consistente con directrices de la Guía Pirámide de Alimentos.

Crecimiento espiritual: Centrado en el desarrollo de los recursos internos, que se logra a través de trascender, conexión y desarrollo. Trascendiendo nos pone en contacto nuestro seres equilibrados, nos da la paz interior y nos abre a la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar a ser algo más allá de quién y qué somos. Conexión es la sensación de armonía, plenitud, y la conexión con el universo. El desarrollo implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de sentido, la búsqueda de un sentido de propósito, y trabajar hacia las metas de la vida.

Relaciones interpersonales: Implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía significativa, en lugar de más casuales con los demás. La comunicación consiste en el intercambio de ideas y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.

Manejo del estrés. Implica la identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos para controlar eficazmente o reducir la tensión.

En este trabajo el estilo de vida promotor de la salud es considerado como el resultado de la acción dirigida a obtener resultados positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva, ejemplo de ello es mantener una dieta sana, realizar, ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual así como construir relaciones positivas (Pender, Murdaugh y Parson, 2006).

2.3 Entornos Laborales Saludables:

Los entornos laborales se fundamentan en la Asamblea Mundial de la Salud (OMS,2007), el Plan Global de Acciones para la Salud de los Trabajadores 2008 – 2017 (OMS,2007), basado en los documentos como la Estrategia Global de Salud Ocupacional para todos (OMS, 1994), la Declaración de Stresa sobre la Salud de los Trabajadores (2006), el Marco Promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (OIT, 2006), la

carta de Bangkok sobre Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (2005) y la Declaración de Seúl sobre Seguridad y Salud en el Trabajo (2008).

De igual manera en el contexto social, basado en el estilo de vida donde las religiones y filosofías, tiempos y culturas, han resaltado que el individuo debe tener un código moral personal que define la interacción con los demás. En el cambio generacional que existe en la actualidad sobre el trato de género Hombre – Mujer. En el que un ambiente de trabajo seguro y saludable es un derecho humano fundamental donde proporcionar seguridad, salud y un ambiente de trabajo seguro a los trabajadores, proporciona un imperativo moral que no haga daño a la salud física y mental, a la seguridad y el bienestar de los trabajadores (Seoul declaration on safety and Health at Work, 2008).

Asimismo por ética profesional se tiene que dar estos entornos laborales saludables donde el principio ético más básico es evitar hacer daño a otros. También por argumento empresarial ya que los empleadores están reconociendo que la ventaja competitiva que les puede proporcionar un ambiente de trabajo saludable, en contraste con otros para los cuales es solamente un costo necesario para hacer negocios. Además en la ley donde la mayoría de los países tienen como mínimo alguna legislación que como prioridad tiene el proteger a los trabajadores de incidentes en el ambiente de trabajo, que puedan causar daño o enfermedad (OMS, 2010).

La Oficina regional del Pacífico oeste de la OMS define un entorno de trabajo saludable de la siguiente manera: Un entorno de Trabajo saludable, es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores y la comunidad. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad. Asimismo, permite al jefe y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices (Regional guidelines for the development of healthy workplaces, 1999).

Por su parte el Instituto Nacional Americano para la Salud y Seguridad Ocupacionales (NIOSH) tiene una iniciativa para la vida de trabajo, cuya visión es que existan espacios de trabajo libres de peligros previamente reconocidos, con políticas sustentables, programas y prácticas de promoción de salud y empleados con franco acceso a programas y servicios efectivos que protejan su salud, seguridad y bienestar. De aquí que

un entorno de trabajo saludable debe proporcionar un ambiente abierto de accesibilidad y aceptación para personas de diferente sustrato, origen, capacidades y habilidades (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2015).

2.4 Universidades Saludables

La propuesta de universidad saludable tiene como base un concepto de salud integral, el cual es producto de las relaciones armónicas internas y externas que cada persona logra mantener consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente (Machado, 2001). El fundamento para la implementación de una universidad saludable está incluido dentro de las políticas de salud pública de todo el país, bajo el rubro de promoción de la salud.

Según el Ministerio de la Salud (MINSAL, 2011), la promoción de la salud es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarlo. La promoción de la salud se lleva a cabo en muchos espacios diferentes y se parte de la base que la salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, donde ellas trabajan, aprenden, juegan y aman (Lange y Vio, 2006).

Las universidades tienen una fuerza potencial para influir positivamente en la vida y la salud de sus miembros. Son instituciones en donde las personas pasan una parte de vida, llevándolos a ser personas autónomas, reflexivas, críticas, con responsabilidad frente a sí mismos y ante los demás; además los universitarios lideran innovaciones y tienen un rol modélico en la sociedad. Las actividades principales de la universidad son la docencia y la investigación, lo que permite la incorporación del concepto de salud como una responsabilidad personal y social (Lange y Vio, 2006; Arroyo y Rice, 2009; Morello, 2010).

Se puede definir a una universidad saludable o una universidad promotora de salud como aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan y, a la vez, formarlos para que actúen como modelos o promotores de conductas

saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general (Granados, 2010; Lange y Vio, 2006; Machado, 2001).

Los programas de universidades saludables se pueden trabajar temas como alimentación y nutrición; salud sexual y reproductiva; promoción de la salud mental, buen trato, cultura de paz y habilidades para la vida; actividad física; seguridad vial y cultura de tránsito y, finalmente, la conservación del ambiente, ecoeficiente y salud (Lange y Vio, 2006; MINSAL, 2010). También es importante trabajar con otras conductas relacionadas con la salud como los hábitos del sueño y el descanso, el consumo del alcohol, tabaco y otras drogas, las conductas de autocuidado y el manejo de la recreación y del tiempo libre (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Salazar, Varela, Lema, Tamayo y Duarte, 2010).

2.5 Estudios Relacionados

En esta sección se presentan los estudios de investigación respecto a las variables a estudiar. En primer lugar se revisa la asertividad, posteriormente el estilo de vida promotor de salud seguido del estado de salud.

Asertividad

Cañón-Montañez y Rodríguez-Acelas (2011), realizaron un estudio transversal a fin de conocer la asertividad de los profesionales de enfermería y fisioterapia, participaron 225 personas, 174 Enfermeros y 51 fisioterapeutas seleccionados por conveniencia. Los resultados indicaron una respuesta del 94% de los participantes, 173 fueron mujeres y 52 hombres, la edad promedio fue de 21 años (DE=2.87). En cuanto al puntaje de asertividad en el total de los participantes se encontro en una mediana de 0.04, desviación estándar de 0.84 con un puntaje minimo de -2.41 y maximo de 1.81 y por profesión Enfermería Mediana de 7 y Fisioterapia de 13. Al relacionar la variable asertividad con edad se reportó que la edad es un elemento fundamental para que las personas sean asertivas, a medida de aumenta la edad aumenta la asertividad y disminuye la no asertividad ($p < .05$).

