



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**“RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL SÍNDROME
DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN LAS ESTUDIANTES DEL
VII Y VIII CICLO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS,
AREQUIPA 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

JESSICA SELENE PANIAGUA GUEVARA

AREQUIPA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

A Dios

Quien años atrás también dedico su esfuerzo por mí, y no solo su esfuerzo sino su vida, al morir por mí en la cruz del calvario. Por hacer de mí un instrumento suyo.

A mis Padres

Por brindarme su amor, apoyo y motivación constante durante mi formación académica. Gracias por todo su apoyo moral y lleno de valores. Los quiero papá y mamá

A mis Docentes

Por impartirme sus conocimientos a lo largo de mi formación académica y ser parte de ello, por su asesoría, apoyo constante, dedicación y motivación en la investigación.

JESSICA SELENE

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi Dios por regalarme el maravilloso don de la vida, y permitirme conocer su amor infinito, su misericordia y su justicia, por estar siempre conmigo en mis flaquezas y victorias, por hacer de mí un instrumento suyo. Sé que él tiene un plan maravilloso para mi vida y la culminación de mi carrera es parte de ello.

A mis Padres

A quienes les debo todo en la vida, por el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindaron para culminar mi carrera profesional. Por ser un sostén en mis momentos difíciles, por haberme educado y soportar mis errores. Gracias por sus consejos, por el amor que siempre me han brindado, por inculcar ese sabio don de la responsabilidad.

A mis Maestros

Gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

JESSICA SELENE

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación de los estilos de vida y el síndrome de ovario poli-quístico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas 2016. Bajo el enfoque de Virginia Henderson quien promueve la necesidad de asistencia para alcanzar la salud y Dorotea Orem promueve acciones intencionadas para el autocuidado de la salud.

La muestra estuvo constituida por 114 estudiantes universitarias mujeres, no probabilística censal, estudio cuantitativo correlacional, corte transversal retrospectivo, para ambas variables se utilizaron cuestionarios, estilos de vida y síndrome de ovario poliquístico; para la estadística tablas de frecuencias, porcentajes y Chi cuadrado para tablas de relación. Resultados: 60,0% del octavo ciclo, el 66,00% entre 19 y 23 años. El 73,00% tiene estilos de vida regular, en alimentación 41,00% estilo regular, actividad física 50,00% estilos deficientes, actividad sexual 37,50% estilos regulares, consumo de alcohol y drogas el 75,00% estilos buenos. La probabilidad de contraer el síndrome de ovario poliquístico es bajo, 52,00%. Conclusión: los estilos de vida son regulares, baja probabilidad de síndrome de ovario poliquístico .No existe relación entre estilos de vida y síndrome de ovario poliquístico ($p=0,136$). Se rechaza la hipótesis de investigación.

.

Palabras clave: estilos de vida, síndrome de ovario poliquistico

ABSTRACT

The investigation had as objective to determine the relationship between lifestyles and polycystic ovary syndrome in students of the VII and VIII cycle of the Professional School of Nursing of the University Alas Peruanas 2016. Under the approach of Virginia Henderson who promotes the need for assistance to achieve health and Dorotea Orem promotes intentional actions for self-care of health.

The sample was consisted of 114 female students of university, non-probabilistic census, quantitative study correlational, cross-sectional retrospective, Transverse cut study retrospective, for both variables are used questionnaires, lifestyles and polycystic ovary syndrome; for the statistic tables of frequencies, percentages and chi square for tables of relationship. The results: 60.0% of the eighth cycle, the 66.00% between 19 and 23 years

The 74.00% has regular styles of life, in food 41.00% regular style, physical activity 50.00% deficient styles, sexual activity 37.50% regular styles, consumption of alcohol and drug use the 75.00% styles good.

The Probability of contracting the polycystic ovary syndrome is low, 52,00%. Conclusion: the styles of life are regular, Low probability of polycystic ovary syndrome.

There is no relationship between life styles and polycystic ovary syndrome ($p=0.136$). We reject the hypothesis of research.

Key words: lifestyles, polycystic ovary syndrome

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de investigación	9
2.2. Base teórica	36
2.3. Definición de términos	70
2.4. Hipótesis	71
2.4.1. Hipótesis general	71
2.4.2. Hipótesis específica	71
2.5. Variables	73
2.5.1. Definición conceptual de la variable	73
2.5.2. Definición operacional de la variable	74
2.5.3. Operacionalización de la variable	75
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo y nivel de investigación	76
3.2. Descripción del ámbito de la Investigación	77
3.3. Población y muestra	78

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	80
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	82
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	82
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	83
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	104
CONCLUSIONES	112
RECOMENDACIONES	114
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTOS)	123

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 2	83
<i>Frecuencias y porcentajes de los estudiantes</i>	
Tabla 3	84
<i>Frecuencias y porcentajes de la población según la edad de estudiantes de enfermería</i>	
Tabla 4	85
<i>Frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto a la alimentación, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 5	86
<i>Frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto a la actividad física, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 6	87
<i>Frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto a la actividad sexual, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 7	88
<i>Frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto al consumo de sustancias de alcohol y drogas, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 8	89
<i>Frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto al control médico, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 9	90
<i>Frecuencias y porcentajes de los estilos de vida global en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	

Tabla 10	91
<i>Frecuencias y porcentajes de los estilos de vida global en estudiantes de enfermería</i>	
Tabla 11	92
<i>Frecuencias y porcentajes según síndrome de ovario poliquístico respecto a alteración en periodo menstrual, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 12	93
<i>Frecuencias y porcentajes del síndrome de ovario poliquístico respecto al signo de erupción cutánea, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 13	94
<i>Frecuencias y porcentajes del síndrome de ovario poliquístico respecto a pigmentación de la piel en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 14	95
<i>Frecuencias y porcentajes de síndrome de ovario poliquístico respecto al crecimiento de vello en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 15	96
<i>Frecuencias y porcentajes de síndrome de ovario poliquístico respecto al dolor pélvico, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 16	97
<i>Frecuencias y porcentajes de síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes de enfermería del VII Y VIII ciclo</i>	
Tabla 17	98
<i>Contingencia sobre estilos de vida con respecto a la alimentación y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de enfermería</i>	

Tabla 18	99
<i>Contingencia sobre estilos de vida con respecto a la actividad física y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de enfermería</i>	
Tabla 19	100
<i>Contingencia sobre estilos de vida con respecto a la actividad sexual responsable y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de enfermería</i>	
Tabla 20	101
<i>Contingencia sobre estilos de vida con respecto al consumo de sustancias como alcohol y drogas y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo enfermería</i>	
Tabla 21	102
<i>Contingencia sobre estilos de vida con respecto al control médico y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de enfermería</i>	
Tabla 22	103
<i>Contingencia sobre estilos de vida y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes de enfermería</i>	

INTRODUCCIÓN

La relación de los estilos de vida y el síndrome de ovario poliquístico, en la actualidad tienen una incidencia en las mujeres jóvenes de nuestra ciudad, y cabe indicar que es de mucho cuidado por la forma de vida que llevan las mujeres; el síndrome de ovario poliquístico, es la endocrinopatía más predominante en las mujeres y la causa más común de infertilidad así como también enfoca percepción de salud general, funcionamiento familiar, funcionamiento físico y conducta de las mujeres afectadas. Es uno de los trastornos endocrinos más frecuentes, que afecta entre 5 a 10% de las mujeres en edad reproductiva, afecta las diferentes dimensiones de la calidad de vida de las mujeres.

Un estudio en el Perú midió los estilos de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico, a un grupo de 80 mujeres afectadas por este síndrome. Se reportó que un 62,5% de las mujeres evaluadas hizo referencia a la disminución en algún grado de su estilo de vida, las dimensiones más afectadas corresponden a las alteraciones menstruales, emocionales por la presencia de vello corporal, problemas de peso, acné e infertilidad.

En Arequipa de cada 100 mujeres 5 o 7 padecen el síndrome de ovario poliquístico.
(3)

Los estilos de vida son actitudes o conductas individuales o colectivas, influenciadas por costumbres, hábitos y valores existentes en un determinado momento y contexto, que son aprendidos y por lo tanto modificables, durante el curso de la vida. Estas conductas pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza. Tal es así que el estilo de vida puede ser saludable cuando se propicia la adquisición y mantenimiento de conductas que mejoran la calidad de vida o puede ser no saludable cuando se alude a conductas activas o pasivas que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico y generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona.

Esta población de estudiantes, durante los últimos años ha venido presentando cambios negativos, ya que la vida moderna trajo consigo el desequilibrio de varios factores determinantes para la salud y la calidad de vida del individuo, como el sedentarismo, la descomposición del medio familiar y social, inestabilidad afectiva

y emocional, deterioro del ambiente urbano, agresividad y violencia, dados por el avance de la globalización, el aumento de la propaganda y la intensa campaña pre consumo exponiendo a la población a cambios en las condiciones socioeconómicas y en el “Estilo de Vida”.

Además, dichos factores son responsables del rápido incremento de las enfermedades no transmisibles como la trombo-embolia, enfermedades coronarias, la diabetes tipo 2 y algunos cánceres, que favorecen el aumento sustancial de factores de riesgo, mayor demanda de los servicios de salud y mortalidad.

La presente investigación se divide en el Capítulo I relacionado a problema de investigación; El Capítulo II, marco teórico; Capítulo III, metodología; Capítulo IV, resultados y Capítulo V discusión conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino y metabólico, heterogéneo en su presentación clínica, de probable origen genético, pero también influenciado por factores ambientales como la nutrición y la actividad física. (1)

El SOP, es la endocrinopatía más predominante en las mujeres y la causa más común de infertilidad; así como también enfoca percepción de salud general, funcionamiento familiar, funcionamiento físico y conducta de las mujeres afectadas. Se sabe que está asociado a alteraciones metabólicas y tiene implicancias a largo plazo sobre la salud. Es uno de los trastornos endocrinos más frecuentes, que afecta entre 5 a 10% de las mujeres en edad reproductiva. Las manifestaciones clínicas del SOP son múltiples, entre las que destacan irregularidades menstruales, acné, hirsutismo, acantosis nigricans, alopecia, obesidad e infertilidad. Los motivos de consulta de las mujeres surgen de esta variedad de manifestaciones. (2)

En Chile se ha establecido una prevalencia de 7% de SOP en adolescentes, constituyendo la patología endocrina más frecuente en ese grupo. Existen

numerosos estudios en el ámbito de la etiopatogenia, prevalencia y tratamiento del SOP, pero son escasos los que abordan la problemática de la calidad de vida de estas mujeres. El Síndrome de ovario poliquístico afecta las diferentes dimensiones de la calidad de vida de las mujeres. Son diversas las áreas que pueden verse afectadas por el SOP, como la vida familiar. (2)

En el Perú, un estudio midió los estilos de vida en mujeres con síndrome de ovario poliquístico, a un grupo de 80 mujeres afectadas por este síndrome. Se reportó que un 62,5% de las mujeres evaluadas hizo referencia a la disminución en algún grado de su estilo de vida, las dimensiones más afectadas corresponden a las alteraciones menstruales, emocionales por la presencia de vello corporal, problemas de peso, acné e infertilidad. En relación a la sexualidad, un área importante de los estilos de vida, las mujeres con síndrome de ovario poliquístico señalan tener menor satisfacción sexual, sentirse menos atractivas sexualmente y manifiestan que sus parejas se encuentran menos satisfechas sexualmente con ellas. El sedentarismo y la alimentación a horas inadecuadas incrementan el sobrepeso agravando el síndrome de ovario poliquístico. (3) El SOP también se asocia con obesidad y anormalidades metabólicas como resistencia a la insulina, constituyéndose en un factor de riesgo para el desarrollo de intolerancia a los carbohidratos y diabetes mellitus tipo 2. (4)

En Arequipa, de cada 100 mujeres 5 o 7 padecen el síndrome de ovario poliquístico. (5)

El estilo de vida son actitudes o conductas individuales o colectivas, influenciadas por costumbres, hábitos y valores existentes en un determinado momento y contexto, que son aprendidos y por lo tanto modificables, durante el curso de la vida. Estas conductas pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza. Tal es así que el estilo de vida puede ser saludable cuando se propicia la adquisición y mantenimiento de conductas que mejoran la calidad de vida o puede ser no saludable cuando se alude a conductas activas o pasivas que suponen una

amenaza para el bienestar físico y psíquico y generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona.

Dado entonces que el estilo de vida de una persona está determinado por las condiciones en las que vive, es importante las conductas de riesgo y de protección que los diferentes grupos sociales inducen en las personas. Estas pueden verse afectadas por factores como la edad, particularmente por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre (adolescencia, juventud, adultez), los aspectos culturales, el nivel socioeconómico, el género e incluso factores emocionales y cognitivos. A nivel mundial, la población juvenil está creciendo en términos tanto absolutos como relativos. Más de la mitad de la población tiene menos de 25 años de edad y aquellos entre 10 y 24 años constituyen 1600 millones (28%) y el 85% de ellos habita en los países del tercer mundo. En el caso de Perú, según el censo del 2007, “el 45,9% de la población total tiene entre 14 y 29 años”. (6)

Esta población de estudiantes, durante los últimos años ha venido presentando cambios negativos, ya que la vida moderna trajo consigo el desequilibrio de varios factores determinantes para la salud y la calidad de vida del individuo, como el sedentarismo, la descomposición del medio familiar y social, inestabilidad afectiva y emocional, deterioro del ambiente urbano, agresividad y violencia, dados por el avance de la globalización, el aumento de la propaganda y la intensa campaña pre consumo exponiendo a la población a cambios en las condiciones socioeconómicas y en el “Estilo de Vida”.

Además, dichos factores son responsables del rápido incremento de las enfermedades no transmisibles, como la trombo-embolia, enfermedades coronarias, la diabetes tipo II y algunos cánceres, que favorecen el aumento sustancial de factores de riesgo, mayor demanda de los servicios de salud y mortalidad. Por tanto intervenir en el estilo de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. (7)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación de los estilos de vida y el síndrome de ovario poliquístico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa 2016?

1.2.2. Problemas Específicos

- a. ¿Cuáles son los estilos de vida en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa?
- b. ¿Cuál es la probabilidad de presentar el síndrome de ovario poliquístico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa?
- c. ¿Cuál es la relación de síndrome de ovario poliquístico con la alimentación de las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa?
- d. ¿Cuál es la relación de síndrome de ovario poliquístico con la actividad física en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa?
- e. ¿Cuál es la relación de síndrome de ovario poliquístico con la actividad sexual en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa?
- f. ¿Cuál es la relación de síndrome de ovario poliquístico con el consumo de alcohol y drogas en las estudiantes del VII y VIII ciclo de

la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa?

- g.** ¿Cuál es la relación de síndrome de ovario poliquístico con el control médico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa?

1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación de los estilos de vida y el síndrome de ovario poliquístico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a.** Describir los estilos de vida en las estudiantes de la escuela de enfermería.
- b.** Determinar la probabilidad de tener síndrome de ovario poliquístico en las estudiantes de la escuela de enfermería.
- c.** Identificar la relación de síndrome de ovario poliquístico con la alimentación de las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.
- d.** Identificar la relación de síndrome de ovario poliquístico con la actividad física en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela

Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.

- e. Identificar la relación de síndrome de ovario poliquístico con la actividad sexual en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.
- f. Identificar la relación de síndrome de ovario poliquístico con el consumo de alcohol y drogas en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.
- g. Identificar la relación de síndrome de ovario poliquístico con el control médico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El “hiperandrogenismo” representa la principal causa de consulta endocrinológica en mujeres que cursan la edad reproductiva, e incluye en su contexto clínico la presencia de obesidad, irregularidades menstruales, anovulación crónica, acné, hirsutismo, seborrea, acantosis nigricans y alopecia, entre otras manifestaciones. La mayoría de estos casos se relacionan con un trastorno de la función ovárica conocido como síndrome de ovario poliquístico (SOP). (8)

Las referencias bibliográficas previas abordan enfoques diferentes en estudiantes de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, y siendo una carrera profesional con elevada demanda principalmente por mujeres jóvenes, convierte a este grupo en especialmente susceptible a la presentación de SOP.

Es un estudio de investigación pertinente para la profesión de enfermería, ya que como integrante del equipo de salud su acción está orientada hacia la promoción, prevención y rehabilitación de la salud en el contexto de la persona, familia y comunidad como un ser biopsicosocial.

La presente investigación tiene gran utilidad, ya que los resultados de la misma podrán disminuir muchas de las consecuencias negativas tanto del SOP como de los estilos de vida poco saludables.

El estudio es trascendente, porque servirá como base de otras investigaciones con enfoques hacia la salud de la mujer en edad reproductiva (adolescente y joven) con alteraciones en sus estilos de vida, y así proponer opciones de solución frente a los problemas encontrados.

Adquiere especial relevancia porque se centra en un problema de salud de estos tiempos como es el síndrome de ovario poliquístico y los estilos de vida.

La presente investigación ayudará a mejorar el conocimiento en relación de estilos de vida y el síndrome de ovario poliquístico presente en estos casos, siendo así, una fuente de referencia para ampliar estudios y análisis para ver qué medidas aplicadas serían efectivas en la prevención y tratamiento del síndrome de ovario poliquístico y sus complicaciones.

El aporte científico se basa en que el presente estudio posee una serie de características que aportan a la carrera de enfermería con la finalidad de formular nuevas teorías, modificar las existentes e incrementar los conocimientos.

El trabajo es original ya que tiene un enfoque diferente a los revisados bibliográficamente desde el punto de vista de enfermería a nivel institucional y local.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Falta de confianza en la unidad de estudio para llenar los instrumentos de evaluación; se tuvo que concientizar en varias oportunidades para poder aplicar el instrumento de recolección de datos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. A Nivel Internacional

Muñoz, L.; Villa, L.; Araya, A. y Urrutia, M. (2010) “Calidad de Vida en Mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico” Chile. El síndrome de ovario poliquístico es una enfermedad crónica de relevancia debido a sus complicaciones y a la disminución de la calidad de vida en las mujeres afectadas. Objetivo: conocer el efecto del SOP en la calidad de vida de un grupo de mujeres chilenas. Metodología: estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra intencionada de 80 mujeres. La calidad de vida se mide con el instrumento Health-Related Quality of life Questionnaire for Women with Polycystic Ovary Syndrome. Para el análisis de los datos se utilizan medidas de tendencia central.

Resultados: la edad promedio es de 24.2 + 63 años. Un 62,5% reporta regular a mala calidad de vida. Los dominios de calidad de vida más afectados son las alteraciones menstruales (98,75%) y las emociones (98,75%); seguidas del vello corporal (90%), peso (86,25%) e infertilidad (73,75%). Conclusiones: el SOP afecta la calidad de vida de las mujeres en sus distintos dominios. Conocer la calidad de vida de las mujeres con

SOP contribuye al manejo adecuado de este síndrome, así como a disminuir la probabilidad de desarrollo de la morbilidad asociada. (9)

De la Jara, D.; Ortega, J, y Carlos, G. (2011) “Síndrome de ovario poliquístico” EE.UU. El síndrome de ovario poliquístico es el trastorno endocrino que más frecuentemente afecta a mujeres en edad reproductiva, con una prevalencia de 4 a 8%. Tan solo en Estados Unidos se considera que entre 7 y 10 millones de mujeres están afectadas por este padecimiento. El síndrome de ovario poliquístico representa un trastorno heterogéneo que se distingue por una combinación de irregularidades menstruales, hirsutismo o acné y obesidad que suele diagnosticarse en la adolescencia, pero que aparentemente tiene sus orígenes desde la vida intrauterina.

Asimismo, es la causa endocrina más común de infertilidad anovulatoria y representa un factor de riesgo mayor de síndrome metabólico y subsecuentemente de diabetes mellitus tipo 2 y de enfermedad cardiovascular. Asimismo, se ha asociado también con un riesgo mayor de cáncer de endometrio y probablemente de glándula mamaria. De tal manera que el síndrome de ovario poliquístico en la actualidad ha dejado de considerarse un trastorno meramente reproductivo y el abordaje y tratamiento de esta enfermedad también están enfocados en prevenir las alteraciones metabólicas y en corregir, en la medida de lo posible, los cambios hormonales propios de este síndrome. Se concluye que un gran número de mujeres en Estados Unidos son afectadas por el Síndrome de ovario poliquístico asociándose con el cáncer de endometrio, por lo cual el Síndrome de ovario poliquístico debe abordarse con tratamiento enfocado en cambios hormonales. (10)

Hincapié, S. y Cols. (2014). “El síndrome de ovario poliquístico y su relación con el ciclo vital de la mujer”. Colombia. Este estudio discute acerca del Síndrome de Ovario Poliquístico, su relación con el ciclo vital

y las características de la mujer en estas etapas. Dicho síndrome se define por tres características: 1) niveles elevados de andrógenos; 2) periodos menstruales irregulares o ausencia de periodos, 3) presencia de quistes ováricos.

Es importante relacionar el ciclo vital con el síndrome de ovario poliquístico debido a que la mujer presenta muchos cambios entre cada etapa, especialmente cuando empieza la menarquía, donde la hipófisis comienza a producir la hormona gonadotropina, los ovarios a producir estrógenos y se da la capacidad de ovular y reproducción, momento en el cual muchas mujeres presentan una irregularidad en la producción de dichas hormonas que en la mayoría de los casos las lleva a padecer del síndrome. Además abarca conceptos fundamentales del síndrome tales como: definición, manifestaciones clínicas y características que presentan las mujeres durante las etapas del ciclo vital: infancia, pubertad, adolescencia, adultez. (11)

Gómez, C.; Vinaccia, S. y Quiceno, M. (2015) “El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos” Colombia. El síndrome de ovario poliquístico (SOP) ha utilizado un enfoque bio-médico para analizar esta enfermedad. En América Latina, y específicamente en idioma español, hay escasa información sobre las relaciones del SOP con factores psicológicos. Objetivo: analizar este trastorno ginecológico de origen endocrino y su asociación con diferentes factores psicológicos, así como su abordaje integral. Método: se realizó una búsqueda en bases de datos en los últimos años con los términos “SOP”, “calidad de vida”, “ansiedad”, “depresión”, “imagen corporal” y “disfunción sexual”.

Resultados: el SOP es una enfermedad multifactorial que se ha vinculado a la depresión, la ansiedad, el estrés, la insatisfacción de la imagen corporal, trastornos sexuales y de la alimentación, el funcionamiento cognitivo, calidad de vida y el bienestar psicológico; la co-ocurrencia de este tipo de situaciones psicológicas alimenta la condición somática en mención. Conclusión: el abordaje psicológico puede complementar las acciones preventivas y terapéuticas que

influyen en la efectividad del tratamiento y el bienestar subjetivo informado por los pacientes. (12)

Espinoza, C. y Cols. (2011) “Caracterización clínica de pacientes con síndrome de ovario poliquístico” Honduras. Desarrollaron un estudio con el objetivo de describir las manifestaciones clínicas y laboratoriales de un grupo de pacientes hondureñas con diagnóstico de este síndrome. La muestra fue de 56 pacientes entre 12 y 42 años. Dentro de los resultados, se encontró que el principal motivo de consulta fue alteraciones menstruales (91,1%) e infertilidad (46,4%), respecto al aspecto dermatológico fue acantosis nigricans (62,5%) e hirsutismo (58,9%). El 89% de las pacientes refirieron antecedentes de diabetes mellitus, 5,4% hipertensión arterial y 3,6% enfermedad fibroquística de mama.

Los hallazgos ecográficos observados fueron: presencia de múltiples folículos en 36 (97,3%) de 37 pacientes a quienes se les realizó ultrasonido pélvico y volumen ovárico bilateral mayor de 10 cm en 22/37 (59%). En relación a los estudios bioquímicos, de las 23 pacientes a quienes se les realizaron, se documentó hipercolesterolemia en 6 (27.3%) e hipertrigliceridemia en 4 (16,7%). Se encontró una relación LH/FSH mayor de 2,5 en 5 (20%) de las pacientes y una relación Glucosa/Insulina mayor de 4,5 en 21 (90,5%). Los valores de testosterona total variaron entre 20 y 170 ng/dl, 14 (62%) de las mujeres presentaron valores de testosterona total mayores de 81 ng/dl. En 3 (13%) pacientes se reportó niveles elevados de DHEAS. Se observaron valores normales de prolactina en 21 (92%) y de Estradiol en 19 (84%) de los casos. (13)

Fonseca, M.; Fleitas, A.; Tamborero, G.; Benejama, M. y Leivac, A. (2013) “Estilos de vida de los médicos de atención primaria: la percepción e implicaciones en la prevención cardiovascular” España. Objetivos: analizar los estilos de vida de los médicos de familia, su influencia sobre las actividades de prevención cardiovascular realizadas

a sus pacientes y las dificultades para efectuarlas. Material y métodos: estudio descriptivo transversal, utilizando como instrumento un cuestionario ad hoc, preparado para ser contestado directamente por los encuestados y anónimo aplicado durante el año 2010. Emplazamiento: Atención primaria de Mallorca. Participantes: Muestra de 185 médicos representativos de los profesionales de atención primaria de Mallorca.

Resultados: tasa de respuestas: 78,9% (146/185). Características de los médicos encuestados: la edad media era de 43,6 años, ~ el 24,6% seguía una dieta saludable, el 18,6% era fumador, el 32,7% no consumía alcohol y el 80,8% realizaba ejercicio físico. La actividad preventiva realizada a sus pacientes con más frecuencia fue el consejo antitabaco (52,3%), seguida de las relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipidemia) (22,7%), el consejo dietético (14,4%), la asesoría sobre ejercicio (5,3%) y sobre el consumo de alcohol (0,8%). Los médicos fumadores y con mayor consumo de alcohol realizaban menos actividades preventivas a sus pacientes ($p < 0,05$). La carencia de tiempo fue el principal factor limitante para realizar de manera adecuada las actividades de prevención. Conclusiones: existe vinculación entre los hábitos de vida de los médicos de atención primaria y las actividades preventivas efectuadas a sus pacientes. Los médicos de familia tienen unos estilos de vida relativamente saludables y promueven las actividades preventivas entre sus pacientes. Cabe señalar ~ la escasa indagación sobre el consumo de alcohol. (14)

Vargas-Carrillo M, y Cols. (2003) "Síndrome de ovarios poliquísticos: abordaje diagnóstico y terapéutico" México. El síndrome de ovarios poliquísticos es una entidad frecuente en la mujer joven. La importancia de su diagnóstico radica en la exclusión de patologías potencialmente graves, como las neoplasias ováricas y adrenales o la hiperplasia adrenal congénita y en el reto que representa para los clínicos, en cuanto a prevención se refiere, por su nexo fisiopatológico con los estados de resistencia a la insulina e hiperinsulinemia compensatoria. Hoy sabemos que estas mujeres tienen riesgos significativamente

elevados de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, lo que repercute en un aumento en su mortalidad.

La presente revisión ofrece una actualización del tema, haciendo énfasis en los aspectos clínicos y las implicaciones de su fisiopatología en las decisiones médicas. (15)

Perez C. y Mendez M. (2003) “Síndrome de ovario poliquístico. Presentación clínica, bioquímica y ultrasonográfica” Chile. En forma retrospectiva se efectúa una revisión de 115 historias clínicas de pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) que consultan en la Unidad de Endocrinología del Servicio de Ginecología del Hospital San José en el periodo comprendido entre los años 1996 y 2002. Se determinó la prevalencia y se estableció una caracterización demográfica, hormonal y ultrasonográfica de estas pacientes.

Destaca la presencia de un alto porcentaje de obesidad que alcanzó el 63% y una insulinoresistencia del orden del 76%. La LH se encontró elevada en el 47% de nuestras pacientes y la testosterona total y libre mostró un bajo porcentaje de incremento (11% y 27% respectivamente). La Ultrasonografía mostró patrones característicos de SOP, de acuerdo a los criterios estandarizados actuales, en alrededor del 70% de los casos. Estos hallazgos nos inducen a priorizar el estudio de estas pacientes en base a LH y a insulinoresistencia por sobre los niveles de andrógenos.

Desde el punto de vista metabólico se encontró un bajo porcentaje de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus II (2,6 y 6,1% respectivamente). (16)

Del Río María J. y Cols. (2006) “Análisis de resistencia insulínica, tolerancia a la glucosa y testosterona en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico agrupadas por índice de masa corporal” Chile. El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un desorden endocrino-metabólico definido como una disfunción ovulatoria causada por

hiperandrogenismo y/o hiperandrogenemia. Es una alteración común en mujeres en edad fértil, con una prevalencia entre 5 y 10%). Aunque es considerada una patología propia de la edad reproductiva, se sabe que algunas manifestaciones también pueden surgir en etapas tempranas de la vida, incluso durante el período intrauterino.

En el SOP, la disfunción ovulatoria se manifiesta por ciclos irregulares o anovulatorios, aspecto poliquístico de los ovarios en su examen ecográfico, cambios en el estado emocional y disminución del potencial fértil. Debido a la hiperandrogenemia puede aparecer acné, aumento del vello o hirsutismo, cabello y piel grasa, tendencias compulsivas, cambios antropométricos y alopecia androgénica. La presencia de problemas metabólicos en mujeres con hiperandrogenismo se conoce desde 1921, cuando Achard y Thiers realizaron la primera descripción de la relación entre excesos de andrógenos en mujeres y alteraciones en el metabolismo de carbohidratos en su clásico estudio "diabetes de las mujeres barbudas".

A comienzos de la década del 80 Burghen y cols comunicaron una correlación significativa entre los niveles de andrógenos y los de insulina en pacientes con SOP, encontrándose algunos años más tarde resistencia a la insulina (RI) y SOP en mujeres tanto obesas como normales. Algunos estudios han demostrado que al menos 50% del total de pacientes con SOP presenta obesidad, siendo ésta predominantemente de tipo andrógena o central, manifestándose por un índice cintura/cadera aumentado ($>0,85$).

Este tipo de obesidad se ha asociado con hiperandrogenemia, RI, baja tolerancia a la glucosa (BTG) y dislipidemia. Además, se ha observado una fuerte asociación entre SOP y alteraciones metabólicas; aproximadamente » 40% de las pacientes presenta BTG, 50% presentaría RI, y hasta un 10 a 15% presentará diabetes mellitus tipo II hacia la cuarta década de vida. El objetivo del presente trabajo fue

analizar en pacientes con SOP la relación existente entre testosterona, obesidad y alteraciones del metabolismo glucídico.

Ruiz, F. y Cols (2006) Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería (2006) Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería, España. “Cuidar” nuestro cuerpo es saludable, pero últimamente se está convirtiendo en peligroso sobre todo en la adolescencia. El objetivo de este estudio es conocer los hábitos de alimentación y de actividad física en un grupo de alumnos/as de enfermería; ya que en una de las funciones de estos profesionales es enseñar hábitos de vida saludables. Palabras Clave: Estudiantes. Hábitos de vida. Alimentación. Actividad física (18)

Irma, M. y Cols (2006) “Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios” México. La población de jóvenes, entre 18 a 24 años de edad, representa aproximadamente el 13,25% del total de la población del estado de Tlaxcala (INEGI, 2006); de estos, sólo el 14,6% tiene acceso a estudios superiores y la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UAT) concentra a más de la mitad de los jóvenes universitarios de la entidad. Por otro lado, el perfil epidemiológico que más impacta a los jóvenes de nuestro país está encabezado por adicciones, violencia social, accidentes de tránsito, enfermedades de transmisión sexual, conductas alimentarias de riesgo y embarazos no planeados; además de que presentan riesgos para desarrollar enfermedades crónicas degenerativas a corto o mediano plazo (Olaiz-Fernández G., 2006), debido a la presencia de sobrepeso, obesidad, escasa actividad física y mala calidad en la dieta (Ávila Ca., 2004).

La educación superior en México es el motor del desarrollo del país y base sustantiva para atenuar la desigualdad social (Universidad Autónoma de Tlaxcala, 2006). No obstante, pese a que la población universitaria representa un capital humano importante para la sociedad, en ocasiones las propias universidades carecen de estrategias concretas que además de favorecer el desempeño académico y

profesional de los estudiantes, apoyen el bienestar físico y mental de los mismos.

En este sentido, las políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Institucional (PDI) de la UAT para el periodo 2006-2010, proponen: “propiciar el bienestar social, impulsar la excelencia educativa, preservar la cultura y promover el deporte, así como garantizar el bienestar y salud de la comunidad universitaria” (Universidad Autónoma de Tlaxcala, 2006); sin embargo, es evidente la necesidad de consolidar dichas propuestas mediante la organización y participación de directivos, docentes, investigadores y alumnos. Para ello, docentes/investigadores, adscritos a la facultad de Ciencias de la Salud de la UAT, proponemos realizar mediciones continuas sobre su estado de salud y riesgos para la salud de los estudiantes.

Por lo que el presente estudio tiene por objetivo evaluar el estilo de vida de los estudiantes de la UAT, así como identificar aquellos que presenten mayor riesgo para desarrollar enfermedades crónicas, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no planeados, violencia de pareja y enfermedades ocupacionales. (19)

Pavón, A. y Moreno, C. (2006) “Características de la práctica físico-deportiva en estudiantes universitarios” España. Dada la creciente preocupación por la adopción y el mantenimiento de un estilo de vida saludable, asociado a los importantes beneficios fisiológicos y psicológicos que conlleva la práctica de ejercicio físico y, al escaso interés que este hecho despierta entre la población adulta, una vez que se ha abandonado la etapa educativa, hemos considerado oportuno realizar un análisis de la situación de los estudiantes universitarios, a través de la descripción de los aspectos sociodemográficos que configuran los perfiles del alumnado. Centrándonos en estas edades porque, tal y como mencionan Blasco y cols. (1996), es a partir de la edad de 17-18 años, cuando parece que los altibajos de adherencia se hacen más evidentes, con lo que la experiencia deportiva en la

Universidad se convierte en un buen predictor del nivel de dedicación en la edad adulta.

Para cumplir tal objetivo hemos desarrollado el Cuestionario de Motivaciones e Intereses hacia las Actividades Físico-Deportivas (M.I.A.F.D.), aplicado a una muestra de 1512 estudiantes (38,4% hombres y 61,6% mujeres). Así, del total de alumnos entrevistados, el 52,7% practica alguna actividad físico-deportiva, de los cuales sólo el 8,9% posee alguna titulación deportiva. Además, la mayoría elige los deportes individuales y prefiere practicar por su cuenta con los amigos, utilizando los lugares públicos y los clubes o gimnasios privados para la práctica. Palabras-clave: Actividad físico-deportiva; Perfil sociodemográfico; Universidad. (20)

Páez, M. y Castaño, J. (2010) “Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de Psicología” Colombia. Objetivo: explorar algunos componentes de los estilos de vida de los estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad de Manizales, situada en Manizales, Caldas (Colombia). Método: estudio de corte transversal, efectuado durante el segundo semestre del 2008; muestra de 172 alumnos. Resultados: edad promedio de 21,42 años, 85,4% son solteros y 82% pertenecen al género femenino; 64,7% provienen de Manizales, viven en promedio con tres personas. El 39,4% tiene una actividad diferente al estudio, la cual corresponde al trabajo y al deporte en la misma proporción. Se identificó un 65,1% de no fumadores; 26,9% no consumen alcohol; 34,6% presenta problemas con el alcohol y un 21,1% presenta dependencia del alcohol. Si bien el 65% manifiestan protegerse contra ETS y el 87,2% se protege contra embarazo, esta protección no se da siempre.

Relación en su mayoría muy estrecha solo con la familia, buena en su mayoría con amigos, compañeros de universidad, docentes y formación humana; distante con las restantes redes de apoyo que ofrece la universidad. Resalta un 62,9% de disfunción familiar, entre leve y severa. Sólo el 13,6% de los estudiantes presenta una alimentación adecuada;

se identificó un 28,7% con factor de riesgo positivo para trastornos de la conducta alimentaria; 65,2% de estudiantes presenta somnolencia ligera y 24,7% presentan factor de riesgo positivo para impulsividad. 40% de la población presenta problemas de ansiedad y 7,7% problemas de depresión; riesgo suicida de 14,8%. Conclusiones: los altos indicadores de factores de riesgo para la salud en esta población confirman lo descrito en otras investigaciones efectuadas con jóvenes universitarios. Palabras clave: Estilo de vida, factor de riesgo, estudiantes de Psicología. (21)

Chiang-Salgado, M. y Cols. (1999) "Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos" Chile. Objetivo. Evaluar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en universitarios asintomáticos de ambos sexos, de entre 18 y 25 años de edad. Material y métodos. La muestra quedó integrada por 1 301 estudiantes. En una submuestra de 293 sujetos se midieron lípidos séricos, con un analizador químico Hitachi 717. La obesidad se estimó considerando el índice de masa corporal (IMC); el antecedente familiar de infarto, así como el consumo de cigarrillos y el nivel de actividad física se determinaron mediante un cuestionario de autoevaluación. Se construyeron tablas de contingencia para estudiar asociaciones entre factores de riesgo lipídicos y no lipídicos, usando la prueba χ^2 de Pearson.

Se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar la relación de cada una de las variables lipídicas (colesterol total, colesterol-lipoproteína de baja densidad, colesterol-lipoproteína de alta densidad y triglicéridos), así como de las no lipídicas (edad, peso, estatura, IMC, sexo, presión arterial, conducta sedentaria y antecedente familiar de infarto precoz). Resultados. Se encontraron niveles de riesgo lipídico en 29,2% de los casos para colesterol total, en 16,2% para lipoproteína de baja densidad y en 5% para lipoproteína de alta densidad. Entre los factores de riesgo no lipídicos más prevalentes, estaban el consumo de cigarrillos, con 46,1%, y el sedentarismo, que alcanzó 60,8%. La obesidad, la hipertensión arterial y el antecedente familiar alcanzaron

1,9; 4,6 y 11%, respectivamente. Se observó una asociación entre el perfil lipídico de riesgo, la obesidad, la conducta fumadora y el antecedente familiar.