Cepeda (2011), realizó un estudio transversal para analizar la personalidad asertiva en sus tres dimensiones: percepción, pensamiento y la toma de decisiones. Participaron 18

empleados de una PyME. De acuerdo con los resultados encontrados se consideran los siguientes puntos como sobresalientes:

En el área de percepción se encontró: 1) Las tareas bien definidas sobre el trabajo estimulan a los empleados a cometer menos errores al conocer los parámetros exactos del cumplimiento de su trabajo. Propiciando una mejor comunicación y menos lagunas de información entre las instrucciones y ejecuciones de las mismas. 2) Plantear metas específicas a lograr. Los empleados deben empatizar los objetivos laborales de la empresa hacia una visión integradora en conjunto con sus propios intereses personales. 3) El establecimiento y cumplimiento de reglas dentro del clima laboral ofrece la posibilidad de contar con empleados más apegados a los parámetros que la empresa ha propuesto para la adecuada ejecución de procesos y conductas permitidas y no permitidas. Los empleados se adaptan más fácilmente a su área de trabajo cuando conocen las consecuencias de sus propias decisiones y actos en la creación o resolución de conflictos.

En el caso del área de la creatividad se interpreta que: 1) El desarrollo de la creatividad en los empleados para poder resolver problemáticas usan no solo el pensamiento lineal, sino también lateral es importante para generar estrategias de solución en problemáticas específicas. 2) La comprensión de los procesos a desarrollar puede propiciar que los empleados estén conscientes de los logros y oportunidades que puedan tener al finalizar un proceso de manera correcta con la convicción de que aquello que realizan es un trabajo que vale la pena en contribución del crecimiento laboral. Es decir, se pretende evitar que el empleado trabaje de manera mecánica sin comprender lo que desempeña. 3) Analizar la solución de un problema es una habilidad fundamental para la toma de decisiones en la cual las acciones demuestren resultados a favor del empleado en la elección y aplicación de alternativas.

Finalmente en la toma de decisiones se considera que 1) Prevenir la ambigüedad del entorno laboral es un elemento del entorno que se relaciona a la buena planificación y administración del tiempo, tanto por parte de los administrativos como de los empleados para ejecutar actividades en tiempo y forma. 2) Considerar las consecuencias antes de tomar decisiones puede prevenir situaciones aun más adversas a las que se pretenden resolver desde un inicio. 3) Basar las decisiones en la razón y no en la emoción.

Nápoles (2012), realizó un estudio observacional para indagar la actuación con tendencia a una orientación comunicativa asertiva en 65 participantes. Los resultados indican la carencia de recursos comunicacionales para expresar básicamente desacuerdos, disgustos, restaurar la disciplina, dirigir los procesos del aprendizaje técnico, la imposición, la agresividad verbal, en síntesis una actuación poco favorecedora para estrategias de desarrollo en la interacción la cual se instaura en y a través de la comunicación interpersonal.

Estilo de Vida Promotor de la Salud

Salinas, Lera, Gonzalez, Villalobos y Vio. (2014), realizaron un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con el objetivo de hacer un diagnóstico de la situación de salud y nutrición, calidad de vida y condiciones laborales en 194 trabajadores. En los resultados se expresan los promedios de las variables: edad 43.3 años (DE=13.4), un IMC de 28.6 (DE=4.4), circunferencia de cintura 110.1 cm (DE=14.7), y presión arterial sistólica de 132.1 (DE=19.7) y diastólica de 74.9 (DE=12.3) mmHg. El porcentaje de sobre peso fue de 41.8% y obesidad de 40.2%.

Camacho, Echeverría y Reynoso (2010), realizaron un estudio no experimental, descriptivo, exploratorio y replicativo con el propósito de describir el estilo de vida y los eventos estresantes que presenta el personal de tiempo completo de una institución educativa de nivel superior. El proyecto contó con la participación de 86 trabajadores universitarios 35 mujeres y 51 varones. En los resultados se reportó el rango de edad entre 18 y 62 años (Media=33.98, DE=9.17), predominaron las personas casadas. En relación al peso en el caso de las mujeres el valor promedio fue 64.15 (DE=10.98) Kg., mientras que para los hombres fue 84.38 (DE=15.5) Kg. 42 personas ingieren bebidas alcohólicas y la diferencia por sexo es significativa ($t=-5.024$, $p<0.001$). Siete personas reportaron fumar (tres mujeres y cuatro hombres).

Mora, Camargo, Welter y Guisso (2010), realizaron un estudio bibliográfico con el objetivo de caracterizar aspectos del trabajo docente y su influencia en los procesos de salud. En sus resultados refieren que las condiciones de salud de los trabajadores en general, así como la de los profesores, dependen de las relaciones resultantes entre las exigencias y las condiciones de realización del trabajo, definidas genericamente de cargas d

etabajo, derivadas del contexto y de las características de la organización del trabajo, en este caso, de la actividad de docencia.

Velazco-Contreras (2013), realizaron un estudio transversal con el objetivo de conocer la asociación entre los hábitos de alimentación, la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el infarto cardiaco, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cirrosis hepática y el cáncer. Participaron 19, 532 trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. Como resultados predominó el género femenino (62.3%), enuncian que los trabajadores con hábitos de alimentación no saludables y sedentarismo presentan obesidad e hipertensión arterial, aquellos con tabaquismo, diabetes mellitus o enfermedad pulmonar obstructiva crónica; los que consumen alcohol abusivamente, infarto cardiaco, neoplasias y cirrosis hepática.

Calero, Hueso, Pleguezuelos, Balanza Merino-M y Merino-J (2012), realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal a fin de describir la calidad de vida relacionada con la salud de 401 trabajadores. En sus resultados la relación entre las variables sociodemográficas, clínicas y de estilos de vida no son relevantes, pero si estadísticamente significativas en las siguientes variables: lugar de residencia ($p=0,030$), tener una enfermedad común ($p=0,017$), practicar algún deporte ($p=0,041$), categoría profesional ($p<0,001$), número de comidas al día ($p=0,041$), IMC ($p=0,002$), nivel de triglicéridos ($p=0,022$).

Rios Y Calderon (2012), realizaron un estudio epidemiológico observacional y descriptivo con el objetivo de conocer la prevalencia de obesidad y sobrepeso y su relación con el tipo de trabajo nivel educativo y estilo de vida en 453 trabajadores. En los resultados describen la prevalencia del exceso de peso fue del 55%, de este porcentaje un 39,5% corresponde a sobrepeso y un 15,5% a obesidad ($IMC>30$). Se observó, una diferencia estadísticamente significativa para el sobrepeso y obesidad en el grupo de trabajadores manuales ($p<.001$). 86% de los trabajadores refirieron consumir algún tipo de bebida alcohólica la diferencia de consumo por sexo fue significativa ($p<0.001$). 71.2% refirieron realizar ejercicio físico, por sexo, son los hombres quienes realizan la actividad física más intensa, dedicando cinco y más horas a esta actividad dato que fue significativo ($p<.001$).

Además, el grupo de trabajadores manuales fue el que presentó los valores más elevados de circunferencia de cintura tanto en hombres (20.3%) como en mujeres (58.8%).

III.METODOLOGIA

Dentro de este capítulo se describe el diseño de estudio, universo, muestra y muestreo, así como la descripción de los instrumentos, procedimiento de colecta de datos, ética del estudio y plan de análisis.

3.1 Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo correlacional, ya que se describieron las variables estilo de vida promotor de la salud, asertividad y estado de salud de los trabajadores universitarios. Asimismo, se estudiaron las relaciones entre las variables antes señaladas (Burns y Grove, 2012).

3.2 Universo y Muestra

El universo lo conformaron los trabajadores de la Unidad Académica de Enfermería No. 1 y 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero. El tipo de muestreo fue de tipo censo, la muestra se integró por el 100% de los trabajadores activos al momento de la colecta de datos (112 trabajadores de las Unidades Académicas de Enfermería N° 1 y 2).

3.4 Criterios de Selección

Se consideró incluir a los trabajadores de ambos sexos de edad indistinta, aparentemente sanos ya que se desconoce hasta el momento de algún padecimiento, que firmaron el consentimiento informado. No se incluyó aquellos trabajadores que se encontraron de comisión, becados para estudios de posgrado en otras instituciones, de año sabático, por incapacidad, vacaciones o bien hayan solicitado un permiso. Se consideraron como criterios de eliminación los instrumentos que no se encontraban contestados en el 100% de las interrogantes y quienes decidieron no continuar en el estudio.

3.5. Material y Métodos

Para los datos sociodemográficos se diseñó una cédula de datos (Ver Anexo1) con dos secciones en la primera se incorporan datos sociodemográficos donde se incluyen datos personales: edad, género, estado civil; escolares: nivel de educación; laborables: turno, área y puesto. Problemas de salud diagnosticada. Datos antropométricos y clínicos: Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura, talla, peso y Tensión Arterial (TA) y glicemia capilar.

En la medición de la variable estilo de vida promotor de salud se utilizó la versión en español del Cuestionario Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II) (Walker, et al., 1996) (Anexo 2), conformado por 52 reactivos con escala de respuesta tipo likert: 1=nunca, 2=algunas veces, 3=frecuentemente, 4=rutinariamente. La escala se conforma de seis subescalas: responsabilidad de la salud (9 reactivos = 33, 3, 51, 15, 21, 39, 27, 9, 45), actividad física (8 reactivos = 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), nutrición (9 reactivos = 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), desarrollo espiritual (9 reactivos = 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52) relaciones interpersonales (9 reactivos = 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) y manejo de estrés (8 reactivos = 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47), el rango de posibles valores a obtener es de 52 a 208 puntos. Ejemplo de reactivo. Se reporta confiabilidad con un coeficiente alfa de .94 en la escala total y para las dimensiones de .79 a .94.

En relación a la medición de la variable asertividad se utilizó el cuestionario de asertividad de Lazarus y Folkman (1990), tomado de Güell (2005,pp. 11-13), que contiene 20 afirmaciones. Diseñado para ser autoadministrado, evalúa mediante autoinforme el comportamiento social de las personas (2 dimensiones: asertividad y no asertividad), explorando sus contestaciones en variadas situaciones de interacción social de acuerdo a una respuesta dicotónica (si/no). Su corrección se realiza sumando las respuestas dadas en cada columna (respuesta asertiva: si en los ítems 1,4,5,6,9,12,13,14,15,16,17,18,19,20, y No en los ítems 2,3,7,8,10,11/ Respuesta no asertiva: NO en los ítems 1,4,5,6,9,12,13,14,15,16,17,18,19,20, y SI en los ítems 2,3,7,8,10,11) obteniendo 2 puntajes, uno para cada columna. Una persona es considerada de tendencia asertiva si obtiene puntajes más altos en la columna de respuestas asertivas. Puede ser administrado de manera individual o colectiva y su tiempo de aplicación aproximado es de 12 min. Es un estudio validado en población adolescente (Domínguez, López y Álvarez, 2015).

Para la variable del estado de salud se consideró como indicadores la tensión arterial, glicemia capilar, circunferencia de cintura, peso y talla. En la medición de la tensión arterial se utilizará un baumanometro previamente calibrado y se efectuará de conformidad con los procedimientos que se describen en el Apéndice Normativo F de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (SSA, 2009) (Anexo 4). Asimismo, la medición de glicemia capilar se utilizará un glucometro digital. Las mediciones de circunferencia de cintura, peso, talla y la obtención de IMC se realizará de conformidad con el manual de procedimientos: Tomas de Medidas Clínicas y Antropométricas en el Adulto y Adulto Mayor (Velázquez, O. Lara, A. Tapia, F. Romo, L. Carrillo, J. Colin, M. Montes, G. 2002) (Anexo 5).

Para la clasificación de personas con hipertensión y diabetes se tomó como referencia lo enunciado en el Joint National Committee [JNC8] (2014), donde se consideran a la población en general no diabética con un rango ≥ 60 años 150/90 y ≤ 60 años 140/90; también para la población que son diabéticos e hipertensos son rango global de $<140/90$ y para los valores normales de T/A sístole 120 a 139 mm hg y diastólica 88-89mmhg-.

Respecto a la clasificación de diabetes se consideró lo reportado por la American Diabetes Association, [ADA] 2014, donde se menciona que se considera una glucemia basal y preprandial entre 70-130 mg/dl; glucemia postprandial <180 mg/dl, glucemia basal alterada plasmática en ayunos es de 100-125 mg/dl y glucemia plasmática trastolerancia oral es de 140-199 mg/dl, ya que en el embarazo de acuerdo a las semanas de gestación se toma con mayor claridad en la semana 24 y 28 con tolerancia oral ayunas ≥ 92 mg/dl una hora después ≥ 180 mg/dl dos horas después ≥ 153 mg/dl así mismo se considera como hipoglucemia < 70 mg/dl.

3.6 Análisis Estadístico

Para el análisis de la información se generó una base de datos en el programa estadístico para las ciencias sociales – SPSS, versión 17. Se procedió a obtener las frecuencias, proporciones y porcentajes para las variables categóricas y para las variables numéricas se calcularán medidas de ubicación, tendencia central y variabilidad. Además se realizó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en la distribución de las variables continuas. Para las hipótesis se construyeron índices y se efectuaron contrastes de hipótesis con pruebas de correlación de Pearson.

3.7 Ética del Estudio

La presente investigación se apegó a los principios éticos de la declaración de Helsinki, se protegerá la vida, la salud, la privacidad y la integridad del sujeto humano, proteger a los sujetos de daños, se realizará el estudio cuando el beneficio que de él se obtenga supere con creces los riesgos (Burns y Grove, 2012). Además de las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en su reforma del 2014, que establecen el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio, proporcionar una explicación clara y completa respecto a la justificación y objetivos de la investigación (SSA, 2014) (Anexo 5).

En seguida se enlistan los artículos fundamento de este proyecto:

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás

disposiciones jurídicas aplicables; VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables;

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para este caso se considera de categoría I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: I. La justificación y los objetivos de la investigación, II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales, III. Las molestias o los riesgos esperados, IV. Los beneficios que puedan obtenerse, V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto, VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto, VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios

para continuar su cuidado y tratamiento, VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación y XI. Que si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: I. Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables, II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud, III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación, IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe y V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

IV.RESULTADOS Y DISCUSION

En este capítulo se presentan los resultados y discusión de los mismos derivados del estudio: estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios. En primer lugar se presentan la confiabilidad de los instrumentos, datos demográficos, datos laborales, estado de salud y problemas de salud diagnosticados, seguido de las características del estilo de vida promotor de salud por dimensiones y los datos descriptivos de estos y las correlaciones de las variables en estudio, finalmente la discusión de los resultados reportados.