Conclusiones. Los resultados mostraron una alta prevalencia de sedentarismo y conducta fumadora, asociada a un perfil lipídico de riesgo. Se deduce la necesidad imperiosa de diseñar programas de intervención con el fin de modificar el estilo de vida y prevenir la posible presencia de enfermedades cardiovasculares en la vida adulta de los jóvenes. Palabras clave: aterosclerosis/factores de riesgo; colesterol HDL; colesterol LDL; estudiantes; Chile (22)

Lara, A. y Cols. (2016) “Estilos de vida saludable en los alumnos de Enfermería” México. Metodología: Estudio descriptivo transversal aplicando el cuestionario “FANTÁSTICO” a 117 estudiantes, el cual plantea preguntas con respuestas de opción múltiple, 30 reactivos cerrados y tres opciones de respuesta (puntuaciones de 0,1 ó 2) que se agrupan en 10 dominios como: familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcohol y otras drogas, sueño y estrés, trabajo y tipo de personalidad, introspección, control de salud y conducta sexual, entre otras conductas.

Resultados: la edad promedio fue de 18 años con un 46,1%, en cuanto al sexo el 17% fueron estudiantes masculinos y el 83% fueron femeninos. En 13 estudiantes (11,2%) fue estilo de vida fantástico, 76 estudiantes (65%) resultaron buen trabajo estas en el camino correcto, mientras que 23 estudiantes (19,6%) arrojaron adecuado estás bien y con una mínima de 5 estudiantes (4,2%) Conclusiones: Se recomienda que para mejorar el estilo de vida de los estudiantes universitarios es importante implementar programas obligatorios de atención a la salud. Aplicar en el plan educativo experiencias educativas que vayan hacia la elaboración de ejercicios, no de manera opcional como se aplica en algunas licenciaturas dentro de la Universidad, sino que sean

obligatorias. Palabras clave. Estilos, vida, saludable, fantástico, estudiantes. (23)

Nash, N. y Cols. (2012) “Alimentación y actividad física, factores relacionados con el estilo de vida de los universitarios” México. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública de México (ENSANUT, 2006), señaló que los comportamientos relacionados con alimentación y la actividad física son factores de riesgo que se han constituido como problemas actuales de salud pública. El propósito del estudio fue el determinar la relación que existe entre alimentación, actividad física y estilo de vida en los jóvenes universitarios. Se trató de un estudio descriptivo, transversal, correlacional, en una muestra de 288 estudiantes; se utilizó el cuestionario ¿Cómo es tu estilo de vida?, coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach. Se destaca que la práctica de un buen estilo de vida de los estudiantes no presentó diferencias significativas, si se quiere relacionar con otros estudios, a diferencia de la actividad física y las conductas alimenticias donde se encontró significancia. Palabras clave: Estilo de vida, alimentación, actividad física, estudiantes universitarios. (24)

Alemzadeh, R. Kichler, J. y Calhoun, M. (2010) “Espectro de la disfunción metabólica en relación con hiperandrogenemia en adolescentes obesas con síndrome de ovario poliquístico” Estados Unidos. Objetivo: el síndrome de ovario poliquístico (SOP) en mujeres adultas se asocia con un mayor riesgo de síndrome metabólico (SM) y la aterosclerosis. Se evaluó el espectro de la disfunción metabólica en relación con hiperandrogenemia (HA) en las adolescentes con SOP. Materiales y métodos: la función ovulatoria, acné, hirsutismo (SA), índice de masa corporal (IMC), la composición corporal, lípidos en ayunas, glucosa, insulina, testosterona libre (FT), se evaluaron de alta sensibilidad proteína C reactiva (PCR-as), y la HbA1c en 103 niñas.

Las ecuaciones del modelo de evaluación de homeostasis (HOMA-IR y HOMA-B%) se utilizaron para la determinación de la resistencia a la

insulina y la función de las células beta, respectivamente. Resultados: El oligo-ovulación (Oligo) + HA + HS (n = 44), Oligo + HA (n = 28), y Oligo + HS (n = 31) tenían fenotipos BMI similar. Sin embargo, los fenotipos hiperandrogenémicas tenían mayor prevalencia de la acantosis nigricans (AN) y el acné (P <0,01) y mayor a la insulina, HOMA-IR, HOMA-% de B, HbA1c, y los niveles de hs-CRP que oligo + HS (P <0,01). Suero FT se correlacionó con el HOMA-IR (r = 0,38, p <0,01), HOMA-B% (r = 0,49, p <0,01), hs-CRP (r = 0,42, p <0,01), AN (r = 0,39, P <0,01), y la HbA1c (r = 0,27, p <0,01). Por otra parte, el 34% de las niñas cumplieron con los criterios de diagnóstico para la EM presentan un mayor IMC, FT, HOMA-% de B, HOMA-IR, hs-CRP, y HbA1c que los sujetos sin SM (P <0,01).

El uso combinado de HOMA-IR > o = 4,0 y hs-CRP > Los valores de corte 3,0; 71,4% de la EM en comparación con el grupo no-MS 23,5% fueron considerados en riesgo de la diabetes y la aterosclerosis (P <0,0001). Conclusiones: fenotipos hiperandrogenémicas SOP tienen mayor grado de resistencia a la insulina y la inflamación. El uso de la resistencia a la insulina y los marcadores inflamatorios puede ayudar a identificar las adolescentes con SOP en riesgo de síndrome cardiometabólico. (25)

Bremer, A. (2010) “Síndrome de ovario poliquístico en la población pediátrica” Estados Unidos. Resumen: El síndrome de ovario poliquístico (PCOS) es un trastorno común caracterizado por hiperandrogenismo y la secreción de gonadotropina desordenada, a menudo asociada con la resistencia a la insulina. El síndrome, que modula los procesos metabólicos y hormonales, es la endocrinopatía más común en las mujeres en edad reproductiva y aumenta el riesgo de infertilidad, la patología endometrial y enfermedades cardiometabólicas de una mujer. Tal como se define actualmente, síndrome de ovario poliquístico más probable es que abarca varias enfermedades distintas con fenotipos clínicos similares pero diferentes procesos fisiopatológicos subyacentes. Sin embargo, sigue siendo hiperandrogenismo característica clínica del síndrome. Las manifestaciones clínicas del

síndrome de ovario poliquístico a menudo surgen durante la infancia o en los años peripuberales, lo que sugiere que el síndrome está influenciada por la programación fetal y / o eventos tempranos postnatales.

Sin embargo, dado que el espectro clínico completo del SOP no aparece normalmente hasta la pubertad, una hipótesis de "dos hit" se ha propuesto: (1) una niña desarrolla hiperandrogenismo a través de uno o más de los muchos posibles mecanismos diferentes; (2) el hiperandrogenismo preexistentes posteriormente perturba el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, lo que resulta en la disfunción ovulatoria e hiperandrogenismo sostenida.

No existen directrices de consenso en relación con el diagnóstico y tratamiento de síndrome de ovario poliquístico en la población pediátrica; Sin embargo, debido a que el síndrome es un diagnóstico de exclusión, la evaluación clínica de las niñas con sospecha de síndrome de ovario poliquístico tiene por objeto excluir otras causas de exceso de andrógenos y la disfunción menstrual. Para la gestión del síndrome, se hace hincapié en el estilo de vida y el tratamiento de los síntomas dirigida. (26)

Colwell, H. y Cols. (1998) "Un instrumento de la salud relacionada con la calidad de vida de los pacientes sintomáticos con la endometriosis: un estudio de validación" Estados Unidos. Objetivo: este estudio fue diseñado para evaluar la fiabilidad, validez y capacidad de respuesta de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud de nuevo desarrollo. Diseño del estudio: un total de 137 mujeres (122 a partir de un ensayo de fase III clínica y 15 a partir de una práctica privada) con la endometriosis completado el cuestionario varias veces.

Resultados: reproducibilidad y fiabilidad-consistencia interna fueron aceptables con coeficientes de correlación intraclase que van desde 0,94 a la 1,00 y coeficientes alfa de Cronbach que van desde 0,84 a la 0,97. La validez de constructo se demostró sobre la base de las correlaciones

entre los ítems y escalas. Salud de la calidad de vida varió de una manera consistente de acuerdo a las medidas valorados por el médico del dolor pélvico y la dismenorrea y los niveles de dolor de la endometriosis informados por los pacientes, pero no hay relación surgido según la clasificación de la American Fertility Society revisado. En general, el cuestionario fue de moderada a altamente sensible a los cambios. Conclusión: Este es el primer cuestionario integral relacionado con la salud calidad de vida disponible para su uso con pacientes con endometriosis que ha demostrado la fiabilidad, validez y sensibilidad. (27)

Nieto, R. y Nottola, N. (2007) “Tratamiento del síndrome de ovario poliquístico. Cambio de estilo de vida: nutrición y ejercicio” Venezuela. Se ha reconocido que el estado nutricional y el peso corporal tienen efectos en la función reproductiva. El efecto de la desnutrición sobre la función ovárica, se observa en la amenorrea relacionada con la pérdida de peso, en el que hay una alteración en la secreción de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropinas (GnRH) y gonadotropinas hipofisarias; sin embargo, no se conocen claramente los mediadores humorales del efecto de la nutrición sobre el hipotálamo. Hay evidencia que sugiere que el tejido adiposo juega un rol importante en el desarrollo y mantenimiento del SOP; la obesidad tiene profundos efectos sobre la fisiopatología y las manifestaciones clínicas del SOP por diferentes mecanismos que conducen a un exceso de andrógenos con incremento de la disponibilidad de andrógenos libres como consecuencia de alteraciones tanto de la función de las células de la granulosa como del desarrollo folicular. De hecho, la obesidad per se. Representa un estado funcional hiperandro-génico. Comparadas con mujeres no obesas con SOP.

Las pacientes obesas muestran mayor severidad en las manifestaciones metabólicas y de hiperandrogenismo, disfunción ovulatoria y disminución de las tasas de embarazo; la reducción moderada de peso determina una mejoría significativa en la regularidad menstrual, fertilidad y el

hiperandrogenismo. Algunos estudios han establecido la existencia de un vínculo entre obesidad, distribución de grasa corporal, hábitos nutricionales y el perfil hormonal y metabólico del SOP. El fenotipo de obesidad abdominal afecta a más de la mitad de las pacientes con SOP. Los mecanismos que explican esta asociación incluyen la resistencia a la insulina (RI). Alteraciones del metabolismo esteroideo y la secreción de adipocitocinas. (28)

Silva, R. (2010) “Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad” España. El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es una disfunción endocrino metabólica altamente prevalente en mujeres en edad reproductiva. De etiología incierta, se manifiesta de formas muy variadas, entre las que destacan irregularidad menstrual, oligo o anovulación, hiperandrogenismo clínico, imagen ecográfica de ovario poliquístico, obesidad, insulinoresistencia e infertilidad. Por su variedad de presentación es que su definición ha requerido varios consensos y es aún hoy motivo de controversia.

La infertilidad asociada al SOP obedece a diferentes mecanismos, entre los que destacan la disfunción ovulatoria, la alteración del desarrollo endometrial, la insulinoresistencia, su impacto en la esteroidogénesis ovárica y suprarrenal y, la alta frecuencia de aborto espontáneo de primer trimestre. El enfoque diagnóstico y terapéutico del SOP debe contemplar todos estos aspectos en forma integral para restablecer adecuadamente el ambiente endocrino-metabólico previo a un embarazo y tener en cuenta las potenciales repercusiones en el mediano y largo plazo para estas pacientes como dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular y, cáncer de endometrio y mama. (29)

Tarlatzis, B. y Cols. (2008) “Consenso sobre el tratamiento de la infertilidad relacionada con el síndrome de ovario poliquístico”, Grecia. El tratamiento de las mujeres infértiles con síndrome de ovario poliquístico (SOP) está rodeado de muchas controversias. En este trabajo se describe, sobre la base de las pruebas actualmente

disponibles, el consenso alcanzado por un grupo de expertos con respecto a los retos terapéuticos planteados en estas mujeres.

Antes de iniciar cualquier intervención, asesoramiento preconcepcional debe proporcionarse haciendo hincapié en la importancia del estilo de vida, especialmente la reducción de peso y ejercicio en las mujeres con sobrepeso, el tabaquismo y consumo de alcohol. El tratamiento de primera línea recomendada para la inducción de la ovulación sigue siendo el citrato de clomifeno anti-estrógeno (CC). La intervención de segunda línea recomendada, debería CC deja de resultar en un embarazo, es o bien gonadotropinas exógenas o cirugía ovárica laparoscópica (LOS).

El uso de gonadotropinas exógenas se asocia con mayores posibilidades de embarazo múltiple y, por lo tanto, se requiere intensa monitorizar la respuesta ovárica. LOS sola suele ser eficaz en <se requiere el 50% de las mujeres y la medicación adicional inducción de la ovulación en esas circunstancias. En general, se informa de inducción de la ovulación (que representa el CC, gonadotropina paradigma) para ser altamente eficaz con un singleton tasa de nacidos vivos acumulado de 72%. Tratamiento de tercera línea recomendada es la fecundación in vitro. Enfoques más adaptados-paciente se deben desarrollar para inducir la ovulación en base a características de selección inicial de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

Tales enfoques pueden dar lugar a la desviación de la mencionada primera, segunda o estrategias de ovulación tercera línea en subconjuntos bien definidos de pacientes. El uso de metformina en pacientes con SOP debe restringirse a las mujeres con intolerancia a la glucosa. Sobre la base de los últimos datos disponibles en la literatura, no se recomienda el uso regular de este fármaco en la inducción de la ovulación. Insuficiente evidencia disponible actualmente para recomendar el uso clínico de los inhibidores de la aromatasa para la inducción de la ovulación rutina. Incluso los embarazos únicos en el SOP

se asocian con mayor riesgo para la salud tanto para la madre como para el feto. (30)

Sir-Petermann y Cols- (2001) “Síndrome de ovario poliquístico: la importancia de establecer su diagnóstico” Chile. El síndrome de ovario poliquístico (SOP), también denominado hiperandrogenismo ovárico funcional o anovulación crónica hiperandrogénica, es una disfunción endocrino-metabólica de alta prevalencia (5-10%) en la mujer premenopáusica, de etiología incierta y que se encuentra en estrecha asociación a resistencia a la insulina y a la diabetes 2, las que suelen presentarse precozmente. De hecho, la mayoría de estas pacientes presentan algún grado de resistencia a la insulina; el 40% de ellas desarrollan intolerancia a la glucosa y el 16% diabetes 2 al final de la cuarta década de la vida.

En los últimos años se ha puesto de manifiesto, además, que este trastorno no sólo está limitado a la mujer en etapa reproductiva sino que puede manifestarse desde el período prepuberal y quizás antes. Aunque este síndrome fue descrito hace varias décadas, sigue siendo un tema de gran controversia e interés debido a su heterogeneidad, su compleja fisiopatología y a los riesgos de tipo reproductivo y metabólico que involucra. En 1935 Stein y Leventhal describieron una entidad clínica consistente en trastornos menstruales, esterilidad, hirsutismo y obesidad.

Además, los ovarios de estas pacientes presentaban ciertas características morfológicas particulares tales como: aumento de tamaño, engrosamiento de la túnica albugínea y microquistes múltiples situados periféricamente en la zona subcortical ovárica. Posteriormente, en 1965, Smith y Cols. En un estudio de 301 casos pusieron de manifiesto que los límites de esta entidad no eran tan precisos.

De acuerdo a este estudio, el 40% de los casos tenían ovarios de tamaño normal y 46% no presentaban engrosamiento de la túnica albugínea. Un estudio posterior demostró que el síndrome clínico podía asociarse a

ovarios de morfología aparentemente normal, y otro reciente establece que 16-25% de las mujeres sanas podían presentar imágenes ultrasonográficas sugerentes de ovarios poliquísticos sin el síndrome clínico, todo lo cual indicaría que el clásico síndrome de Stein Leventhal sería una excepción. Lo anterior llevó a definirlo, en 1990, en una conferencia de consenso de los National Institutes of Health de los EEUU de NA, como la "presencia de hiperandrogenismo asociado a anovulación crónica sin otra causa específica de enfermedad adrenal o hipofisiaria".

Esta definición evidentemente trató de dar a este síndrome un límite y un carácter de unidad, sin embargo tiene la desventaja de englobar bajo un mismo concepto una serie de entidades diferentes, lo que ha limitado su reconocimiento. (31)

Jones, G. y Cols. (2010) ¿Las mujeres del sur de Asia con SOP tienen una peor calidad relacionada con la salud de la vida que las mujeres caucásicas con SOP? Un estudio transversal comparativo. El síndrome de ovario poliquístico (SOPQ) es el trastorno endocrino crónico más frecuente en mujeres en edad reproductiva. Este estudio tuvo como objetivo comparar la CVRS de las mujeres caucásicas del sur de Asia y blancas con síndrome de ovario poliquístico, dado que es particularmente común entre las mujeres de origen del sur de Asia y han demostrado tener síntomas más severos. Métodos: el Síndrome de Ovario Poliquístico Cuestionario (PCOSQ) y el Short Form-36 (SF-36) se administraron en una encuesta transversal 42 del sur de Asia y 129 mujeres caucásicas con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico reclutados en las clínicas de ginecología de consulta externa de los hospitales universitarios de dos universitarios de Sheffield y Leeds.

Datos clínicos adicionales se abstraen de las notas médicas. Los datos normativos, recogidos como parte de la encuesta de Oxford Salud y Estilos de vida II, se obtuvieron al comparar los resultados del SF-36 con las mujeres étnicas acompañadas de la población general del Reino Unido. Utilizando el SF-36, normativos CVRS calificaciones de las

mujeres de origen del sur de Asia fueron más bajos que en las mujeres caucásicas. Teniendo en cuenta esta línea de base inferior hemos probado si la misma relación se mantiene entre las personas con síndrome de ovario poliquístico.

Resultados: a pesar de CVRS calificaciones de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico fueron inferiores a los datos normativos para ambos grupos, las mujeres del sur de Asia con SOP no tienen peor CVRS que los caucásicos. Por tanto el SF-36 y PCOSQ, las puntuaciones medias fueron en general los mismos tanto para las mujeres asiáticas y caucásicas. Para ambos grupos, los peores dos dominios de CVRS, medida en la PCOSQ eran 'infertilidad' y 'peso', con puntuaciones respectivas de 35,3 y 42,3 para las mujeres asiáticas con síndrome de ovario poliquístico en comparación con 38,6 y 35,4 para las mujeres caucásicas con el síndrome de ovario poliquístico.

El dominio de puntuación más alta para las mujeres del sur de Asia con SOP era " problemas menstruales (55.3), lo que indica una mejor salud, y fue la única diferencia estadísticamente significativa entre las mujeres caucásicas ($p = 0,01$). En el SF-36, el dominio de puntuación más baja fue 'Energía y Vitalidad "para las mujeres caucásicas con el síndrome de ovario poliquístico, pero esto fue significativamente mayor para las mujeres asiáticas con síndrome de ovario poliquístico ($p = 0,01$). El mejor estado de salud de ambos grupos fue 'el funcionamiento físico ", aunque esto fue significativamente menor para las mujeres del sur de Asia con síndrome de ovario poliquístico ($p = 0,005$).