La prueba de confiabilidad de los instrumentos utilizados en este estudio se estableció por medio del valor del coeficiente Alpha de Cronbach. En el cuadro 4.1 se muestra que los instrumentos utilizados en el estudio tuvieron consistencia interna aceptable 0.606 y 0.9 (Polit y Hungler, 2000).

Cuadro 4.1 Confiabilidad de los instrumentos.

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach
Escala de asertividad	20	0.606
Cuestionario Estilo de Vida Promotor de Salud	52	0.927

Fuente: Instrumentos

En el cuadro 4.2 se muestran las características sociodemográficas de los participantes donde predominaron las mujeres (61.6 %) y el estado civil de casados (58.9%). la edad de los participantes tuvo un rango entre 24 y 72 años. En relación al género el resultado es diferente a lo publicado por Calero et al., quienes tuvieron una participación de 99.8% hombres, respecto al estado civil y la edad son similares a lo reportado por Camacho, Echeverría y Reynoso (2010), quienes encontraron predominio del estado civil casados (47) y un rango entre 18 y 62 años de edad. El hecho de que predomine el género femenino concuerda con la inserción de la mujer al campo laboral cada vez con mayor frecuencia. El porcentaje mayor en el estado civil fue casado, este dato llama la atención porqué en el estado de Guerrero ha incrementado el índice de divorcios principalmente en Acapulco, sin embargo las parejas que se encuentran en situación de separación aún se identifican como casadas.

Cuadro 4.2. Datos sociodemográficos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Mujer	69	61.6
Hombres	43	38.4
Estado civil		
Soltero	30	26.8
Casado	66	58.9
Divorciado	8	7.1
Viudo	4	3.6
Unión Libre	4	3.6

Fuente: Cedula Sociodemográfico

n= 112

En el cuadro 4.3 se tiene que el porcentaje de encuestados el 68.8% pertenecen a la unidad académica de enfermería 2 y el 31.3% a la unidad académica de enfermería 1, 50% cuenta con nivel de posgrado y 24 % nivel licenciatura, 49.1% labora en el turno matutino, 59.8% actualmente desempeña el puesto de docente. Situación que coincide con la organización y administración de las Unidades Académicas de la Universidad Autónoma de Guerrero, donde la Unidad Académica 2 es la más grande de las cinco unidades de Enfermería. En cuanto a que la mitad de los participantes tienen el nivel de estudios de posgrado, dato interesante, porque uno de los indicadores de calidad está relacionado con la habilitación docente de los trabajadores de las Instituciones de Educación Superior. Respecto al turno y puesto de los encuestados corresponde a la organización de la unidad académica acorde a los indicadores de los organismos acreditadores de programas educativos en enfermería.

Cuadro 4.3 Características Laborales de los Participantes

variable	Frecuencia	Porcentaje
Unidad académica		
Enfermería 1	35	31.3
Enfermería 2	77	68.8
Escolaridad		
Secundaria	5	4.5
Preparatoria	6	5.4
Carrera	3	2.7
Técnica		
Licenciatura	27	24.1
Especialidad	4	3.6
Maestría	56	50.0
Doctorado	11	9.8
Turno		
Matutino	55	49.1
Vespertino	30	26.8
Mixto	27	24.1
Puesto		
Directivo	11	9.8
Docente	67	59.8
Administrativo	21	18.8
Intendencia	13	11.6

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos **n=112**

En el cuadro 4.4 se muestran los problemas de salud diagnosticados, donde 74.1% resultaron sin ningún problema de salud, sin embargo 17.0% presenta hipertensión arterial, 4.5 % diabetes mellitus y 4.5% padecen ambas enfermedades. Estos datos difieren a lo encontrado por Calero et al. (2012), quienes reportaron en su estudio que el 8% de participantes tenían hipertensión arterial diagnosticada, 2.7% diabetes e hipertensión y 13.7% diabetes estudio en 401 trabajadores. Si bien siete de cada diez de los participantes no presentan problemas de salud, estos resultados ofrecen una oportunidad de trabajar con las personas que tienen una condición de enfermedad. Cabe mencionar que cerca del 50% de los participantes con puesto docente además de ser profesores en las unidades académicas laboran para otra empresa, condición que puede afectar su estado de salud.

Cuadro 4.4 Problemas de salud diagnosticados

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	83	74.1
Diabetes Mellitus	5	4.5
Hipertensión Arterial	19	17.0
Diabetes e Hipertensión	5	4.5

Fuente: Problemas de salud

En el cuadro 4.5 se muestran los resultados de hipertensión donde 74.1% de la población cursaba con presión normal, 17.0% con hipertensión y 4.5% hipertensos-diabéticos. Los resultados son cercanos a lo reportado por Salinas, Lera, González, Villalobos y Vio (2014), quienes encontraron una prevalencia de hipertensión en el 23% de la población trabajadora de la construcción.

Cuadro 4.5 Hipertensión Arterial

	frecuencia	Porcentaje
Normal	83	74.1
Hipotenso	0	0
Hipertenso	19	17.0
Hipertenso – Diabético	5	4.5

Fuente: JNC8

En el cuadro 4.6 se muestra la clasificación de personas con diabetes, como resultado se muestra un porcentaje de no diabéticos del 74.1%, diabéticos el 4.5% diabéticos e hipertensos 4.5% de la población de estudio. Estos resultados son diferentes a lo reportado por Calero, et-al (2012), quienes encontraron prevalencias altas de personas con diabetes (13.7%), caso contrario en la prevalencia de personas con diabetes e hipertensión (2.7%) en la población trabajadora del área medioambiental.

Cuadro 4.6 Diabetes Mellitus

	Frecuencia	Porcentaje %
Normal	83	74.1
D.M.2	5	4.5
D.M. E Hipertenso	5	4.5
D. Gestacional.	0	0

Fuente: ADA

En el cuadro 4.7 se muestra el índice de masa corporal de la población estudiada en la que se delimitan los parámetros de nivel de sobrepeso, obesidad como problemas de la muestra. En los resultados se observa un nivel de sobrepeso en el 46.4% de la población de estudio, un índice de masa corporal normal en el 29.4% de los participantes; además de obtener niveles de obesidad en grado 1 (20.5%) grado 2 (1.7%) y grado 3 (1.7%). Los resultados son coincidentes con lo reportado por (Ríos y Calderón, 2012) quienes encontraron sobrepeso y obesidad en la población laboral estudiada.

Cuadro 4.7 Índice de Masa Corporal de la población estudiada

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	33	29.4
Sobrepeso	52	46.4
Obesidad 1	23	20.5
Obesidad 2	2	1.7
Obesidad 3	2	1.7

Fuente: Cédula de estado de salud

En el cuadro 4.8 se muestran los resultados del índice general de estilo de vida promotor de la salud y por sus dimensiones, donde índice promedio del estilo de vida es 39.20 y por dimensiones se tiene, 38.54 para Responsabilidad en salud, 31.38 actividad física, 38.74 nutrición, 42.03 desarrollo espiritual, 42.50 relaciones interpersonales y 37.50 manejo del estrés. Estos resultados son diferentes a lo encontrado por Laguado y Gómez (2014) reportaron valores promedios bajos en las dimensiones del estilo de vida promotor de salud: 22.74 en responsabilidad en salud, 15.94 para actividad física, 21.13 en nutrición, 29.09 para crecimiento espiritual, 26.81 en relaciones interpersonales y 17.88 para manejo del estrés.