Curiosamente, solo dos dominios diferían significativamente de los datos normativos para las mujeres asiáticas con SOP, mientras que siete dominios fueron significativamente diferentes para las mujeres caucásicas con SOP en comparación con sus homólogos normativos. Conclusiones: Las diferencias de CVRS que existen entre las mujeres del sur de Asia y de raza blanca en la población en general no parecen ser replicado entre las mujeres con SOP. SOP reduce ampliamente la CVRS a niveles similares, independientemente de su origen étnico y las

diferencias en la CVRS de referencia normativo de estos grupos. (32)

Jones, G. y Cols. (2008) “Salud de la calidad de la medición de la vida en las mujeres con síndrome de ovario poliquístico: una revisión sistemática” Inglaterra. Los síntomas normalmente asociados con el síndrome de ovario poliquístico (SOP), tales como el acné, hirsutismo, menstruaciones irregulares, amenorrea, la obesidad y la subfertilidad son una fuente importante de morbilidad psicológica y pueden afectar negativamente la calidad de vida (CdV). Búsquedas sistemáticas en la literatura para identificar el impacto de los síntomas y tratamientos para el síndrome de ovario poliquístico en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y que informe sobre los tipos y las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados.

Los documentos fueron recuperados mediante la búsqueda sistemática de cuatro bases de datos electrónicas y búsquedas manuales en las listas y bibliografías de referencia pertinentes. Diecinueve papeles utilizaron un cuestionario estandarizado para medir el estado de salud; de estos 12 (63,2%) utilizan herramientas genéricas y 8 (42%) se utiliza el cuestionario SOP específica de la enfermedad. A pesar de un meta-análisis no fue posible, parece que los problemas de peso tienen un impacto negativo sobre la CVRS en particular, aunque el papel de índice de masa corporal en que afecta a las puntuaciones de CVRS es concluyente de la evidencia disponible.

El acné es la zona menos informado sobre en términos de su impacto sobre la CVRS. Con la excepción de tres estudios, la mayor parte de la investigación se ha centrado en mujeres adultas con SOP. A pesar de los beneficios de las medidas de CVRS en la investigación, pocos están siendo utilizados para evaluar los resultados del tratamiento para el síndrome de ovario poliquístico sobre el estado de salud subjetivo de las mujeres con la enfermedad. (33)

2.1.2. A Nivel Nacional

Guevara, M. y Vargas, N. (2004) “Autocuidado y estilos de vida saludable en adolescentes líderes” Investigación de tipo descriptiva, correlacional y transversal, se realizó con los adolescentes líderes del distrito de Moche, durante los meses de marzo a julio del 2003, con el propósito de identificar las prácticas de autocuidado y su relación con los estilos de vida saludables. La muestra estuvo constituida por 82 adolescentes de las diversas zonas del distrito. Los instrumentos que se utilizaron fueron el inventario de autocuidado y el cuestionario sobre estilos de vida saludables. El análisis estadístico se realizó a través de las estadísticas descriptivas e inferenciales.

Los resultados indicaron que el promedio de edad de los adolescentes estudiados fue de 15 años, un alto porcentaje de ellos tienen estudios secundarios y actualmente estudian, promedio alto para las prácticas de autocuidado. Relación positiva y significativa entre las prácticas de autocuidado y los estilos de vida saludables de los adolescentes líderes e influencia significativa entre estas dos variables. (34)

Gamarra, M y Cols. (2010) .Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo, correlacional, de corte transversal; tuvo el propósito determinar el nivel de estilo de vida y su relación con nivel de autoestima y apoyo social en estudiantes de Enfermería de la Universidad César Vallejo de Trujillo. La muestra fue conformada por 136 estudiantes. Se aplicó cuestionario de 48 ítems para estilo de vida, 20 para medir apoyo social y escala de 2 Rosenberg de autoestima. Se utilizó el programa SPSS versión 14, y la prueba de Chi².

El nivel de significancia establecido fue: $p < 0,05$. Los resultados señalan que el 54,4% calificó en un nivel medio en estilo de vida, y en cuanto a sus dimensiones, el ejercicio revela un 78% en el nivel medio y bajo, seguido de la nutrición con 65%, en los mismos niveles. Los niveles de autoestima son de un 45.59% para el nivel medio y de un 21,32% para

el nivel bajo. Existe relación significativa, entre el estilo de vida y el nivel de autoestima, pero no se encontró relación significativa entre el estilo de vida y el apoyo social de los estudiantes de Enfermería de la Universidad César Vallejo. Palabras clave: estilo de vida, autoestima, apoyo social. (35)

Martínez, G. y Cols. (2015), “Abordaje diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico en mujeres en edad reproductiva atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense de Enero del 2009 a Diciembre del 2014” Se llevó a cabo un estudio descriptivo que tuvo por objetivo conocer el abordaje diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) en mujeres en edad reproductiva atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense entre Enero del 2009 y Diciembre del 2014. Se revisaron 169 expedientes clínicos. Entre los principales resultados se observó que, las pacientes en estudio se caracterizaron por ser jóvenes (menores de 30), procedente del área urbana, de bajo y medio nivel de escolaridad, ama de casa o comerciantes.

Los principales signos reportados en el expediente clínico fueron alopecia y acné, con muy poca frecuencia se reporta en el expediente clínico los signos de hirsutismo. Las principales pruebas de laboratorio enviadas fueron generales (glicemia y creatinina). En pocos casos se encontraron reportados niveles hormonales, y en los que si se reportaron muy pocos tenían niveles alterados. En otras palabras no se cuenta con datos suficientes para realizar una buena evaluación del síndrome de ovario poliquístico desde la perspectiva de los niveles hormonales relacionados, ya que no se cuenta con dicha información. Por lo general el principal criterio para el diagnóstico de ovario poliquístico utilizado es el ecográfico, y fue mucho más frecuentemente detectado en ovario derecho.

En Ningún caso se aplicaron de forma concretas los criterios clínicos internacionales para el diagnóstico de ovario poliquístico ni se reportaron

en el expediente clínico. En base a los resultados, al evaluar la asociación entre los hallazgos ecográficos de ovario poliquístico y parámetros clínicos en las pacientes en estudio se observó que hubo asociación significativa para presencia de quistes > 10 cm ($p=0,001$) y para quistes de ovario derecho ($p=0,002$). Al evaluar la asociación entre los hallazgos ecográficos de ovario poliquístico y parámetros de laboratorio en las pacientes en estudio se observó que hubo asociación significativa únicamente para presencia de quistes > 10 cm ($p=0,003$). Es importante notar que en el 26% de los casos estudiados se refiere oligo y/o anovulación, signos clínicos o de laboratorio en el 30%, ovario poliquístico por ecografía en el 100% y en el 51% se cumplen los criterios de Rotterdam. (36)

Quillatupa, N. y Cols. (2010) “Características clínicas y bioquímicas de pacientes con síndrome de ovario poliquístico e infertilidad” Lima. Objetivo: describir las características clínicas y bioquímicas más importantes en pacientes con síndrome de ovario poliquístico (SOPQ) que fueron tratadas por infertilidad. Diseño: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Institución: servicio de Reproducción Humana e Infertilidad del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú. Participantes: pacientes con diagnóstico de infertilidad y SOPQ. Intervenciones: se revisó 5640 historias clínicas de pacientes atendidas entre enero de 1995 y diciembre de 2007; 181 pacientes tuvieron diagnóstico de infertilidad y SOPQ, de las cuales 59 cumplieron con los criterios de admisión. Principales medidas de resultados: gestación y aborto.

Resultados: el promedio de edad fue 27,5 años, 70% de la población que no gestó tuvo índice de masa corporal ≥ 25 ; la testosterona fue anormalmente elevada en el 15% de gestaciones exitosas y en 37,5% de las no exitosas; 74,2% pacientes ovularon con citrato de clomifeno, 52,4% logró gestación y 16,7% tuvo aborto. Conclusiones: varias de las características clínicas y bioquímicas de nuestra población fueron similares a las de la literatura. El índice de masa corporal normal podría

ser un buen marcador para predecir concepción. La testosterona dentro de límites normales sería un posible predictor de éxito en la gestación. (37)

Ponte, M. (2010) “Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos” Lima. El presente estudio, tiene como objetivo principal determinar el estilo de vida de los estudiantes de Enfermería, según año de estudio en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Es de tipo cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 129 estudiantes de Enfermería de la UNMSM. Se empleó el cuestionario estandarizado sobre estilo de vida como instrumento, con 46 enunciados.

Los resultados obtenidos muestran que el 60% (77) de los estudiantes tiene un estilo de vida saludable; al analizarlo por dimensiones; se tiene que, en la dimensión salud con responsabilidad con 76,7% (99) y actividad física con 82,9% (107) predomina un estilo de vida no saludable; en la dimensión gestión de tensiones predomina en segundo con 59% (17), tercero con 57% (13) y quinto año con 52% (12) un estilo de vida no saludable, mientras que los estudiantes de primero con 67% (18) y cuarto 52% (14) tienen un estilo de vida saludable; en la dimensión nutrición saludable los estudiantes de primero, segundo, cuarto y quinto año tienen un estilo de vida saludable, y los estudiantes de tercer año con 65,2% (15) tienen un estilo de vida no saludable; en la dimensión crecimiento espiritual con 86,8% (112) y relaciones interpersonales 75,2% (97) predomina el estilo de vida saludable en los cinco años de estudio. (7)

2.1.3. A Nivel Local

Coacalla, S. (2014). Determinación del grado de Resistencia a la insulina y su relación con el Hiperandrogenismo en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico en el Hospital Base Carlos Alberto

Seguín Escobedo, Arequipa-2013. El objetivo de este estudio fue determinar el grado de resistencia a la insulina en pacientes con síndrome de ovario poliquístico y ver si esta tiene relación con el hiperandrogenismo presente en este síndrome. Para ello se realizó un estudio retrospectivo efectuado con base en información de historias clínicas del servicio de Endocrinología y Ginecología del Hospital Carlos Alberto Seguín Escobedo de Arequipa, se incluyeron 40 pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico con criterios de Rotterdam y glucosa-insulina. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que 70,0% del total de pacientes presentaron resistencia a la insulina, de estas el 35% presentó bajo grado de resistencia y el 35% alto grado de resistencia a la insulina.

Se determinó Insulino- resistencia por HOMA-IR en el 45,0% de las pacientes, por pruebas de tolerancia oral a la glucosa en el 32,5% de pacientes. La frecuencia de Acantosis Nigricans fue de 42,5%. El 57,5% de las pacientes presentó características de hiperandrogenismo, del total de estas pacientes con hiperandrogenismo el 82,6% presentó resistencia a la insulina, 52,2% presentaron bajo grado de resistencia a la insulina, y un 34,4% presentaron alto grado de resistencia a la insulina, de las pacientes que no presentaron hiperandrogenismo un 52,9% de pacientes tuvo algún grado de resistencia a la insulina, lo que según la prueba de Chi cuadrado ($X^2=4,09$) muestra que la resistencia a la insulina y el hiperandrogenismo tiene una relación estadísticamente significativa ($p<0,05$). Concluyéndose que la insulino-resistencia está presente en un 70%, hiperandrogenismo en un 57,5% y que ambas variables tienen una relación estadísticamente significativa. (38)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Teorías de Enfermería

A. Dorothea Orem

La teoría general de la enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres categorías relacionada entre sí: Teorías del autocuidado, Teoría del déficit de autocuidado y Teorías de los sistemas de enfermería.

Define la salud como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería es sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es “ayuda a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

La intuición espontanea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería. (39)

a. Teoría del Autocuidado

Se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su

propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además, con el desarrollo personal y bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. (40)

Si se lleva a la práctica la teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

- Examinar los factores, los problemas de salud el déficit de autocuidado
- Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.
- Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidados u orientados, contando con la participación del cliente

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado. (39)

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son:

- Universales: los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.
- De cuidados personales del Desarrollo, Surgen como resultado de los procesos del desarrollo, Ej. El embarazo y la menopausia,

o de estados que afectan el desarrollo humano. La pérdida de un ser querido o del trabajo.

- De cuidados personales de los trastornos de salud. Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia. Para la implementación de las actividades desarrolló tres sistemas de compensación:
 - Total, requiere de que se actúe en lugar de él.
 - Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.
 - De apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones pero requiere ayuda emocional. (39)

b. Teoría del Déficit del Autocuidado

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existen un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. (40)

c. Teoría de los Sistemas de Enfermería

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de

autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto
- Sistema de apoyo educativo: Cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.(40)

Metaparadigmas

- **Persona**

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

- **Salud**

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de

integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

- **Enfermería**

Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

- **Entorno**

Como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo. (40)

d. Utilización de la Teoría en el Proyecto

La teoría del autocuidado de Dorothea Orem complementa la actuación integral de Enfermería tanto en su método científico, la investigación, el lenguaje común, como la taxonomía y el cuidado, usando las herramientas de la visión. El límite, el lenguaje, la categorización y el estilo enfermero.

El personal de enfermería al apoderarse de los conocimientos de los elementos del estilo de vida como componente transcultural y la teoría del déficit del autocuidado de Orem será capaz de brindar un autocuidado holístico con un lenguaje cultural común integralmente.

Los alumnos que provienen de hogares con nivel socio cultural buenos tienen la tendencia a poner en práctica buenos estilos de

vida saludable, la influencia de los pares influyen de forma directa ya que los adolescentes que buscan su independencia dejan de lado los consejos de los padres. Los alumnos a pesar de haber recibido los conocimientos de estilos de vida, no practican los estilos de vida saludable por diferentes motivos: no le dan una importancia debida, el facilismo, etc.

B. Virginia Henderson. “Definición de Enfermería”

Virginia Henderson se graduó en la Army School of Nursing en 1921. Su interés por la enfermería surgió de la asistencia al personal militar enfermo y herido durante la I Guerra Mundial, Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica.

En 1955 publicó su “Definición de Enfermería”, en 1966 perfiló su definición en el libro: “The Nature of Nursing”. (39)

Metaparadigmas

a. Persona

Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad, influible por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.

b. Entorno

Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por

otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación de la enfermera.

La salud puede verse afectada por factores:

- Físicos: aire, temperatura, sol, etc.
- Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia.

c. Salud

La define como la capacidad del individuo para funcionar con independencia relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow.

Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura).

Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales).

Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias).

Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender).

d. Enfermería

La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que o ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas.

Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

e. Epistemología

Aunque la mayor parte de su teoría está basada, como así define en su libro, "The Nature of Nursing", en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física, también utiliza la observación de su práctica diaria para dar forma a su teoría.

El profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son independientes de las del médico, pero utiliza el plan de cuidados de este para proporcionar el cuidado al paciente.

Identificación de tres modelos de función enfermera:

Sustituta: compensa lo que le falta al paciente.

Ayudante: establece las intervenciones clínicas.

Compañera: fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona. (39)

f. Utilización de la Teoría en el Proyecto

La teórica Virginia Henderson relaciona al individuo, la familia y la comunidad con las 14 necesidades. Los estudiantes de este nivel no toman en consideración esta base teórica por la moda, el facilismo, por influencia de los demás estudiantes a pesar que ellos tienen previo conocimiento.

2.2.2. Estilos de Vida

A. Definición

El estilo de vida como determinante de la salud se refiere a los hábitos, conductas, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. (7)

B. Estilo de Vida Saludable

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. De esta forma podemos elaborar un listado de estilo de vida favorables o comportamientos saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Algunos de estos factores protectores o estilos de vida favorables son:

a. Actividad Física

Realizar una actividad física moderada (permite llevar una práctica constante durante largo tiempo), habitual y frecuente (de manera que forme parte del hábito diario) son el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas (ateroesclerosis, hipertensión, etc.) y psicológicas (ansiedad, agresividad y situaciones depresivas) que afectan a la sociedad. Además que contribuye a la mejora del autoconcepto

del sujeto, porque las personas que realizan ejercicio mantienen más fácilmente el peso adecuado y presentan un aspecto más atractivo. (7)

- b. Alimentación Adecuada**, se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (ej.: minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de los alimentos. (7)
- c. Evitar el Consumo de Alcohol y Drogas**, pues estas sustancias son una fuente de problemas sociales, laborales y de salud, dando lugar a las adicciones y diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro vasculares, etc. (7)
- d. Actividad Sexual Responsable**, se refiere al sexo seguro para minimizar el riesgo de presentar enfermedades de transmisión sexual (ej.: uso de preservativos, mantener relaciones monogámicas) y embarazos no deseados. Desarrollo de un estilo de vida minimizado de emociones negativas (controlar y evitar el estrés).(7)
- e. Asistir a Control Médico Periódicamente**, es importante ya que un control anual permite dar un mejor seguimiento del estado de salud. (7)

C. Clasificación del Estilo de Vida

a. Alimentación Saludable

Se considera que una alimentación es saludable cuando los alimentos que son consumidos proporcionan los nutrientes necesarios para mantener la salud del organismo, la dieta saludable se caracteriza por el consumo de frutas, verduras,

lácteos, proteínas y carbohidratos, bajos en grasas y colesterol, así como limitar el consumo de alcohol, sal, café y azúcar, manteniendo un peso adecuado a través de la actividad física y la práctica de hábitos higiénicos al manipular los alimentos. Tener una dieta saludable es una de las cosas más importantes que se debe practicar para mantener buena salud en general. La dieta, junto con la actividad física, es el factor principal que afecta el peso corporal. Es importante que el peso corporal se adecue en relación a la altura. Tener exceso de peso o ser obesa/o aumenta su riesgo de padecer enfermedades cardíacas, diabetes de tipo 2, hipertensión arterial, derrame cerebral, problemas respiratorios, artritis, enfermedades de la vesícula biliar, apnea obstructiva del sueño, problemas de respiración al dormir, osteoartritis, y algunos tipos de cáncer. (7)

- **Energéticos:** son los que proveen la energía para realizar distintas actividades físicas (caminar, correr, hacer deportes, etc.) como pastas, arroz, productos de panificación (pan, galletas, etc.) dulces, miel, aceites, frutas secas (almendras, nueces, castañas, etc. (41)
- **Reguladores:** son los que proveen los nutrientes necesarios para que los energéticos y reguladores se complementen y mantengan el cuerpo funcionando. Dentro de estos figuran las frutas, verduras y hortalizas y el agua. (41)
- **Constructores:** son los que forman la piel, músculos y otros tejidos, y que favorecen la cicatrización de heridas. Estos son la leche y todos sus derivados, carnes rojas y blancas, huevos y legumbres. (41)
- **Alimento Matutino:** los hábitos alimentarios saludables juegan uno de los papeles más importante en el proceso de

limpieza del cuerpo. Sin embargo, no es fácil lograr cambiarlos de la noche a la mañana e incluso, cambios de dieta demasiado drásticos (dietas para desintoxicar), puede llevar a un proceso de desintoxicación muy doloroso para algunas personas.

La dieta matutina solo abarca cambios en la alimentación por las mañanas y permiten ir incorporando gradualmente mejores alimentos para el organismo durante todo el día los necesarios para mantenerte con energía, salud y peso ideal.
(42)

- **Selección de alimentos sanos:** existe una relación directa entre la correcta alimentación del individuo y su estado de salud. La salud no solo es la ausencia de enfermedad si no que abarca otros parámetros como, la calidad de vida de la persona en concreto, el ambiente que la rodea, los hábitos de vida de dicha persona, su actitud hacia los factores externos en general, etc.

Todas las personas tienen la necesidad fisiológica de comer, lo que se ha convertido en un hábito. A diferencia de la mayoría del resto de seres vivos, están en proceso de educación constante.