Cuadro 4.8 Dimensiones de las escalas estilo de vida promotor de la salud

	Mínima	Máxima	Media	Mediana	Desviación Estándar
Estilo de vida Promotor de la salud	19.71	65.38	39.20	40.86	9.14
Responsabilidad en salud	2.78	75.00	38.54	38.88	13.20
Actividad Física	.00	75.00	31.38	31.25	16.00
Nutrición	16.67	69.44	38.74	41.66	11.14
Desarrollo espiritual	19.44	75.00	42.03	41.66	10.53
Relaciones interpersonales	16.67	75.00	42.03	41.66	10.53
Manejo Del Estrés	12.50	65.63	36.85	37.50	11.59

Fuente: Estilo de vida promotor de salud

En el cuadro 4.9 se muestran las correlaciones entre el índice general del estilo de vida promotor de la salud y sus dimensiones con la asertividad en lo que se encontró relación positiva y significativa entre la asertividad y el índice general ($r_s=.238$, $p<.05$) y las dimensiones de responsabilidad en salud ($r_s=.201$, $p<.05$), desarrollo espiritual ($r_s=.238$, $p<.01$) y relaciones interpersonales ($r_s=.238$, $p<.01$). datos similares a lo encontrado por Laguado y Gómez (2014), quienes reportaron que las dimensiones del estilo de vida promotor de salud se correlacionan en forma significativa ($p<.01$) en la mayoría de las dimensiones, a excepción de la actividad física y relaciones interpersonales que no presentan significancia estadística. En las dimensiones se reportan comportamientos no saludables como predominantes.

Cuadro 4.9 Correlaciones

	EVPS	Responsabilidad en salud	Actividad Física	Nutrición	Desarrollo Espiritual	Relaciones Interpersonales	Manejo del Estrés	Asertividad
Índice EVPS	1							
Responsabilidad Salud	.817 .000	1						
Actividad Física	.726 .000	.473 .000	1					
Nutrición	.813 .000	.605 .000	.582 .000	1				
Desarrollo Espiritual	.712 .000	.494 .000	.319 .001	.458 .000	1			
Relaciones Interpersonales	.736 .000	.594 .000	.304 .001	.505 .000	.589 .000	1		
Manejo del estrés	.775 .000	.529 .000	.616 .000	.577 .000	.436 .000	.417 .000	1	
Asertividad	.238 .012	.201 .034	.089 .352	.082 .389	.346 .000	.304 .001	.076 .427	1

Fuente: Correlaciones

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El estudio permitió analizar el estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios de la unidad académica de enfermería no. 1 y 2 de la Universidad Autónoma de Guerrero, en 112 participantes en los que se incluyó directivos, docente, administrativos y de intendencia de ambas unidades académicas. Por otra parte los instrumentos utilizados en el estudio específicamente se considera que el instrumento de asertividad sea aplicado y utilizado para otras investigaciones, también no dejar de mencionar que en el contexto mexicano es complejo por los que viven en zonas urbanas, suburbanas y rurales. De esta forma, sería conveniente seguir trabajando con la escala e instrumentos para entender la diversidad cultural.

A la luz de los resultados de este estudio, se hace evidente la conveniencia de llevar a cabo tareas de prevención dirigidas a este grupo de edad y trabajadores, sustentadas sobre una base que garantice un estilo promotor de salud y asertividad. A fin de proporcionar a los trabajadores herramientas para mantener su relación con su estilo de vida.

En primera instancia se podría sugerir la implementación de estrategias dirigidas a la adquisición o desarrollo de habilidades para fortalecer el estilo promotor de la salud y asertividad, factores que de acuerdo con los resultados obtenido, contribuyen al no consumo de alimentos chatarras. En este sentido es que se sugiere que las intervenciones incorporen ambas variables. Aunado a lo que refieren los instrumentos utilizados, que fortalezcan el estilo promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en los trabajadores.

A partir de estos resultados, se presentan oportunidades para que el equipo multidisciplinario de salud, diseñe e implemente acciones de intervención dirigidas a este grupo específico; en este ámbito, el profesional de enfermería (Pender, Murdaugh & Parson, 2006).

Lo anterior implica, que el profesional de enfermería como integrante del grupo interdisciplinario implemente acciones donde el estilo promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en los trabajadores universitarios son ejes principales para favorecer la salud de este grupo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achicanoy, HF. (2014). Promoción de hábitos y estilos de vida saludable en trabajadores de la Universidad Mariana. Boletín informativo CEI, 1(3), 70-74.
- Alberti, R. y Emmons, M. (1990) *Viviendo con autoestima: como fortalecer con asertividad lo mejor de tu persona*. Editorial Pax México.
- Alvarez, LS, (2012). Los Estilos de Vida en Salud: del individuo al contexto. Rev. Fac.Nac. Salud Publica, 30 (1), 95-101.
- Arrivillaga M, Salazar I, Correa D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica, 34(4): 186-195
- Arroyo, H y Rice, M. (Eds.) (2009). Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las Americas. Documento de trabajo desarrollado para el IV congreso internacional de universidades promotoras de la salud. Puerto rico: Organización Panamericana de la Salud.
- Artime, EM., Alonso, MI. (2012). Estado ponderal y su relación con el tipo de trabajo y estilos de vida en población laboral. Enfermería del Trabajo, 11, 239-247.
- Becerra, S (2013), Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. Revista de psicología 31(2), 288-314.
- Benach J, Muntaner C and Santana V, Chairs. *Employment conditions and health inequalities*. Employment Conditions Knowledge Network, Final report to WHO Commission on Social Determinants of Health, 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/employmentconditions/en/ accessed 8 Sept 2009.
- Benavides, Ruiz-Frutos y García (2007). Trabajo y Salud en Ruiz-Frutos C, García A, Delclós J, Benavides F (2007). Salud laboral, conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ra. Edición Masson: Barcelona
- Burns N, Grove S. (2012). Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. 6ª edición. Elsevier, España.