Una selección de alimentación sana, para empezar, debe estar irremediamente compuesta por alimentos de calidad. Esto se resume en la calidad en cuanto a características organolépticas del alimento, modo y manera del proceso de su creación o elaboración, etc. Pero eso no es todo, calidad de los alimentos no implica calidad de alimentación. Para mantener una alimentación sana, por tanto, no solo es imprescindible consumir alimentos saludables, además, hay que consumirlos en las cantidades adecuadas, con la adecuada frecuencia, en el entorno

adecuado y de una forma correcta. Todo esto compone los hábitos alimentarios. (43)

- **Comidas diarias:** se conoce como comida al conjunto de sustancias alimenticias que se comen y se beben para subsistir. Al ser ingerida, la comida provee elementos para la nutrición del organismo vivo, las personas realizan varias comidas al día. Su contenido y número variaría de acuerdo a una serie de factores culturales estacionales y geográficos, la dieta balanceada contempla las tres comidas durante el día: desayuno, almuerzo y cena. (44)
- **Contenido de nutrientes:** facilita al consumidor datos sobre los alimentos, para que pueda elegir su alimentación con discernimiento.

Proporciona un medio eficaz para indicar en la etiqueta datos sobre el contenido de nutrientes del alimento.

Estimula la aplicación de principios nutricionales sólidos en la preparación de alimentos, en beneficio de la salud pública. (45)

- **Plan de alimentación:** el plan alimentario es aquella dieta equilibrada, la cual entrega todos los nutrientes necesarios para mantenerse saludables. Un plan alimentario bien hecho puede ayudar a mantenerse fuerte, lo cual ayuda a no enfermarse.

No se puede plantear el mismo plan alimentario para todas las personas, el plan dependerá de las necesidades nutricionales de cada individuo. Para esto se verifican variables como la edad, sexo, estatura, actividad física y estado de salud. (46)

- **Comida chatarra:** las comidas rápidas o comidas chatarra, están de moda en el mundo de hoy, en vez de favorecer, perjudican considerablemente a nuestro organismo y por ende también alteran nuestro rendimiento durante el estudio. Un estudiante u opositor debería evitar el consumo de comidas rápidas y ricas en grasas.

Esta clase de comidas no solo son causa de sobrepeso u obesidad, sino que también producen digestiones pesadas, perjudiciales para cualquier estudiante.

Las grasas saturadas, presentes en la comida rápida, pueden causar alteraciones en la salud vascular cerebral. A su vez, los productos con un alto contenido de azúcares producen excesiva hiperactividad y nerviosismo, lo que afecta el rendimiento de un estudiante. (47)

b. Actividad Física

La actividad física, se define como el conjunto de tareas motoras propias de una persona, que se realizan como parte de su actividad doméstica, laboral, escolar, recreativa y profesional. La actividad física regular se define como el ejercicio dinámico que hace intervenir a grandes grupos musculares durante al menos 20 minutos, tres veces por semana.

Ésta es una de las formas más sencillas de mejorar la salud y mantenerse sano. Ya que el ejercicio regular contribuye a controlar la presión arterial, fortalece los músculos y los huesos y mejora la función respiratoria y la actividad intestinal. Además previene y controla ciertas enfermedades, como: padecimientos cardiovasculares, diabetes, obesidad y osteoporosis. Hay dos tipos de ejercicio físico: aeróbico y anaeróbico. El ejercicio aeróbico, es una actividad de intensidad moderada que se realiza durante un

largo período (por ejemplo caminar, trotar lentamente, correr, danzas aeróbicos, montar en bicicleta, remar, nadar). Estos ejercicios mejoran el ritmo cardíaco y queman calorías. El ejercicio anaeróbico, es una actividad intensa durante un corto período de tiempo, incluye entrenamiento con pesas o entrenamiento de fuerza. Una mezcla de actividades aeróbicas y anaeróbicas es una bueno para conseguir que todo el cuerpo este en forma. (7)

El ejercicio físico puede ser dañino si no se inicia de manera gradual y se aumenta con lentitud según la respuesta de cada organismo, debido a que puede haber daño muscular (rabdomiolisis). Por ello es importante estructurar un programa de ejercicio para cada persona, que tome en cuenta edad, estado físico y otro tipo de factores de riesgo. Un programa de ejercicios adecuado (incluye un entrenamiento de ejercicios aeróbico, bueno para perder grasa y anaeróbico, bueno para aumentar la fuerza, resistencia y masa muscular, incluyendo los días de descanso necesarios) tiene efectos positivos en el funcionamiento general de la persona, en su aspecto externo, y en su estado general de salud física y emocional. (7)

La actividad física, a través de los juegos, el deporte y otros ejercicios organizados, se considera un factor de protección. Ofrece a los jóvenes la posibilidad de expresarse, de adquirir confianza en sí mismos y de tener sentimientos de éxito. También, se favorece las relaciones y la integración social por medio del deporte en equipo que, si se orienta adecuadamente a través de la competencia, genera vínculos sociales. El individuo establece metas personales y los entrenadores de los jóvenes pueden fomentar la adopción de comportamientos saludables para prevenir el consumo de tabaco, alcohol, drogas y la solución de conflictos por medios violentos. (7)

- **Ejercicios de Relajación**

Los ejercicios de relajación son la actividad física más elemental junto al calentamiento. La práctica de la relajación es beneficiosa para todo tipo de personas, sin importar su ocupación, género o edad. Ayuda a los estudiantes a concentrarse más y a los deportistas a aumentar su rendimiento. Asimismo, son una manera natural, sencilla y económica de aliviar los diferentes síntomas del estrés.

Los ejercicios para relajarse ayudan a combatir el estrés y mejorar la calidad de vida y la sensación de bienestar de la persona. (48)

- **Ejercicios Diarios**

Practicar algún tipo de entrenamiento, además de mejorar la condición física, marca una gran diferencia en calidad de vida. El ejercicio físico permite mejorar las condiciones generales de salud como la actividad cardiovascular, el fortalecimiento de los diferentes grupos musculares y la constitución ósea. Una de las actividades más básicas y beneficiosas es caminar: favorece el sistema cardiovascular, la oxigenación de las células y ayuda a un mejor funcionamiento del organismo en líneas generales. (49)

- **Ejercicio Supervisado**

Se conoce como ejercicio físico a la realización de movimientos corporales planificados, repetitivos y en ocasiones supervisados por un instructor, con el objetivo de estar en forma física y gozar de una salud sana.

El ejercicio físico es una actividad que se lleva a cabo en los momentos de tiempo libre, en el cual se incluye el baile, deporte, gimnasia, educación física, entre otros. El ejercicio físico es

sinónimo de bienestar físico, mental y social de una persona.
(50)

- **Actividades de Recreación**

Se considera que en la actualidad el desarrollo de actividades recreativas se concibe en dos formas, la personal y la educativa y que ambas se complementan.

En este sentido se considera que desde el punto de vista personal las actividades recreativas son todas las actividades realizadas por el sujeto en el tiempo libre elegidas libremente que le proporcionen placer y desarrollo de la personalidad.

Se considera que desde la perspectiva educativa las actividades recreativas constituyen el medio principal del proceso de educación del tiempo libre para el desarrollo de los conocimientos, habilidades, motivos, actitudes, comportamientos y valores en relación con el empleo positivo del tiempo libre. (51)

c. Actividad Sexual

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual. (52)

- **Comportamiento Sexual Responsable**

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar. La persona que

practica un comportamiento sexual responsable no pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación. Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas. (53)

- **Actividad Sexual y Vida Afectiva**

La vinculación afectiva es la capacidad humana de establecer lazos con otros seres humanos mediante las emociones. La actividad sexual más plena se da cuando hay un vínculo afectivo entre las personas y cuando se transforma en un lenguaje que permite la comunicación más profunda.

Muchos de los/as jóvenes pueden sentirse presionados a tener relaciones sexuales precozmente por los medios de comunicación (diarios, televisión, revistas), los/as amigos/as y/o sus parejas. Al hombre, muchas veces se le exige tener relaciones sexuales con varias mujeres para demostrar que es “macho”. Si la mujer “no da la pasada” puede ser también presionada, incluso desde su propio grupo de amigas, o ella misma sentirse inferior porque su amiga tuvo sexo y ella no. Lo importante es pensar que es lo que uno quiere, no lo que los demás le dicen a uno que tiene que hacer antes de dar el primer paso e informarse, para sentirse seguro/a, libre y sin miedo.

Además el inicio de la vida sexual significa que cada uno/a tiene sus derechos, o sea que se puede decidir sobre el cuerpo y los sentimientos. Elegir significa hacer algo por la propia voluntad y no dejarse llevar por la insistencia o las presiones del otro/a. (52)

- **Relaciones Sexuales Satisfactorias**

Desde el punto de vista de la sexología, se puede definir una relación sexual como el contacto físico entre personas

fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual, o con fines reproductivos.

La relación sexual abarca muchas posibles actividades o formas de relación entre dos personas y no se limita solo a coito o penetración.

Elementos necesarios para mantener una relación sexual satisfactoria

- Voluntad y consentimiento mutuo y consciente en cualquier momento de la relación. Control sobre cualquier actividad sexual. Posibilidad de parar o variar cualquier actividad sexual no deseada o no satisfactoria.
- Ausencia de presiones externas y de conflictos sociales o personales.
- Responsabilidad sobre las consecuencias fisiológicas, psicológicas, sociales y de relación con la pareja.
- Comunicación. Objetivos comunes, compartidos o conocidos.
- Conocimiento básico sobre la fisiología y la sexualidad humanas. (53)

• Expresión Sexual

Se expresa en la relación de la persona consigo misma y en la convivencia con los otros a través de los vínculos emocionales, del papel sexual, de la respuesta sexual, del erotismo, y de la reproducción. (54)

d. Consumo de Alcohol y Drogas

Los estilos de vida relacionados con el consumo de drogas incluyen comportamientos propios del consumo, tales como el modo de empleo de la droga y la frecuencia con que se usa, y el manejo de los efectos del consumo tanto a nivel personal (alteraciones físicas,

cognoscitivas, emocionales y conductuales) como social (manejo de las relaciones interpersonales, pertenencia a grupos). Igualmente, los estilos de vida incluyen los factores del contexto, como los lugares en los que se presenta, las personas con quien se comparte el hábito o participan en el expendio de la droga. (55)

Adicionalmente, y no menos relevante, las drogas son utilizadas por muchos jóvenes para la reducción de efectos negativos de situaciones que son o adquieren una connotación aversiva, y para incrementar sus sensaciones placenteras.

Las situaciones con una connotación aversiva se presentan, en parte, porque el evento resulta en sí mismo nocivo, como en el caso del abuso sexual, en el cual más que la frecuencia, son consideradas la duración, la intensidad y topografía de la situación o porque los jóvenes no cuentan con estrategias de afrontamiento (de ajuste y manejo de situaciones en la vida cotidiana) y de enfrentamiento (de solución de problemas) adecuadas, ya sea por inhibición o déficit total de las mismas o porque las condiciones mismas desbordan su capacidad de respuesta. (55)

En algunos casos en los que las personas experimentan altos niveles de incertidumbre y angustia con relación al dominio de situaciones de su vida, pueden considerar que drogas como el alcohol, facilitan comportamientos como los requeridos en situaciones sociales o en contactos sexuales. Una de sus mayores dificultades radica en que centran sus expectativas de eficacia y de satisfacción exclusivamente en las condiciones de asociación de los comportamientos, sociales y sexuales, con el consumo de alcohol. De manera particular, en el ámbito sexual por ejemplo, lo que generalmente se ignora es que cuando la frecuencia y la cantidad de consumo del alcohol se incrementa en estos contextos, inicia el detrimento del desempeño sexual no solo por los aspectos psicosociales implicados sino por el compromiso orgánico que

ocurre, lo cual contradice la hipótesis inicial en la cual se sustenta el consumo de sustancias psicoactivas. (55)

El uso de sustancias como el alcohol y la nicotina, así como las otras consideradas como ilícitas, causan efectos en el ámbito sexual, debido a la interrupción o cambio en los niveles de neurotransmisores, especialmente serotonina, norepinefrina y dopamina, que directa o indirectamente afectan el funcionamiento de varias hormonas asociadas con la activación sexual y los mecanismos fisiológicos de los órganos sexuales. (55)

Cuando se aborda el tema del consumo deben considerarse tres elementos importantes:

- Las características mismas de las drogas.
 - Las características de los sujetos (personalidad premórbida; competencias personales como dominio y sentido de responsabilidad de sí mismo, autocontrol, capacidad para solucionar problemas y conflictos, comunicarse asertivamente, planear y construir proyectos de vida; estilos de procesamiento de la información, etc.).
 - Las características de los contextos en que sucede el consumo.
- (55)

Una de las mayores dificultades en el campo de las adicciones es la relación costo -beneficio que realizan los consumidores. Este es uno de los factores proximales más relevantes en las historias de consumo de drogas. Los consumidores de drogas no atienden a sus sistemas de autocontrol, calculan solamente las consecuencias placenteras a corto plazo y no miden las de largo plazo. Esto es debido en parte, a que el consumo de drogas afecta la autorregulación de los circuitos encargados del placer y la motivación, con lo cual la sustancia psicoactiva pasa a ocupar el primer lugar entre las prioridades de las personas. Por otro lado, el uso continuado de las drogas altera los neurotransmisores,

especialmente los niveles de dopamina, sustancia ubicada en la base del cerebro, encargada del funcionamiento cognitivo y motor, así como de participar en las experiencias placenteras. (55)

e. Control Médico

Los controles médicos periódicos preventivos son de gran importancia para mantener una adecuada calidad de vida. Se suele acudir a controles médicos solo cuando uno está enfermo. Pero la mejor manera de lograr una adecuada calidad de vida es la prevención. Por tal motivo, los controles preventivos deben realizarse por las siguientes razones:

- **Por una Mejor Calidad de Vida**

Hoy más que nunca, mejorar la calidad de vida, constituye una de nuestras principales preocupaciones y la prevención es una clave fundamental para lograrlo. (12)

- **Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades**

La promoción de la salud consiste en la aplicación en la vida diaria de consejos útiles vinculados al cuidado de la salud, por ejemplo: ejercicios, dietas, no fumar etc. Por su parte, la prevención de enfermedades evita su existencia de enfermedades. (12)

- **Diagnóstico Precoz**

Con el diagnóstico precoz, especialmente en las enfermedades oncológicas, se pueden iniciar tratamientos en estadios no avanzados de la enfermedad, permitiendo que los mismos sean menos agresivos, menos mutilantes y con mayor posibilidad de curación, como sucede con el cáncer de mama, de cuello uterino y de próstata. (12)

- **Prevención de Complicaciones**

Control y seguimiento estandarizado en pacientes que presentan enfermedades crónicas: (dislipidemias, diabetes, hipertensión arterial, colagenopatías, insuficiencia respiratoria etc.), Este esquema lo acuerdan entre el médico especialista y el paciente. (12)

Las consultas Preventivas deberían incluir a todos los grupos de edad y diferenciarse según género:

- Consultas al pediatra, clínico o ginecólogo una vez al año.
- Exámenes odontológicos: una vez al año.
- Control de TA desde la adolescencia.
- Dosaje de colesterol anual para personas de entre de 35 a 65 años.
- Dosaje de Glucosa en sangre una vez al año después de los 30 años.
- Screening para cáncer uterino -Colposcopia y Papanicolau- para mujeres luego del inicio de sus actividades sexuales.
- Mamografías, aunque existen discusiones al respecto, hay recomendaciones internacionales que indican que las mamografías de rutina deben hacerse cada dos años a partir de los 40 años, y anualmente luego de los 50. Si existen otras enfermedades de la mama, o antecedentes familiares de cáncer, se consulta con el médico esta frecuencia de estudios.
- Próstata: consulta al urólogo para los varones mayores de 50 años. Determinación anual del PSA (Antígeno Prostático Específico) o por indicación del especialista luego de esa edad.
- Evaluación nutricional: una vez al año. (12)

2.2.3. Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

A. Definición

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), también conocido como Síndrome de Stein-Leventhal, es una situación en la que la mujer no ovula con normalidad y que se asocia a alteraciones hormonales a varios niveles.

Es una enfermedad que tiene una importancia cada vez mayor en nuestros días por dos motivos: por la relación que guarda con la obesidad, que es hoy muy frecuente, y por afectar a mujeres cada vez más jóvenes y en edad fértil, siendo un grave problema para ellas la esterilidad que provoca esta patología. (56)

El síndrome de ovario poliquístico, es la asociación de hiperandrogenismo con anovulación crónica en mujeres sin enfermedad de las glándulas adrenales o pituitaria subyacente, con ovarios que exhiben típicas características ultrasonográficas como la presencia de más de ocho folículos menores de 10 mm de diámetro, dispuestos en forma periférica y un estoma hiperecogénico. (57)

a. Anatomía de los Ovarios

Son glándulas de secreción mixta (externa e interna). La secreción interna está dada por las hormonas femeninas que son los estrógenos y la progesterona. La secreción externa está dada por el ovulo.

Los ovarios se encuentran situados a los lados del útero y unidos a este por medio de un ligamento llamado útero-ovárico. También tienen otro ligamento que los mantiene en su lugar o sostenidos y que se llama infundibulopélvico o suspensorio del ovario. (41)(58)

Los ovarios miden aproximadamente tres centímetros de largo por dos centímetros de ancho por 1,5 centímetros de espesor en la mujer en edad reproductiva, siendo más pequeños en niños en niñas y en las ancianas. Son de color blanco nacarado con superficie lisa en las niñas y de superficie rugosa en mujeres adultas. Son de forma ovoide y se divide en dos partes principales que son: la corteza, la médula. (58)

La corteza, es más delgada que la médula; sin embargo, la corteza es la capa funcional del ovario donde se producen las hormonas femeninas y donde se produce el ovulo.

La médula, es la capa más gruesa del ovario pero solo sirve para alimentar el ovario. Esta lleva nervios, vasos sanguíneos. Generalmente un ovario es más grande que el otro, pero esto no indica patología. En ocasiones puede haber quistes que usualmente son benignos pero en mujeres adultas mayores puede indicar cáncer. (58)

b. Ciclo Ovárico

El objetivo del ciclo ovárico es producir un ovulo al mes, con fines reproductivos. Se inicia con un pico o elevación de la hormona folículo estimulante (FSH), que va a estimular el crecimiento de los folículos primordiales, para que inicien su desarrollo.

Muchos folículos en ambos ovarios inician el crecimiento simultáneo pero solo uno de ellos llega a madurar convirtiéndose en un folículo maduro llamado folículo de "De Graaf". (58)

Los demás folículos, que también iniciaron el crecimiento sufren atresia y suspenden su crecimiento.

Alrededor del día 12 del ciclo, el folículo se va acercando a la superficie ovárica y para el día 13 cuando alcanza alrededor de 21 a 22 milímetros está próximo a ovular, es decir, liberar el ovulo a través de una delgada membrana por acción de las

prostaglandinas y la hormona luteinizante y que se llama estigma de ovulación.(58)

Entre el día 13 y 14 ocurre la ovulación, se revienta, rompe el folículo de De Graaf y libera su contenido: el ovulo, liquido folicular y células de la granulosa además de sangre en escasa cantidad. Esto causa una pequeña reacción peritoneal que puede ser percibida por la mujer con un pequeño dolor en la fosa iliaca correspondiente. Al salir el ovulo, este es capturado por las fimbrias de la trompa de Falopio y lo transportan hacia el tercio externo o región ampular, ahí permanece 48 horas vivo en espera de ser fecundado, si no se fecunda el ovulo es expulsado hacia la cavidad abdominal en donde muere y reabsorbe. (58)

El folículo roto una vez que expulso el ovulo y todo su contenido cambia su nombre a “cuerpo amarillo” o “cuerpo lúteo” que sufre una hipertrofia de las células de la granulosa que serán las encargadas de producir la progesterona. Si hay embarazo el cuerpo amarillo sigue funcionando produciendo progesterona para evitar el aborto, si no hay embarazo el cuerpo amarillo deja de funcionar, ya no produce progesterona y se presenta la menstruación, entonces el cuerpo amarillo se convierte en cuerpo blanco o “corpus Albicans” que ya no tiene ninguna función. (58)

B. Causas del Síndrome de Ovario Poliquístico

La fisiopatología del SOP es incierta, existen teorías que sugieren la intervención de varios factores:

- **Base Genética Ligada al Cromosoma X**

Evidencias de una agregación familiar y parece seguir un patrón de herencia autosómica dominante; las madres de aproximadamente 50% de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico también lo padecieron.

- **Factor Ambiental**

Obesidad, estrés crónico.

- **Grados de Resistencia Insulinica e Hiperinsulinismo**

En mujeres con síndrome de ovario poliquístico se ha descrito una alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario, que se distingue por aumento de la actividad del hipotálamo que produce un mayor número de pulsos de la hormona liberadora de gonadotropinas, lo que a su vez aumenta a la hormona luteinizante. Al predominar la hormona luteinizante se sintetizan preferentemente andrógenos en el ovario.

La resistencia a la insulina puede desempeñar una función central en la causa del síndrome: el músculo esquelético es profundamente resistente, mientras que otros tejidos, como el hipotálamo, la glándula suprarrenal y el ovario, conservan la sensibilidad a la insulina. La hiperinsulinemia compensadora resulta en una disminución en la globulina transportadora de esteroides sexuales y simultáneamente sirve como un estímulo trófico en la producción de andrógenos por parte de las glándulas suprarrenales y el ovario. La insulina también tiene efectos directos en el hipotálamo, ya que estimula el apetito y la secreción de gonadotropinas. (4)

C. Signos y Síntomas de Síndrome de Ovario Poliquístico

a. Infertilidad

La esterilidad se define como la incapacidad para reproducirse, y se calcula su incidencia en aproximadamente el 10% de las parejas. (59)

b. Acné

Es una enfermedad que se caracteriza por la aparición de lesiones en la piel como consecuencia de una foliculitis, una inflamación y posterior infección del poro folicular (orificio de salida del pelo). Estas lesiones suelen ser granos, espinillas negras y parches rojos e inflamados, como quistes. (60)

c. Hirsutismo

Es el crecimiento excesivo de vello, principalmente en mujeres, en zonas en las que no suele producirse: labio superior, patillas, barbilla, cuello, areolas mamarias, tórax, en el área inmediatamente superior o inferior al ombligo, así como en ingles, muslos o espalda. (61)

d. Alopecia

Es una afección que ocasiona parches redondos de pérdida del cabello y puede llevar a la calvicie total. (62)

e. Periodos menstruales

• **Amenorrea**

Es la ausencia del período menstrual (menstruación). Se habla de amenorrea primaria cuando una mujer joven aún no ha tenido un período al llegar a los 16 años de edad.

La amenorrea secundaria se produce en una mujer que solía tener un período regular, pero que posteriormente se detiene por lo menos durante tres meses (esto puede incluir el embarazo). (63)

• **Oligo amenorrera**

Reducción del número de menstruaciones (con un intervalo superior a 34 días entre dos períodos de regla) o de la

cantidad de flujo menstrual. Puede tratarse de un carácter constitucional y sin significado patológico, o deberse a trastornos endocrinos, genitales o de otro tipo. (64)

f. Erupción Cutánea

Una erupción cutánea es una alteración en la coloración y la textura de la piel. Si este cambio en la piel es repentino la erupción cutánea se denomina exantema. Los exantemas pueden tener muchas causas, ser muy diferentes y aparecer en diferentes zonas del cuerpo. Una erupción cutánea puede afectar a diferentes zonas del cuerpo como la cara, los brazos o el abdomen. Otras veces, la erupción cutánea se extiende por todo el cuerpo. Con frecuencia, las erupciones cutáneas se desplazan lentamente de una zona del cuerpo a otra. (65)

g. Pigmentación de la Piel

La piel, es el mayor órgano del cuerpo humano. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno, y éste varía en cada especie. Anatómicamente se toma como referencia las medidas estándar dentro de la piel humana. También es conocido como sistema tegumentario. (66)

- **Manchas Cutáneas**

- Son manchas planas de color marrón o negro que pueden aparecer en zonas de la piel que están expuestas al sol. (67)

- **Manchas en Pliegues**

- Manchas que se ubican en pliegues cutáneos. (67)

- **Pigmentación de Partes Expuestas**

Manchas que pueden aparecer en distintas partes del cuerpo.
(67)

h. Crecimiento de Vello

El ciclo del vello humano tiene cuatro fases. Los folículos no es tan sincronizados, y por lo tanto, un pelo muy próximo a otro puede hallarse en una fase diferente al mismo tiempo. Sin embargo, las influencias hormonales que siguen unas fechas o infecciones se veras, pueden causar la sincronización del vello del ciclo del crecimiento del vello. Las cuatro fases de crecimiento son:

- Anágena: la fase anágena, es la fase del crecimiento del vello. Durante la fase anágena temprana, un bello nuevo crece desde el folículo piloso, empujando al vello viejo fuera, por el tallo piloso.
- Catágena: en la fase catágena se degrada el bulbo piloso y se detiene en crecimiento celular y la producción demelanina. El bulbo piloso es desplazado hacia arriba, hacia la superficie de la piel.
- Exógena: en esta fase el vello cae del folículo piloso.
- Telógena: es la fase típica de reposo. Duración de la fase telógena depende del sitio anatómico. (68)

I. Dolor Pélvico

El dolor pélvico ocurre principalmente en la parte baja del abdomen. El dolor puede ser constante o aparecer y desaparecer. Si el dolor es fuerte, puede interferir con las actividades cotidianas. Las mujeres pueden presentar un dolor tenue durante el período menstrual. También puede ocurrir durante las

relaciones sexuales. El dolor pélvico puede ser un signo de que existe un problema con uno de los órganos de la región pélvica, tal como el útero, los ovarios, las trompas de Falopio, el cuello uterino o la vagina. (69)

j. Obesidad

La obesidad significa tener demasiada grasa corporal. No es lo mismo que tener sobrepeso, lo cual significa pesar demasiado. Una persona puede tener sobrepeso por músculo o agua extra, al igual que por tener demasiada grasa. (NIH Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. (70)

k. Aumento de LH

En condiciones normales después de la regla la hipófisis femenina comienza a segregar FSH (hormona folículo estimulante) que favorece la producción de estrógenos en el ovario, necesarios para la regeneración del endometrio uterino que se ha eliminado con la menstruación. A mitad de ciclo sucede la ovulación gracias a una descarga en pico de LH por parte de la hipófisis, y con ella aparece el cuerpo lúteo en el ovario, que segrega progesterona y prepara el endometrio para recibir el posible óvulo fecundado. (56)

- En una mujer con Síndrome de ovario poliquístico este mecanismo no funciona bien, los ciclos de FSH y LH se alteran haciendo que la LH se eleve de forma exagerada y continua. Por esto, no existe un pico puntual de LH que provoque la ovulación a su debido tiempo. (56)

l. Aumento de Andrógenos (hormonas sexuales masculinas)

El aumento de la LH estimula la producción de andrógenos en una zona específica del ovario llamada “teca”. Muchos de los

andrógenos pasan de la teca a la granulosa, otra zona del ovario donde se producen estrógenos a partir de los andrógenos y, como hay mucha cantidad, es normal que también los niveles de estrógenos estén más altos de lo habitual. También se origina un aumento de la producción de andrógenos en las cápsulas suprarrenales. (56)

D. Tratamiento del Síndrome de Ovario Poliquístico

Hay varias formas de tratar el síndrome de ovario poliquístico de forma directa o paliar sus síntomas. En primer lugar, lo más eficaz son las medidas higiénicas, como perder peso. Es de sobra conocida la relación entre obesidad y Síndrome de ovario poliquístico, y cómo esta relación termina por convertirse en un círculo vicioso que hay que cortar. Para ello se anima a las pacientes a realizar ejercicio diario (caminar al menos 30 minutos todos los días a ritmo moderado), y seguir una dieta no muy estricta pero que favorezca la pérdida de calorías. Con ello el ciclo menstrual se puede regular. Entrando en el territorio de los fármacos, el primero en prescribirse es la metformina: un antidiabético oral del tipo de las biguanidas. Favorece la captación de azúcar por los órganos corporales, eliminando así la resistencia a la insulina que es uno de los pilares de las causas del Síndrome de ovario poliquístico. (56)

Para tratar las consecuencias del hiper androgenismo (hirsutismo y acné) se recomienda la toma de anticonceptivos orales que regulan la producción hormonal. Si no es suficiente, se añaden medicamentos directamente anti androgénicos que interrumpen la secreción de andrógenos en el ovario (por ejemplo, el acetato de ciproterona). (56)

Por último, uno de los problemas más graves del SOP para las mujeres en edad fértil es la esterilidad. Para corregirla se intenta en primer lugar la inducción de la ovulación con clomifeno, que aumenta los niveles de FSH y regula así la producción de LH. Si falla, se puede

utilizar directamente FSH como medicamento y, si también falla, queda la cirugía, con la que se destruye una parte del ovario para así eliminar la producción exagerada de hormonas sexuales que perpetúan la enfermedad. (56)

E. Rol del Enfermero en la Prevención del Síndrome de Ovario Poliquístico

La prevención del síndrome de ovario poliquístico consiste en eliminar los factores de riesgo que se puedan modificar. De todos ellos el más importante es la obesidad, que hoy en día es una verdadera epidemia en los países desarrollados y empieza a serlo en los países en vías de desarrollo. (71)

En los últimos años se ha visto un incremento en el número de casos de síndrome de ovario poliquístico, especialmente entre las mujeres jóvenes y adolescentes. Este incremento es consecuencia directa de los cambios en los hábitos de la sociedad como la alimentación rica en grasas y productos azucarados (Sobre todo refrescos), y una vida cada vez más sedentaria. (71)

Las campañas orientadas a que la población adopte hábitos saludables para la prevención de la diabetes, hipertensión, etcétera son también útiles para la prevención del Síndrome de Ovario Poliquístico, y solucionarán un gran porcentaje de los casos de esterilidad femenina que se dan hoy en día. (71)

Existen escasos estudios que evalúen calidad de vida en mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico, sin embargo, los estudios encontrados más bien evalúan la sintomatología del SOP y el efecto en la calidad de vida por separado. La percepción de severidad de las mujeres en relación a su patología está asociada directamente con la calidad de vida de éstas, y no con la severidad clínica. Cada mujer se ve afectada y enfrenta de manera diferente su enfermedad, por lo

tanto es importante considerar la valoración individual, que permita entregar cuidados enfocados en las necesidades de cada mujer y así otorgar una atención integral de calidad.

Se debe tener presente los aspectos más relevantes que preocupan a estas mujeres, comprendiendo que ésta patología produce altos niveles de estrés, que pueden ser aminorados con una intervención adecuada. Para esto es necesario desarrollar habilidades para establecer una relación de ayuda que permita dar respuesta a la problemática de cada mujer, lo que destaca el rol de la enfermera como agente de contacto y cambio en la población. (71)

En relación al efecto negativo que provoca la policonsulta en estas mujeres, la educación es crucial para proveer herramientas necesarias que las hagan capaces de consultar oportunamente y por lo tanto recibir un diagnóstico y tratamiento precoz. De esta manera se estarán evitando la aparición de sentimientos negativos en torno a la enfermedad y a los profesionales de la salud, todos ellos con la participación activa de los profesionales en enfermería para propiciar la adecuada comunicación y educación. (71)

La medición de la calidad de vida debiera ser un parámetro incluido en la evaluación de enfermería, ya que permite valorar las intervenciones terapéuticas así como también los posibles efectos a corto y largo plazo. Es necesario incluir parámetros subjetivos al momento de evaluar la intervención realizada, ya que de esta manera se está realmente considerando la perspectiva de las usuarias en una dimensión integral. (71)

2.2.4. Estudiantes de Enfermería

Se encuestó a todas aquellas estudiantes del VII y VIII ciclo que asisten regularmente a la Universidad Alas Peruanas, el tiempo aproximado que asisten diariamente a realizar sus actividades laborales son de un

promedio seis a siete horas diarias y por ello que se ven en la necesidad del consumo de alimentos inadecuados.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a . Alimentación No Saludable

Cuando el consumo de algunos alimentos pueden ser perjudiciales para la salud (72)

b. Dismenorrea

Son los períodos en los cuales una mujer experimenta dolor en la parte baja del abdomen tipo cólico, dolor agudo e intermitente o posiblemente dolor de espalda. (73)

Algo de dolor durante la menstruación es normal, pero una gran cantidad de dolor no lo es. El término médico para los períodos excesivamente dolorosos es dismenorrea. (73)

c. Estudiantes Universitarios

Ser estudiante universitario significa ser protagonista de su propia carrera, es decir conducir las riendas de su formación superior. Un universitario no se contenta con que alguien le transmita los conocimientos, sino que elabora su propio conocimiento. Un estudiante universitario se nutre de sus profesores, de buena bibliografía, del mundo que lo rodea y pregunta y se pregunta, para poder encontrar sus propias respuestas que lo satisfagan. (74)

d. Ciclo Académico

Se refiere a un periodo de tiempo, que cuando finaliza se inicia nuevamente, es una serie de etapas que van en secuencia. (75)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Es probable que exista una relación significativa entre los estilos de vida y el síndrome de ovario poliquístico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas 2016.

2.4.2. Hipótesis Específicas

H₁. Es probable que los estilos de vida no sean buenos en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

H₂. Es probable que las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas presenten alta probabilidad de tener Síndrome de Ovario Poliquístico.

H₃. Existe relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico y la alimentación en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

H₀. No existe relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico y la alimentación en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

H₄ Existe relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico y la actividad física en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

- H₀**. No existe relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico y la actividad física en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. .
- H₅**. Existe relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico y la actividad sexual en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.
- H₀**. No existe una relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico con la actividad sexual en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.
- H₆**. Existe relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico y el consumo de alcohol y drogas en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.
- H₀**. No existe una relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico y el consumo de alcohol y drogas en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.
- H₇**. Existe relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico con el control médico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.
- H₀**. No existe una relación entre el Síndrome de Ovario Poliquístico con el control médico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

2.5. VARIABLES

A. Variable Independiente (X)

Estilos de vida.

Indicadores:

- Alimentación
- Actividad física
- Actividad sexual
- Consumo de alcohol y drogas
- Control médico

B. Variable Dependiente (Y)

Síndrome de ovario poliquístico.

Indicadores:

- Periodos menstruales alterados.
- Erupción cutánea.
- Crecimiento de vello.
- Dolor pélvico
- Pigmentación de la Piel.

2.5.1. Definición Conceptual de la Variable

a. Estilos de Vida

El estilo de vida se puede considerar como a los hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas. Frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. (76)

b. Síndrome de Ovario Poliquístico

El Síndrome de Ovario Poliquístico es una alteración hormonal y metabólica que se define como una disfunción ovulatoria causada por una hiper androgenemia (exceso de hormonas masculinas). (77)

2.5.2. Definición Operacional de la Variable

a. Estilos de Vida

Será medido a través de un cuestionario que evidenciará el estilo de vida de las estudiantes de enfermería del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería.

Compuesto por los patrones de alimentación, actividad física, consumo de alcohol y drogas, actividad sexual y controles médicos. La valoración: deficiente estilo de vida, regular estilo de vida, buen estilo de vida.

b. Síndrome de Ovario Poliquístico

Es un trastorno endocrino caracterizado por: menstruación irregular o amenorrea, infertilidad, y presencia de ovario poliquístico; exceso de actividad androgénica con acné e hirsutismo; y resistencia a la insulina. Será medido por un cuestionario elaborado para tal fin, cuya valoración es: baja probabilidad, mediana probabilidad o alta probabilidad de síndrome de ovario poliquístico. (78)

2.5.3. Operacionalización de la Variable

VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTOS	ÍTEMS	VALORACIÓN	ESCALA
Variable X Estilos de vida	Alimentación.	Cuestionario	1,4,6,8,12,15	Deficiente Regular Bueno	Nominal
	Actividad física.		3,5,7,11,13		Nominal
	Actividad sexual.		10,14		Nominal
	Consumo de alcohol y drogas.		16,17,18		Nominal
	Control médico.		2,9		Nominal
Variable Y Síndrome de Ovario Poliquístico	Periodos menstruales	Cuestionario	1,2,3,10	Baja Mediana Alta probabilidad	Nominal
	Erupción cutánea.		4		Nominal
	Piel: pigmentación oscura,		5,6,9		Nominal
	Crecimiento de vello: abdomen, cara y muslos.		7,8		Nominal
	Dolor pélvico.		11,12		Nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo

El tipo de investigación es relacional causal, método ex post-facto, enfoque cuantitativo y paradigma positivista.

Por el número de variables: bivariada.

Por la temporalidad: prospectivo.

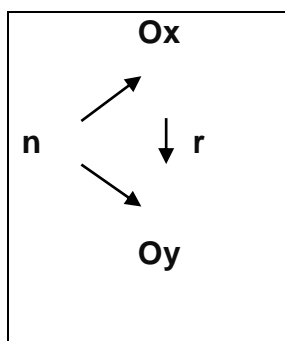
Por el número de mediciones: transversal.

3.1.2. Nivel

El nivel de la investigación es descriptivo no experimental porque la variable de estudio no ha sido manipulada.

3.1.3. Diseño

El diseño es no experimental, relacional causal, transversal. Cuya representación es gráfica:



Dónde:

n = muestra de estudio.

Ox = medición de la variable 1.

Oy = medición de la variable 2.

r = relación entre variables.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Ubicación Espacial

La presente investigación se realizó en la universidad Alas Peruanas ubicada en la Urb. Daniel Alcides Carrión G-14 del distrito de José Luis Bustamante y Rivero Arequipa 2016.

3.2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizó entre los meses de abril a octubre 2016.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La presente investigación se aplicó en la población de la Universidad Alas Peruanas-Arequipa. Estudiantes de VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería, siendo 146 el número de estudiantes.

3.3.2. Muestra

A. Cálculo del Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra se determinó mediante fórmula estadística para poblaciones finitas:

$$n = \frac{E \cdot N \cdot P \cdot Q}{E^2(N - 1) + E \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{5(146) \cdot (50) \cdot (50)}{5^2(146 - 1) + 5(50)(50)}$$

$$n = \frac{1850.00}{16.125}$$

$$n = 114$$

Dónde:

- n = tamaño de la muestra
- N = población total
- P = probabilidad de acierto
- Q = probabilidad de error
- E = probabilidad de error: 5%

Tabla 1

Frecuencia de la población de estudiante de VII y VIII ciclo.