- Caballo, V. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología*, 13, 52-62.
- Calero, P., Hueso, C., Pleguezuelos, H., Balanza, S., Merino, M., Merino, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental, *Med. Secur. Trab (internet)*, 58(226), 35-48.
- Camacho, LA., Echeverria, SB., Reynoso, L. (2010). Estilos de vida y riesgos en la salud de trabajadores universitarios. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1), 91-103.
- Cañon-Montañez, W., Rodriguez-Acelas, AL. (2011). Asertividad: Una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto Contexto Enferm*, 20(Esp), 81-87.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2015). Issues Relevant to Advancing Worker Well-being Through Total Worker Health. *Total Worker Health* <http://www.cdc.gov/niosh/twh/totalhealth.html> consultado Noviembre 2015
- Cepeda, R. (2011). Asertividad empresarial en la personalidad negociante de los servicios educativos. *Revista ECORFAN*, 2(5), 91-108.
- Cockerham w. Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *J health soc behav.* 2005; 46 (1):51-67.
- Correspondence to Edward J. Roccella, PhD, Coordinator, National High Blood Pressure Education Program, National Heart, Lung, and Blood
- Diabetes de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC)*
- Dominguez Alonso José, Lopez Castedo Antonio Y Alvarez Rosales Enrique. *Aula abierta* (2015), Implicacion de variables sociales y educativas en la conducta asertiva adolescente,43; 26-31.)
- Domínguez J, López A, Alvaréz E (2015). Implicación de variables sociales y educativas en la conducta asertiva adolescente. *Aula Abierta* 43: 26-31
- Fidalgo, M. (2012). Trabajo y Salud: El acceso a los servicios de salud de los trabajadores formales en la Argentina. *Rev. Ciencias Sociales*, 135-136 (especial), 73-80.
- Flores M (2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán* 221: 34-47

From Boston University School of Medicine (A.V.C.), Boston, Mass; Rush University Medical Center (G.L.B., H.R.B.), Chicago, Ill; Veterans Affairs

Granados, M.C. (2010 a). Universidades promotoras de salud. Un reto que abre posibilidades para el desarrollo humano. Experiencias en la Pontificia Universidad Javeriana. En J. Ippolito- Sheptherd (Comp.), Promoción de la salud. Experiencias internacionales en escuelas y universidades (pp.283-294). Buenos Aires: Paidos.

Grawich MJ et al. Leading the healthy workforce: the integral role of employee involvement. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 2009; 61(2); 123.

Güell, M. (2005). Técnicas asertivas para el profesorado y formadores. Barcelona: Graó

Hypertension is available at <http://www.hypertensionaha.org> DOI: 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c21206

Institute, National Institutes of Health, Building 31, Room 4A10, 31 Center Drive MSC 2480, Bethesda, MD 20892. E-mail roccelle@nhlbi.nih.gov

Instituto Mexicano del Seguro Social; cartilla nacional de vacunacion 2014, world health organization, report of a who consultation on obesity, preventing and managing the global epidemic ginebra who 1997.

International Labour Organization. C187 *Convention concerning the promotional framework for occupational health and safety*, 2006. <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdisp1.htm> accessed 8 August 2009.

James PA, Ortiz E, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: (JNC8). JAMA. 2014 Feb 5;311 (5):507-20 Card developed by Cole Glenn, Pharm.D. & James L Taylor, Pharm.D.

JNC 7 – COMPLETE VERSION Downloaded from <http://hyper.ahajournals.org/> by guest on December 14, 2015

Laguado y Gómez (2014), Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia, Revista hacia la promoción de la salud; 19(1),68-83.

Lange, I y Vio, F (2006) Guía para universidades saludables y otros instituciones de educación superior. Santiago: Productora Grafica Andros Limitadas. Recuperado de

<http://www.eligevivirsano.cl/wp-content/uploads/2012/Guia-Universidades-Saludables-INTAOPS.pdf>

- Lazaruz, R. & Folkman (1986). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.
- Lopez, JM. (2014). Posibles enfermedades no transmisibles en trabajadores de la UNIMAR. Boletín informativo CEI, 1(2), 88.
- Lowe GS. *Healthyworkplace strategies: creating chance and achieving results*, 2004. P. 8. <http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/occup-travail/work-travail/whr-rmt-eng.php#c> accessed 3 July 2009.
- Machado, J.(2001). La universidad saludable. Revista de ciencias humanas, 26. Recuperado de <http://www.utp.edu.co/-chumanas revistas/revistas/rev26/machado.htm>.
- Medical Center (W.C.C.), Memphis, Tenn; University of Michigan (L.A.G.), Ann Arbor, Mich; State University of New York at Buffalo School of *Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Martín de Vargas. Madrid*
- Medicine (J.L.I. Jr.), Buffalo, NY; University of Mississippi Medical Center (D.W.J.), Jackson, Miss; University of Miami (B.J.M.), Miami, Fla;
- Members of the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee are listed in the Appendix.
- Meyer, FE. (2013). Sustentabilidad: Un Nuevo impulse a la salud ocupacional. Ciencia & Trabajo, 15(47), 63-67.
- Miembros del Grupo de Estudio para la Diabetes en Atención Primaria de Salud (RedGDPS) y del Grupo de*
- MINSAL, DT, ISL Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile informe interinstitucional (ENETS 2009-2010), 2011. Disponible en: <http://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2011/09/informe-final-ENETS-Interinstitucional.pdf> [consultado el 9 de junio 2015].
- Moraes, R., Camargo, J., Welter, M., Guisso L. (2010). Salud docente, condiciones y carga de trabajo. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), 4, 147-160.

- Morello, P. (2010). *Universidades Saludables*. Ponencia presentada en el evento: II encuentro Nacional de Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/PRESENTACION-Uni-saludable.pdf>
- Muñoz, AI, Castro, E. (2010), De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. *Salud trab.* (Maracay), 18(2), 141-152.
- Napoles, MC. (2012). Asertividad, promotores deportivos comunitarios y salud. *Educación Física y Deportes*, 16(165), 1-6.
- OIT (2006). Marco Promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 en Rodríguez C (2009). Los convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo: una oportunidad para mejorar las condiciones y el medioambiente de trabajo. Buenos Aires, Oficina de la OIT en Argentina, Centro Internacional de Formación de la OIT, Turín-CIF
- OMS (1994). Estrategia Global de Salud Ocupacional para todos. Oficina de Higiene del Trabajo Suiza
- OMS (2007). Anexo Plan Global de Acciones para la Salud de los Trabajadores 2008 – 2017 60ª asamblea mundial de la salud: WHA60.26 Suiza
- OMS (2007). Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 60ª asamblea mundial de la salud: WHA60.26 Suiza
- OMS (2013) plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Disponible en http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2010.) Entornos Laborales Saludables: *Fundamentos y Modelos de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte*. World Health Organization. Pp. 5-137.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parson, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5thed). Pearson: Prentice Hall, N. J. Upper Saddle River.
- Peneva, I., Mavrodiev, S. (2013). A historical approach to assertiveness. *Psychological Thought*, 6(1), 3-26.

- Plan de Estudios de la Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, (2010).
- Polit, D. Hungler (2000), Investigación científica en ciencias de la salud, McGraw-Hill interamericana, sexta edición.
- Rathus S. (1973) A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Received November 5, 2003; revision accepted November 6, 2003.
- Regional guidelines for the development of healthy workplaces.* World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific November 1999. http://www.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html accessed 10 July 2009.
- Regional guidelines for the development of healthy workplaces. World health organization, Regional office for the western pacific, november 1999. [http://www.wpro.who.int/occupational health/publications/wproguidelines/en/index.html](http://www.wpro.who.int/occupational_health/publications/wproguidelines/en/index.html). Consultado 9 de junio del 2015.
- Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus
- Ríos A y Calderón A. (2012). Estado Ponderal y su relación con el tipo de trabajo y estilos de vida en población labora. *Enfermería del Trabajo II*: 239-247
- Rosario Iglesias González¹, Lourdes Barutell Rubio², Sara Artola Menéndez³, Rosario Serrano Martín⁴
- Salazar, I., Varela, M., Lema, L., Tamayo, J. & Duarte, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Pública*, 12(4)599-611.
- Salinas, J., Lera, L., Gonzalez, CG., Villalobos, E., Vio F. (2014). Estilos de vida, alimentación y estado nutricional en trabajadores de la construcción de la Región Metropolitana de Chile. *Rev. Med. Chile*, 142, 834-840.
- Secretaría de salud (2009), Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la

prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642

Secretaria de Salud. (2014), Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Consultado en abril de 2015. De: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc

See Website at: <http://www.cdc.gov/niosh/worklife/> accessed 1 october 2009.

Seoul Declaration on Safety and Health at Work. International Labour Organization, International Safety and Security Organization, Korean Occupational Safety and Health Agency, 2008. <http://www.seouldeclaration.org/index.php> accessed 9 December 2009.

Seoul Declaration on Safety and Health at Work. International Labour Organization, international safety and security organization, korean occupational safety and health agency, 2008. <http://www.seouldeclaration.org/index.php> consultado 9 junio 2015.

Stresa declaration on workers health. Participants, 7th meeting of the WHO collaborating centres in occupational health, stresa, italy, 8-9 june 2006. <http://www.who.int/occupationalhealth/en/> consutado 9 junio 2015.

Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª ed.) México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.

The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. Participants, 6th global conference on health, promotion, Bangkok thailand 11 August 2005. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/Bangkokcharter/en/> consultado 9 junio 2015.

The executive committee, writing teams, and reviewers served as volunteers without remuneration.

United Nations Global Compact, <http://www.unglobalcompact.org/> accessed 9 November 2009.

United Nations Global Compact. Ten Principles. <http://www.unglobalcompact.org/AboutTheGC/TheTenPrinciples/index.html> accessed 30 December 2009.

- Universidad Autónoma de Guerrero (2013). Plan de Desarrollo Institucional 2013-2017. Comercializadora del Centro Calzadilla SA de CV [CCsa]: México
- Universidad Autónoma de Guerrero (2015). Contrato Colectivo de Trabajo del Sindicato de Trabajadores Académicos de la Universidad Autónoma de Guerrero 2015-2016. Comercializadora del Centro Calzadilla SA de CV [CCsa]: México
- Universidad Nacional de Colombia (2013). Proyecto educativo de programa: autoevaluación y seguimiento de la calidad de los programas de Enfermería. Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia: Bogota
- University of Alabama at Birmingham (S.O.), Birmingham, Ala; Case Western Reserve University (J.T.W. Jr.), Cleveland, Ohio; National Heart, Lung, and Blood Institute (E.J.R.), Bethesda, Md.
- Vargas, PA., Trujillo, SM., Muñoz , AL. (2010). Desarrollo conceptual de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. *Enfermeria Global* 20, 1-8.
- Velazco-Contreras, ME (2013). Perfil de Salud de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev. Med. Ins. Mex. Seguro. Soc*, 51(1), 12-25.
- Velazquez, O. Lara, A. Tapia, F. Romo, L. Carrillo, J. Colin, M. Montes, G. (2002) MANUAL DE PROCEDIMIENTOS, Toma de Medidas Clínicas y Antropométricas En el Adulto y Adulto Mayor; Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica Programa de Salud del Adulto y el Anciano pp. 9-10.
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>
- Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. 1996 [citado 10-02-2012]. Disponible en: http://www.unmc.edu/nurseng/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf
- World Health Organization http://www.who.int/topics/mental_health/en/ accessed 16 July 2009.
- World health organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. Extraído el 9 de junio 2015, de la dirección: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf.

- World health organization. (1998). The health promoting workplace: marking it happen. Who/HPR/HEP/98.9. Consultado el 9 de junio 2015 de la dirección electrónica: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.9.pdf.
- Zamora, JD. (2010), Salud laboral, variable promotora de la productividad. Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública, II(10), 4-10.

ANEXOS

Anexo I - Instrumento

Cedula de datos sociodemográficos, características antropométricas y clínicas.

Folio:							
Estado civil:	Soltero(a)		Casado (a)	Divorciado (a)	Viudo (a)	Unión Libre	
Escolaridad:	Secundaria		Preparatoria	Carrera Tec.	Licenciatura	Maestría	Doctorado
Laborales:	Turno		Área de Trabajo	Puesto 1.-Directivo 2.-Docente 3.-Administrativo 4.- Intendencia	Otros		
Problema de Salud Diagnostica:	Diabetes Mellitus		Hipertensión Arterial	Otros			
Género:	Mujer		Hombre	Edad	Peso	Estatura	C. cintura
Glucemia:		Tensión Arterial:					

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración, Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la pregunta correcta:

N= Nunca **A**= Algunas veces **F**= Frecuentemente **R**= Rutinariamente

1	Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	F	R
2	Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y colesterol.	N	A	F	R
3	Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	F	R
4	Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	F	R
5	Duermo lo suficiente.	N	A	F	R
6	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	F	R
7	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	F	R
8	Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	F	R
9	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	F	R
10	Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	F	R
11	Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	F	R
12	Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	F	R
13	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	F	R
14	Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	F	R
15	Pregunto a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	F	R
16	Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas, tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.	N	A	F	R
17	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	F	R

18	Miro adelante hacia el futuro.	N	A	F	R
19	Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	F	R
20	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	F	R
21	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	F	R
22	Tomo parte de las actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	F	R
23	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	F	R
24	Me siento satisfecho y en paz con migo mismo (a).	N	A	F	R
25	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	F	R
26	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	F	R
27	Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de salud.	N	A	F	R
28	Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces a la semana.	N	A	F	R
29	Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	F	R
30	Trabajo hacia metas a largo plazo en mi vida.	N	A	F	R
31	Toco y soy tocado (a) por las personas que me importan.	N	A	F	R
32	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	F	R
33	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	F	R
34	Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras envés de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y caminar).	N	A	F	R
35	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempo.	N	A	F	R
36	Encuentro cada día interesante retador (estimulante).	N	A	F	R
37	Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	F	R
38	Como solamente 2 a 3 porciones de carnes, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días.	N	A	F	R
39	Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar un buen cuidado de mí mismo (a).	N	A	F	R
40	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicio.	N	A	F	R
41	Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	F	R
42	Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	F	R
43	Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	F	R
44	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de las grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	A	F	R
45	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	F	R
46	Alcanzo mi pulso cardiaco objetivo cuando hago ejercicio.	N	A	F	R
47	Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	F	R
48	Me siento unido (a) a una fuerza más grande que yo.	N	A	F	R
49	Me pongo de acuerdo con otros por medio del dialogo y compromiso.	N	A	F	R
50	Desayuno	N	A	F	R
51	Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	F	R
52	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	F	R

Anexo II.- Cuestionario de asertividad

En las siguientes oraciones marca con una (X) la opción según consideres si es falso o verdadero