Ciclo	fi	%
VII	46	40,00
VIII	68	60,00
Total	114	100,00

Fuente: Escuela Académico de Enfermería

3.3.3. Criterios de Inclusión

- Estudiantes que asisten regularmente a la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas filial Arequipa.
- Estudiantes matriculadas.
- Consentimiento informado.

3.3.4. Criterios de Exclusión

- Estudiantes que no asisten regularmente.
- Estudiantes que tengan tratamiento para el síndrome de ovario poliquístico.
- Estudiantes en etapa de embarazo.
- Estudiantes que no den su consentimiento informado.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnicas

Para la Variable X

Estilos de vida, se utilizó la encuesta.

Para la Variable Y

Síndrome de ovario poliquístico se utilizará la encuesta.

3.4.2. Instrumentos

Para la Variable X

Estilos de vida, se utilizó el cuestionario.

El cuestionario consta de 18 ítems, que responden a “sí” 1 (un) punto y “no” 0 (cero) punto cuyas dimensiones están distribuidas en:

Indicadores	Ítems
Alimentación	1,4,6,8,12,15
Actividad Física	3,5,7,11,13
Consumo de Alcohol y drogas	16,17,18
Actividad sexual	10,14
Control Médico	2,9

La sistematización de la variable Estilos de Vida, dará lugar a las siguientes categorías:

Estilos de Vida	Puntaje
Deficientes estilos de vida	0-6
Regular estilos de vida.	7-13
Buenos estilos de vida	13 a 18

Para la Variable Y

Para el Síndrome de ovario poliquístico, se usó el cuestionario, el instrumento consta de 12 ítems que responden a Si (1 punto) y No (0 punto) y están distribuidos de la siguiente manera:

Indicadores	Ítems
Erupción Cutánea	4
Crecimiento de vello	7,8
Periodos menstruales	1,2,3,10
Dolor pélvico	11,12
Pigmentación de la Piel	5,6,9

La sistematización de la variable síndrome de ovario poliquístico dará lugar a las siguientes categorías:

Síndrome	Puntaje
Baja probabilidad.	0-4
Mediana probabilidad.	5-8
Alta probabilidad.	9 a 12

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

A. Validación de Instrumentos

Este instrumento ha sido validado por tres expertos: por un Médico y dos Enfermeras, con Coeficiente de Confiabilidad: Alfa (α) de Cronbach: 0,80.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Procedimiento

A. Coordinación con las Autoridades

- a. Presentación de la solicitud para la aplicación de los instrumentos dirigido a la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería.
- b. Presentación en el Vicerrectorado de la UAP.

B. Aplicación del Instrumento

- a. Explicación a las estudiantes de enfermería acerca del objetivo de la investigación y su desarrollo para lograr su colaboración.
- b. Orientación al momento del llenado de los cuestionarios.
- c. Procesamiento de la información.
 - Obtenida la muestra y habiendo utilizado el muestreo No probabilístico, se procedió a realizar el análisis estadístico, utilizando el paquete estadístico SPSS.
 - En nuestras variables de estudio utilizamos: Cuadros de frecuencia y Chi cuadrado.

C. Presentación de los Resultados

Se elaboró un informe final de acuerdo a las especificaciones de la Escuela Profesional de Enfermería.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla 2

Tabla de frecuencias y porcentajes de los estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Distribución de la población según ciclo de estudios		
Año de estudios	fi	%
Séptimo	46	40,00
Octavo	68	60,00
Total	114	100.00

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que de los estudiantes de enfermería encuestadas, el 60,00% de la población corresponde al VIII ciclo y el 40.00% al VII ciclo.

Tabla 3

Tabla de frecuencias y porcentajes de la población según la edad de estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Edad	Edad según ciclo de estudios				Total	%
	Ciclo de estudios		Ciclo de estudios			
	VII	%	VIII	%		
19 a 23	29	25,00	46	40,50	75	65,50
24 a 28	13	11,00	18	16,00	31	27,00
29 a 33	2	2,00	4	3,50	6	5,50
34 a más	2	2,00	0	0,00	2	2,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que el 65,50% de la población corresponde a estudiantes que tienen edades entre 19 a 23 años, y de ellas el 40,50% cursan el octavo ciclo en la Escuela de enfermería.

Tabla 4

Tabla de frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto a la alimentación, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilos de vida Alimentación	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Bueno	14	12,00	10	9,00	24	21,00
Regular	18	16,00	29	25,50	47	41,00
Deficiente	14	12,28	29	25,50	43	38,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Con respecto a los estilos de alimentación, se observa que el 25,50% de las estudiantes del octavo ciclo tienen estilos de vida regulares y en la misma cifra deficientes. A diferencia de las estudiantes del séptimo ciclo el 16,00% tienen estilos de vida regulares en alimentación.

Se puede inferir que el 41,00% de las estudiantes estudiadas tienen estilos de vida regulares con respecto a la alimentación.

Tabla 5

Tabla de frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto a la actividad física, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilos de vida Actividad física	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Bueno	5	4,00	8	7,00	13	11,00
Regular	23	20,00	21	19,00	44	39,00
Deficiente	18	16,00	39	34,00	57	50,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Con respecto a los estilos de vida según actividad física se observa que el 34,00% de estudiantes del octavo ciclo tienen estilos de vida deficientes; a diferencia del 20,00% de estudiantes del séptimo ciclo tienen estilos de vida regulares.

Se puede inferir que el 50,00 % de las estudiantes tienen estilos de vida deficiente con respecto a este indicador; a mayor nivel de estudios la actividad física se practica menos la actividad física.

Tabla 6

Tabla de frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto a la actividad sexual, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Actividad sexual responsable	Año de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Bueno	23	20,00	18	16,00	41	36,00
Regular	14	12,00	29	25,50	43	37,50
Deficiente	9	8,00	21	18,50	30	26,50
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Con respecto a los estilos de vida según actividad sexual responsable, se observa que el 25,50% de estudiantes del octavo ciclo tienen estilos de vida regulares. A diferencia del 20,00% de estudiantes del séptimo tienen estilos de vida buenos.

Se puede inferir que los estudiantes en 37,50 % tienen estilos de vida regulares. Y un 36,00% estilos de vida buenos con respecto a este indicador, así mismo el 26,50% se encuentran en riesgo de enfermar por patologías de transmisión sexual.

Tabla 7

Tabla de frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto al consumo de sustancias de alcohol y drogas, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Consumo de Alcohol y drogas	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Bueno	39	34,00	47	41,00	86	75,00
Regular	4	3,00	16	14,00	20	18,00
Deficiente	3	3,0	5	5,00	8	7,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Con respecto a los estilos de vida según consumo de alcohol y drogas, se observa que el 41,00% de estudiantes del octavo ciclo y el 34,00% del séptimo ciclo tienen estilos de vida buenos, ellos no consumen sustancias como alcohol y/o drogas

El 75% de estudiantes estudiadas tienen buenos estilos de vida.

De los estudiantes con estilos deficientes un 7,00% se encuentran en riesgo de consumo de sustancias nocivas para la salud.

Tabla 8

Tabla de frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto al control médico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilos de vida Control Médico	Ciclo De Estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Bueno	16	14,00	20	18,00	36	32,00
Regular	15	13,00	26	23,00	41	36,00
Deficiente	15	13,00	22	19,00	37	32,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Con respecto a los estilos de vida según chequeo y/o control médico, se observa que el 23,00% de estudiantes del octavo ciclo tienen estilos de vida regulares. Y un 14,00% de estudiantes del séptimo ciclo tienen estilos de vida buenos con respecto al indicador control médico.

Se puede inferir que el 36,00% de las estudiantes tienen estilos de vida regulares con respecto al control médico.

Tabla 9

Tabla de frecuencias y porcentajes de los estilos de vida global en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilos de vida Global	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Bueno	9	8,00	4	4,00	13	12,00
Regular	31	27,00	53	46,00	84	73,00
Deficiente	6	5,00	11	10,00	17	15,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Con respecto a los estilos de vida un 46,00% de las estudiantes del octavo ciclo tienen estilos de vida regulares y en menor porcentaje 27,00% de estudiantes del séptimo ciclo también tienen estilos de vida regulares.

Se puede inferir que el 73,00% de estudiantes tienen estilos de vida regular.

Tabla 10

Tabla de frecuencias y porcentajes de los estilos de vida global en estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilos de vida	fi	%
Bueno	13	12,00
Regular	84	73,00
Deficiente	17	15,00
Total	114	100,00

Fuente Elaboración propia 2016

Con respecto a los estilos de vida un 73,00% de las estudiantes de la escuela de enfermería tienen estilos de vida regular, seguida del 15,00%, con estilos de vida deficientes y el 12,00% tienen estilos de vida buenos.

Tabla 11

Tabla de frecuencias y porcentajes según síndrome de ovario poliquístico respecto a alteración en periodo menstrual, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Periodo menstrual	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Alta Probabilidad	0	0,00	1	1,00	1	1,00
Mediana Probabilidad	17	15,00	23	20,00	40	35,00
Baja Probabilidad	29	25,00	44	39,00	73	64,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Las estudiantes del séptimo y octavo ciclo tienen baja probabilidad de presentar alteración en el ciclo menstrual en 25,00%, 39,00% respectivamente.

Se puede inferir que el 64,00% del total de estudiantes estudiadas, tienen baja probabilidad de presentar alteración en el periodo menstrual.

Tabla 12

Tabla de frecuencias y porcentajes del síndrome de ovario poliquístico respecto al signo de erupción cutánea, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Erupciones cutáneas	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Alta Probabilidad	14	12,00	18	16,00	32	28,00
Mediana Probabilidad	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Baja Probabilidad	32	28,00	50	44,00	82	72,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Las estudiantes del séptimo y octavo ciclo tienen baja probabilidad de presentar erupciones cutáneas en 28,00% y 44,00% respectivamente.

Se puede inferir que el 72,00% del total de estudiantes estudiadas, tienen baja probabilidad de presentar erupciones cutáneas como signo del síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 13

Tabla de frecuencias y porcentajes del síndrome de ovario poliquístico respecto a pigmentación de la piel en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Piel y su Pigmentación	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Alta Probabilidad	2	2,00	3	3,00.	5	5,00
Mediana Probabilidad	16	14,00	24	21,00	40	35,00
Baja Probabilidad	28	24,00	41	36,00	69	60,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Las estudiantes del séptimo y octavo ciclo tienen baja probabilidad de presentar pigmentación de la piel en 24,00% 36,00 % respectivamente.

Se puede inferir que el 60,00 % del total de estudiantes estudiadas, tienen baja probabilidad de presentar pigmentación en la piel como signo del síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 14

Tabla de frecuencias y porcentajes de síndrome de ovario poliquístico respecto al crecimiento de vello en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Crecimiento de vello	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Alta Probabilidad	3	3,00	8	7,00	11	10,00
Mediana Probabilidad	22	19,00	29	26,00	51	45,00
Baja Probabilidad	21	18,00	31	27,00	52	45,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Las estudiantes del séptimo ciclo en 19,00% tienen mediana probabilidad de presentar crecimiento de vello, a diferencia de las estudiantes del octavo ciclo que tienen baja probabilidad en 27,00%.

Se puede inferir que el 45,00% del total de estudiantes estudiadas, tienen mediana y baja probabilidad de presentar crecimiento de vello como signo del síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 15

Tabla de frecuencias y porcentajes de síndrome de ovario poliquístico respecto al dolor pélvico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Dolor pélvico	Ciclo de estudios				Total	%
	VII	%	VIII	%		
Alta Probabilidad	12	10,00	14	13,00	26	23,00
Mediana Probabilidad	18	16,00	31	27,00	49	43,00
Baja Probabilidad	16	14,00	23	20,00	39	34,00
Total	46	40,00	68	60,00	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Las estudiantes del séptimo y octavo ciclo tienen mediana probabilidad de presentar dolor pélvico en 16,00% y 27,00% respectivamente.

Se puede inferir que el 43,00% del total de estudiantes estudiadas, tienen mediana probabilidad de presentar dolor pélvico como síntoma del síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 16

Tabla de frecuencias y porcentajes de síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Síndrome de ovario poliquístico		
	fi	%
Alta probabilidad	1	1,00
Mediana probabilidad	54	47,00
Baja probabilidad	59	52,00
Total	114	100,00

Fuente: elaboración propia 2016

Se observa que el 52,00% de estudiantes estudiadas tienen baja probabilidad de presentar síndrome de ovario poliquístico, seguido del 47,00% de estudiantes que tienen mediana probabilidad. La alta probabilidad es 1,00%.

Tabla 17

Tabla de contingencia sobre estilos de vida con respecto a la alimentación y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilo de vida Alimentación	Síndrome de ovario poliquístico						Total	%
	Baja		Probabilidad Mediana		Alta			
		%		%		%		%
Bueno	13	11,00	11	9,50	0	0,00	24	21,00
Regular	27	24,00	20	17,50	0	0,00	47	41,00
Deficiente	19	17,00	23	20,00	1	1,00	43	38,00
Total	59	52,00	54	47,00	1	1,00	114	100,00

Chi cuadrado: 3,030 gl 4 p=0,553

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que el 24,00% de estudiantes que tienen baja probabilidad de presentar síndrome de ovario poliquístico tienen estilos de vida regulares, y el 20,00% de estudiantes que tienen mediana probabilidad tienen deficientes estilos de vida con respecto a la alimentación.

No existe relación entre estilos de vida con respecto a la alimentación y síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 18

Tabla de contingencia sobre estilos de vida con respecto a la actividad física y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilo de vida Actividad física	Síndrome de ovario poliquístico						Total	%
	Probabilidad							
	Baja	%	Mediana	%	Alta	%		
Buena	6	5,00	7	6,00	0	0,00	13	11,0
Regular	22	19,00	22	19,00	0	0,00	44	39,00
Deficiente	31	27,00	25	22,00	1	1,00	57	50,00
Total	59	51,00	54	47,00	1	1,00	114	100,00

Chi cuadrado: 1,509 gl 4 p=0,825

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que el 27, 00% de estudiantes que tienen baja probabilidad de presentar síndrome de ovario poliquístico tienen estilos de vida deficientes, y el 22,00% de estudiantes que tienen mediana probabilidad tienen deficientes estilos de vida con respecto a la actividad física.

No existe relación entre estilos de vida con respecto a la actividad física y síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 19

Tabla de contingencia sobre estilos de vida con respecto a la actividad sexual responsable y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Actividad sexual	Síndrome de ovario poliquístico						Total	%
	Baja		Probabilidad Mediana		Alta			
	Baja	%	Mediana	%	Alta	%		%
Buena	22	19,00	19	17,00	0	0,00	41	35,96
Regular	20	18,00	22	19,00	1	1,00	43	37,72
Deficiente	17	15,00	13	11,00	0	0,00	30	26,32
Total	59	52,00	54	47,00	1	1,00	114	100,00

Chi cuadrado: 2,291 gl 4 p=6,682

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que el 19,00% de estudiantes que tienen baja probabilidad de presentar síndrome de ovario poliquístico tienen estilos de vida buenos, y con la misma cifra 19,00% de estudiantes que tienen mediana probabilidad tienen regulares estilos de vida con respecto a la actividad sexual responsable.

No existe relación entre estilos de vida con respecto a la actividad sexual responsable y síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 20

Tabla de contingencia sobre estilos de vida con respecto al consumo de sustancias como alcohol y drogas y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Consumo de alcohol y drogas	Síndrome de ovario poliquístico						Total	%
	Baja		Probabilidad Mediana		Alta			
		%		%		%		%
Buena	44	47,00	41	36,00	1	1,00	86	75,00
Regular	10	8,00	10	8,00	0	0,00	20	18,00
Deficiente	5	4,00	3	3,00	0	0,00	8	7,00
Total	59	52,00	54	47,00	1	1,00	114	100,00

Chi cuadrado: 0,717 gl 4 p=0,949

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que el 47,00% de estudiantes que tienen baja probabilidad de presentar síndrome de ovario poliquístico tienen estilos de vida buenos, y el 36,00% de estudiantes que tienen mediana probabilidad también tienen buenos estilos de vida con respecto al NO consumo de sustancias nocivas para la salud.

No existe relación entre estilos de vida con respecto al consumo de sustancias nocivas como alcohol y drogas y síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 21

Tabla de contingencia sobre estilos de vida con respecto al control médico y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilo de vida Control médico	Síndrome de ovario poliquístico							
	Probabilidad Baja				Probabilidad Alta			
	Baja	%	Mediana	%	Alta	%	Total	%
Buena	16	14,00	20	17,50	0	0,00	36	31,50
Regular	24	21,00	16	14,00	1	0,00	41	36,00
Deficiente	19	17,00	18	15,50	0	1,00	37	32,50
Total	59	52,00	54	47,00	1	1,00	114	100,00

Chi cuadrado: 3,643 gl 4 p=0,457

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que el 21,00% de estudiantes que tienen baja probabilidad de presentar síndrome de ovario poliquístico tienen estilos de vida regulares, y el 17,50% de estudiantes que tienen mediana probabilidad tienen buenos estilos de vida con respecto al control y/o chequeo médico.

No existe relación entre estilos de vida con respecto al control médico y síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 22

Tabla de contingencia sobre estilos de vida y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, Arequipa 2016

Estilos de vida	Síndrome de ovario poliquístico						Total	%
	Baja		Probabilidad Mediana		Alta			
	Baja	%	Mediana	%	Alta	%		%
Bueno	5	4,00	8	7,00	0	0	13	11,00
Regular	46	40,00	38	33,00	0	0	84	74,00
Deficiente	8	7,00	8	7,00	1	1,00	17	15,00
Total	59	52,00	54	47,00	1	1,00	114	100,00

Chi cuadrado: 7,001 gl 4 p=0,136

Fuente: elaboración propia 2016

En la tabla se observa que el 40,00% de estudiantes que tienen baja probabilidad de presentar síndrome de ovario poliquístico tienen estilos de vida regulares, y el 33,00% de estudiantes que tienen mediana probabilidad también tienen regulares estilos de vida.

No existe relación entre estilos de vida y síndrome de ovario poliquístico. $p=$ (0,136)

CAPÍTULO V

DISCUSION

En la tabla 2, se observa la distribución de las estudiantes encuestadas según ciclo de estudios, el 60,00% de la población corresponde al VIII ciclo y el 40,00% al VII ciclo.

En la tabla 3, se muestra la distribución de estudiantes por edad, siendo la edad promedio de las alumnas 23 años (dato no mostrado) y el mayor porcentaje 65,50% de alumnas tiene entre 19-23 años.

En la tabla 4, se muestra que el 41% de los estudiantes tienen un estilo de vida regular respecto a la alimentación, estos resultados difieren con los encontrados por (Ponte, 2010) (7). Donde hallo que los estudiantes de enfermería de primero, segundo, cuarto y quinto año tienen un estilo de vida saludable, y los estudiantes de tercer año con 65,2% tienen un estilo de vida no saludable. En otro estudio realizado por Ruiz Fátima, 2005 (61) se observó que los estudiantes presentan hábitos no saludables ya que la mayoría de las dietas que consumen son hipocalóricas, hiperlipídicas y con un alto consumo de ácidos grasos saturados”.