Preguntas	Falso	Verdadero
1.- Cuando una persona es abiertamente injusta, usted acostumbra a no decirle nada al respecto	F	V
2.- Siempre hace lo posible por evitar problemas con otras personas.	F	V
3.- Acostumbra a evitar contactos sociales por temor a hacer o decir algo inadecuado.	F	V
4.- Si un amigo lo traiciona revelando algún secreto suyo, le dice realmente lo que piensa.	F	V
5.- Si compartiera la habitación con otra persona, insistiría en que él o ella haga parte de la limpieza.	F	V
6.- Cuando un empleado en un comercio atiende primero a una persona que llegó después de usted, se lo hace notar.	F	V
7.- Conoce pocas personas con las que pueda sentirse relajado y pasarlo bien.	F	V
8.- Dudaría antes de pedirle dinero a un amigo.	F	V
9.- Si usted presta una suma de dinero importante a una persona que parece haberse olvidado de ello, se lo recordaría.	F	V
10.- Si una persona se burla de usted constantemente, tiene dificultad para expresarle su irritación o desagrado.	F	V
11.- Prefiere permanecer de pie al fondo de un salón de actos por no buscar asiento delante.	F	V
12.- Si alguien diera golpes con los pies de forma continuada en el respaldo de una butaca en el cine, le pediría que lo dejara de hacer	F	V

13.- Si un amigo o amiga lo llamara todos los días a altas horas de la noche, le pediría que no llamara más tarde de cierta hora.	F	V
14.- Si estuviera hablando con un amigo y de repente interrumpe la conversación para dirigirse, expresaría su irritación.	F	V
15.- Si usted está en un restaurante elegante y su filete está demasiado crudo, le diría al camarero que pida que se lo cocinen un poco más.	F	V
16.- Si el propietario de un piso que alquila no hizo ciertos arreglos a los que se comprometió, usted insistiría en que los hiciera.	F	V
17.- Devolvería una prenda defectuosa que compro unos días antes.	F	V
18.- Si una persona que usted respeta expresara opiniones contrarias a las suyas, se atrevería a exponer su propio punto de vista.	F	V
19.- Puede decir que no cuando le piden cosas poco razonables.	F	V
20.- Considera que cada persona debe defender sus propios derechos.	F	V

Anexo III.- Consentimiento informado

Título del Estudio: **Estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios.**

Introducción

El Licenciado Ernesto Jiménez Bernardino está interesado en conocer el estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios, para lo cual se me solicita mi participación en este estudio, si yo acepto, daré respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario que yo me encuentre disponible. Antes de decidir si quiero participar o no, el Licenciado Ernesto Jiménez Bernardino me informará el propósito del estudio, los posibles riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, si decido participar, se me pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Propósito

El estudio tiene como propósito analizar las variables estilo de vida promotor de la salud, asertividad y su relación con el estado de salud en trabajadores universitarios de la Unidad Académica de Enfermería No2 de la Universidad Autónoma de Guerrero.

Procedimiento

Si acepto participar en el estudio se me pedirá que dé respuesta a las preguntas de a una cedula de datos personales y un instrumento, con la mayor sinceridad posible, los cuales me llevan aproximadamente 45 min. No interfiriendo con mis actividades laborales. Además se me informa que si decido no participar en el estudio no tendré ninguna repercusión de cualquier tipo en el ámbito laboral.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con mi participación en el estudio. Si yo me siento indispuerto o no deseo seguir hablando del tema puedo retirarme en el momento que yo lo decida.

Beneficios esperados

En este estudio no existe ningún beneficio personal por participar, sin embargo en un futuro con los resultados de este estudio se podrá diseñar y aplicar programas de prevención para favorecer un estilo de vida promotor de salud.

Participación voluntaria y confidencialidad

La única persona que conocerá que yo participo en el estudio, es el autor del estudio. Ninguna información sobre mí será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis para alcanzar el grado académico, pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Se me recuerda que los cuestionarios que yo conteste son anónimos y que la información es confidencial.

Preguntas

Si tengo alguna pregunta sobre mis derechos como participante de este estudio me podré comunicar con la Dra. Alicia Álvarez Aguirre y Lic. Enf. Ernesto Jiménez Bernardino, responsables de la investigación que puedo localizarla en la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Enfermería de la UAQ, localizada en Centro Universitario, Cerro de las campanas s/n Col. Las Campanas, Santiago de Querétaro Qro; al teléfono 1921200 ext. 5710.

Consentimiento para participar en el estudio de investigación

El Licenciado Ernesto Jiménez Bernardino me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación y de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del Participante

Firma del investigador principal

Anexo IV.- Apéndice Normativo F. Procedimiento básico para la toma de la PA.

Aspectos generales:

- La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo.
- El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinado y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

Posición del paciente:

- La PA se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
- En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la PA debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente, en el muslo.
- La toma se le hará en posición sentado, supina o de pie con la intención de identificar cambios posturales significativos.

Equipo y características:

- Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial o, en caso contrario, un esfigmomanómetro aneroide recientemente calibrado.
- El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
- Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, de 24 cm.

Técnica:

- El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.

- Se colocará el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
- Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg.
- La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.
- Los valores se expresarán en números pares.
- Si las dos lecturas difieren por más de cinco mmHg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

Posición para la toma de la presión arterial

El paciente debe estar relajado con el brazo apoyado y descubierto.



El brazalete se colocará a la altura del corazón y el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral.

Anexo V.- Medición de glucosa capilar con glucómetro

Concepto: Es la medición de la concentración de glucosa en la sangre.

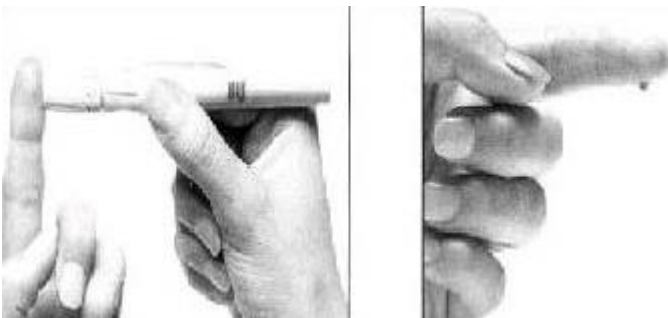
- **Material**

- Aparato Medidor de Glucosa
- Lancetas
- Algodón empapado en alcohol (torundas), o agua y jabón
- Guantes de látex
- Contenedor (para material contaminado)
- Hoja de registro

- **Método**

- Póngase los guantes y pida al paciente que se lave las manos con agua y jabón o use algodón empapado en alcohol para limpiarle la parte lateral del dedo escogido; de preferencia la mano que menos use, la izquierda si es diestro o la contraria si es zurdo.
- Asegúrese de que sus manos estén completamente secas antes de manipular la tira reactiva y muestre al paciente que el equipo que va a utilizar está limpio y que las lancetas son nuevas y no han sido utilizadas en ocasiones anteriores.
- Saque la tira reactiva y siga las instrucciones del fabricante

- **Punción para la toma de muestra con glucómetro**



- Obtenga una gota de sangre de preferencia de la parte lateral externa del dedo. No apriete más de lo necesario. Ponga la gota de sangre colgante en el área de medición de la tira reactiva hasta que detecte la presencia de la muestra y retire el dedo.
- Espere el resultado de la glucosa sanguínea y anótelos en su hoja de registro.
- Deseche lancetas, tiras reactivas y algodón en un contenedor para material biológico contaminado; no use lancetas más de una vez.