En la tabla 5, se encuentra que el 50% de los estudiantes tienen un estilo de vida deficiente con respecto a la actividad física ello nos conlleva a pensar que a mayor nivel de estudios se practica menos actividad física. Datos similares fueron hallados por Lumbreras y col. 2004 (62) donde

halló que más del 60% de los estudiantes fueron mayores de 20 años y de ellos solo el 10% participa en actividades culturales, es decir, que más del 80% de los estudiantes no realiza actividad física debido al uso indiscriminado de las computadoras, el cual contribuye al sedentarismo. Por lo que concluyó que más del 50% de estudiantes presenta un estilo de vida no saludable. En otros estudios Pavón y col. (63), investigaron las características de la práctica físico deportiva en estudiantes de la universidad de Murcia (entre 17 – 18 años), del total de alumnos entrevistados, el 52,7% practica 10 alguna actividad físico-deportiva, (Guevara, M.) (64), investigó Autocuidado y estilo de vida en adolescentes líderes, realizado en Moche; la muestra estuvo constituida por 82 adolescentes y sus resultados indicaron una relación estadística significativa entre las prácticas de autocuidado y los estilos de vida saludables de los adolescentes líderes.

En la tabla 6, se muestra las frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto a la actividad sexual en los estudiantes entrevistados. Se halló que los estudiantes en 37,50 % tienen estilos de vida regulares Y un 36,00% estilos de vida buenos con respecto a este indicador, así mismo el 26,50% se encuentran en riesgo de enfermar por patologías de transmisión sexual.

En la tabla 7, se muestra las frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto al consumo de sustancias de alcohol y drogas, en estudiantes encuestados, Se halló que el 75% de estudiantes entrevistadas tienen buenos estilos de vida eso quiere decir que no consumen sustancias como alcohol y/o drogas sin embargo hallamos que un 7% de las estudiantes se encuentran en riesgo de consumo de sustancias nocivas para su salud, (Páez y Cataño, 2008) (65) encontró en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales 2008, donde concluyen que existen altos indicadores de factores de riesgo para la salud en la población de jóvenes universitarios; ya que la mayoría consume alcohol y realiza actividades no propias del

estudio. (Chiang y colaboradores) (66), con una muestra de 301 estudiantes chilenos entre 18 y 25 años, encontraron alta prevalencia de sedentarismo y tabaquismo, con cifras del 60,8% y del 46,1% respectivamente, que se constituyen en factores de riesgo cardiovascular para la vida adulta. Igualmente reportan un mayor consumo de tabaco en mujeres, 49,8% en comparación con un 42,3% en varones; 47,8% de inactividad física en varones y 73,7% en mujeres, a la vez que confirman que el sedentarismo se incrementa con el tiempo.

En la tabla 8, se muestra las frecuencias y porcentajes de los estilos de vida respecto al control médico hallándose que el 36% de los estudiantes tienen estilo de vida regular con respecto al control médico. (Gamarra Sánchez y col. 2010) (67) hallaron que un 25% mantiene una responsabilidad en el cuidado de su salud. El número de estudios que valoran los estilos de vida así como la calidad de vida en relación con la salud de mujeres con SOP, es aun relativamente limitado, en nuestro caso encontrar estudios similares para hacer las comparaciones fue complicado por ello se necesita un mayor número de investigaciones que incluyan a grandes series de pacientes, para obtener respuestas novedosas sobre la influencia del SOP en la Calidad de vida relacionada con la salud. (Carazo-Hernandez y cols. 2014) (60) La mayor parte de los estudios sobre SOP, son además estudios heterogéneos en los aspectos a valorar y en la metodología de realización.

En las tablas 9 y 10 de acuerdo con los resultados obtenidos en la encuesta, los estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas filial Arequipa, tienen en general un estilo de vida regular 73%, esto difiere de los estudios de Lara y cols. 2014 (68) donde halló que los estudiantes tuvieron un estilo de vida saludable, similar resultado fue hallado por Nash (2012) (69) en la facultad de medicina de la Universidad Veracruzana región Córdoba Orizaba donde los estudiantes de dicha facultad tienen en general un buen estilo de vida. El SOP se caracteriza por tener diversas manifestaciones clínicas entre las que podemos destacar alteraciones

menstruales, infertilidad, acné, obesidad, alopecia, hirsutismo o acantosis nigricans. (70,71).

En las tablas 11, 12, 13, 14 y 15, se observa la frecuencia de presentación de estas manifestaciones en la población estudiada

En la tabla 11, se muestra las frecuencias y porcentajes según síndrome de ovario poliquístico respecto a alteración en periodo menstrual, en estudiantes donde se halló que el 64,00% del total de estudiantes evaluadas, tienen baja probabilidad de presentar alteración en el periodo menstrual.

En la tabla 12, se observa que el 72,00% del total de estudiantes tienen baja probabilidad de presentar erupciones cutáneas como signo del síndrome de ovario poliquístico. Solo 28,07% presentó acné; el 45,61% presentó caída de pelo; solo el 18,42% tuvo vellosidad excesiva (hirsutismo) y el 64,04% presentó dismenorrea (Datos no mostrados). En la tabla 13, se halló que el 60,00 % del total de estudiantes entrevistadas, tienen baja probabilidad de presentar pigmentación en la piel como signo del síndrome de ovario poliquístico.

En la Tabla 14, se halló que el 45,00 % del total de estudiantes estudiadas, tienen mediana y baja probabilidad de presentar crecimiento de vello como signo del síndrome de ovario poliquístico.

En la tabla 15, se encontró que el 43,00 % del total de estudiantes estudiadas, tienen mediana probabilidad de presentar dolor pélvico como síntoma del síndrome de ovario poliquístico. Estos síntomas son comunes en las personas que tienen SOP, además de la medición de los niveles de hormonas relacionadas al hiperandrogenismo y la ecografía de ovarios, las dos últimas no se hicieron por no ser motivo del estudio.

En la tabla 16, se encontró una baja probabilidad de tener SOP (52%), ello puede ser probablemente debido a que las otras manifestaciones clínicas por las cuales se caracteriza el SOP no tuvieron mucha relevancia (valores altos en nuestra encuesta) infertilidad, alopecia,

hirsutismo o acantosis nigricans. (Bremer, 2010; Alemzadeh y col. 2010) (70,71).

En la tabla 17 se muestra la tabla de contingencia sobre estilos de vida con respecto a la alimentación y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes donde se encontró que el 20% de las estudiantes que tienen mediana probabilidad de presentar síndrome de ovarios poliquísticos tienen un estilo de vida deficiente con respecto a la alimentación. No se encontró relación entre la probabilidad de presentar SOP y los aspectos de alimentación del estilo de vida.

En la tabla 18, se observa que en la tabla de contingencia sobre estilos de vida con respecto a la actividad física y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes entrevistados donde se halló que un 50% tiene un estilo de vida deficiente con respecto a la actividad física y de ellos el 22% tiene mediana probabilidad de tener síndrome de ovario poliquístico, ello probablemente debido a que los estudiantes son sedentarios. Pero cuando se hizo el análisis más detallado y se preguntó por la actividad física se halló que el 17,59% de los estudiantes realizaban ejercicios diarios (datos no mostrados); sin embargo, Lara y cols. En el 2014 (72), hallaron que los estudiantes caminaban al menos 30 minutos diarios (59%), Nash, 2012 (69) halló que el 33% refiere caminar casi siempre.

En cuanto a los resultados hallados entre la relación del SOP y los componentes del estilo de vida se observó que las estudiantes que realizan relajamiento diurno tienen una baja probabilidad de tener SOP (Datos no mostrados), ello es debido a que el ejercicio mejora la sensibilidad ($p < 0.03$) a la insulina, pérdida de peso, control del apetito y sensación mejorada de bienestar (Nieto y Nottola, 2007) (73). Silva R, 2010 (74) manifiesta que el ejercicio es importante como ayuda para bajar de peso y mejorar sensibilidad a insulina y función reproductiva. El ejercicio es más efectivo en reducir grasa visceral que subcutánea. El ejercicio aeróbico regular es más beneficioso y se debe insistir en su práctica en el largo plazo.

En la tabla 19, se observa que no hubo relación entre la probabilidad de tener SOP y la actividad sexual responsable; a pesar de que 62 participantes manifestaron no tener relaciones sexuales satisfactorias, la probabilidad fue baja y no significativa, ello podría ser debido a que las participantes no tuvieron relaciones sexuales nunca o casi nunca. (Gomez-Acosta y col 2015) (12) manifiestan que el SOP es una enfermedad multifactorial que se ha vinculado a trastornos sexuales, calidad de vida y de la alimentación. Una de las causas de los trastornos menstruales es el desequilibrio hormonal e incremento los niveles de testosterona, lo que puede causar cambios físicos como el aumento de peso, acné y a largo plazo también puede causar infertilidad. Por si fuera poco, el SOP afecta la vida sexual de las mujeres (Diario Hoy, 2016) (75), casi el 60% de las mujeres con este síndrome experimentan alguna disfunción sexual y mencionan que el problema principal es la falta de deseo sexual, lo que sucede es que el SOP va de la mano con los problemas sexuales y son el resultado de conflictos corporales que resultan del síndrome. (75)

En la última reunión de expertos en Thessaloniki, Grecia sobre el manejo de los casos de SOP asociados a infertilidad (Thessaloniki 2008a; 2008b) (75) se indica que afecta de 5 a 10% de mujeres en edad reproductiva, el grupo señaló que antes de iniciar cualquier intervención se debe proveer consejería opcional sobre estilo de vida, disminuir el peso y hacer ejercicio, para eliminar el sobrepeso. La misión de todo profesional de Enfermería es la promoción y prevención por lo cual creemos que este estudio es importante.

En la tabla 20 se observa que no hubo no existe relación entre estilos de vida con respecto al consumo de alcohol y drogas y síndrome de ovario poliquístico. Un dato importante en nuestro estudio es que el 100% de las estudiantes de la facultad de enfermería refiere no consumir ningún tipo de droga, similar resultado fue hallado por Lara y cols. 2014 (68).

En la Tabla 21, se observa que no existe relación entre estilos de vida con respecto al control médico y síndrome de ovario poliquístico. A pesar de que el 17,5% tienen mediana probabilidad tienen buenos estilos de vida con respecto al control médico/y/o chequeo médico. El SOP por ser una disfunción endocrino-metabólica con un variado espectro de anormalidades, muchas de las cuales son sutiles, las pacientes suelen consultar en diversas especialidades donde, por lo general, se da énfasis al motivo de consulta con lo cual el diagnóstico de SOP pasa desapercibido y se pierde la visión global de lo que involucra su diagnóstico (Sir-Petermann y col. 2001) (76). La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), no tiene una definición única, ya que es un concepto multidimensional que incluye aspectos físicos, psíquicos y sociales, asociados con una determinada enfermedad o con su tratamiento (Colwell y cols. 1998; Jones y cols. 2010) (72,77). El estudio de la calidad de vida de mujeres con enfermedades crónicas como el SOP, es trascendente, ya que contribuye al incremento del conocimiento sobre éste, y estimula a los profesionales a valorarlo de un modo integral. En su condición de enfermedad crónica, el manejo del SOP se ha dirigido a actuar sobre la CVRS mediante mejoría sintomática y prevención de complicaciones a largo plazo, tales como el desarrollo del síndrome metabólico y secuelas asociadas a este (diabetes mellitus tipo II o enfermedad cardiovascular). (78).

En la tabla 22, se muestra los resultados obtenidos para ver si existe relación entre estilos de vida y síndrome de ovario poliquístico, en estudiantes entrevistados donde no se halló relación entre los estilos de vida y síndrome de ovarios poliquísticos. (Nieto y Nottola, 2007) (73) Los programas de modificación del estilo de vida con énfasis en el manejo conductual e intervenciones de dieta y ejercicio, han mostrado beneficios en la población general para reducir el riesgo de diabetes y síndrome metabólico, y han comenzado a mostrar eficacia en mejorar la fertilidad en el SOP. Sin embargo, poco se conoce en la literatura sobre la efectividad de programas de dieta y ejercicio en SOP.

En cuanto al peso corporal no se hizo la pregunta por lo cual no tenemos datos, esa información hubiera sido importante para determinar si existe obesidad o sobrepeso, en el caso de Lara y cols. 2014 (68) la mayoría de la población estudiada, manifestaron tener un peso corporal dentro de valores aceptables, según su parecer el 82% señaló estar de 0-4 Kg. del peso ideal), lo que implica que estarían de acuerdo con su imagen corporal, gran similitud se halló en el estudio de Tempestti, 2010. (79)

No se encontró relación entre SOP y alimentación, control médico, actividad sexual y consumo de drogas, ello puede ser debido a que las estudiantes son personas sanas.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.** Los estilos de vida de las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas son regulares en 73%, deficiente en 15% y buenos en 12%.
- SEGUNDA.** Se determinó que las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas tienen baja probabilidad de presentar síndrome de ovario poliquístico en más de la mitad de ellas.
- TERCERA.** No existe relación entre el síndrome de ovario poliquístico con los estilos de vida respecto a la alimentación en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.
- CUARTA.** No existe relación entre el síndrome de ovario poliquístico con los estilos de vida respecto a la actividad física en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.
- QUINTA.** No existe relación entre el síndrome de ovario poliquístico con los estilos de vida respecto a la actividad sexual responsable en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.
- SEXTA.** No existe relación entre el síndrome de ovario poliquístico con los estilos de vida respecto al consumo de sustancias nocivas como

alcohol y drogas en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.

SEPTIMA. No existe relación entre el síndrome de ovario poliquístico con los estilos de vida respecto al control médico en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.

OCTAVA. No existe relación entre el síndrome de ovario poliquístico y los estilos de vida saludable en las estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Arequipa.

RECOMENDACIONES

1. La práctica de hábitos saludables en las estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, como integrantes del futuro equipo multidisciplinario de la salud.
2. Realizar tamizajes de evaluación de SOP para identificar factores de riesgo y abordarlos a la brevedad posible a cargo de la Escuela Profesional de Enfermería y docentes de salud de la mujer y adulto, en coordinación con el centro médico de la universidad.
3. Elaboración de ficha de recolección de datos nutricionales para la identificación de las estudiantes de riesgo, y ejercer la consejería nutricional considerando estrategias de manejo de problemas metabólicos a cargo de los docentes de nutrición.
4. Evaluación nutricional de las estudiantes a cargo de los docentes de actividad física, para determinar índice de masa corporal y realizar consejería correspondiente.
5. Realización de un tamizaje de enfermedades infecto-contagiosas como VIH, sífilis y otras de transmisión sexual para determinar casos y factores de riesgo en las estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería.
6. Aplicación de un cuestionario de consumo de alcohol por los docentes de psicología y tutores, para identificar casos de alcoholismo.
7. Evaluación anual médica y psicológica de las estudiantes de la Escuela profesional de Enfermería, al inicio de labores universitarias en el centro médico de la Universidad Alas Peruanas.

8. Formación de grupos de tutoría frecuente y seguimiento para favorecer la práctica de hábitos saludables a favor de futuros profesionales de la salud por el personal docente de la Escuela Profesional de Enfermería

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morán C. (2006) Síndrome de ovario poliquístico “Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología” Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 14, No. 1 Enero-Marzo 2006 pp 7-12
2. Calderón, R. (2011) Simposio sobre síndrome metabólico. Introducción. Rev. Perú. ginecol. obstet.; 57(4):225-226
3. Álvarez, F. (2009) Prevalencia del síndrome del ovario poliquístico y de factores de riesgo cardiovascular en mujeres obesas pre menopáusicas. Tesis doctoral en medicina. Universidad de Alcalá, Facultad de Medicina; Madrid 2009
4. De la Jara Díaz J. (2011) Síndrome de ovario poliquístico. Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción 2011; 4(2):51-62, disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/reproduccion/mr-2011/mr112b.pdf>
5. Aparcana, R. y Pacheco, J. (2004) Síndrome de ovario poliquístico y el consenso de Rotterdam. Rev Per Ginecol Obst, 2004;50:45-60.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2007) Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda.
7. Ponte, M. (2010) Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2010. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina humana; 2010
http://www.cybertesis.edu.pe/bitstream/cybertesis/1307/1/ponte_am.pdf
8. Vargas, M.; Sánchez, G.; Herrera, J. y Vargas, L. (2008) Síndrome de Ovario Poliquísticos: abordaje diagnóstico y terapéutico. Rev. Biomed.2008 Jul;14 (3):1-13.
9. Muñoz, L.; Villa, L.; Araya, A. y Urrutia, M. (2010) Calidad De Vida En Mujeres Con Síndrome De Ovario Poliquístico. Horiz Enferm; 21(1):11-18.
10. De la Jara, J. y Ortega, C. (2011) Síndrome de ovario poliquístico. Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción; 4(2):51-62.
11. Hincapié, S., Benavides, A., Botero, E. y Marín, E. (2014). El síndrome de ovario poliquístico y su relación con el ciclo vital de la mujer. CES Movimiento y Salud; 2(2): 89-100

12. Gómez, C.; Vinaccia, S. y Quiceno, M. (2015) El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(4), 341-347.
13. Espinoza, C. Matute N, Ochoa S, López E. Caracterización clínica de pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos. *Rev Med Hondur.* 2011;79 (3): 128-131
14. Fonseca, M.; Fleitas, A.; Tamboreroa, G.; Benejama, M. Y Leivac, A. (2013) Estilos de vida de los médicos de atención primaria: la percepción e implicaciones en la prevención cardiovascular. *Semergen.* 2013; 39(8):421---432.
15. Vargas-Carrillo M. y Cols. (2003) “Síndrome de ovarios poliquísticos: abordaje diagnóstico y terapéutico” *Rev Biomed* 2003; 14:191-203 disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2003/bio033g.pdf>
16. Jorge Pérez C., María J. Méndez R y Cols. (2003) Síndrome de ovario poliquístico, presentación clínica, bioquímica y ultrasonográfica. *Rev chil obstet ginecol* 2003; 68(6): 471-476. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600003
17. Del Rio María, J. y Cols. “Análisis de resistencia insulínica, tolerancia a la glucosa y testosterona en mujeres jóvenes con síndrome de ovario poliquístico agrupadas por índice de masa corporal” *Rev CHIL OBSTET GINECOL* 2006; 71(5): 299-306, disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262006000500002&script=sci_arttext
18. Ruiz Litago, F; Gil Orozco, S; Gil Goikouria, J; Irazusta Astiazaran, J. (2006) “Hábitos de vida de los estudiantes de enfermería”, UPV/EHU Fac. de Medicina y Odontología. Dpto. de Fisiología. Sarriena, s/n. 48940 Leioa BIBLID [1137-439X (2005), 27; 99-107]
19. Irma Lumbreras, María G. Moctezuma, Libia D. Dosamantes, Miguel A. Medina, Margarita Cervantes, Ma. del Rosario R. López y Pablo Méndez “Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios” Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num2/art12/int12.htm>

20. Pavón, A. y Moreno, C. (2006) "Características de la práctica físico-deportiva en estudiantes universitarios" España. Características de la práctica físico-deportiva en estudiantes. Universidad de Murcia, disponible en <http://www.um.es/univefd/conexoes2.pdf>
21. Páez M. y Castaño J. (2010) "Estilos de vida y salud en estudiantes de una facultad de Psicología" Colombia. Psicología desde el caribe issn 0123-417X N° 25, enero-junio 2010
22. Chiang-Salgado MT y cols (1999) "Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos" Salud Publica Mex 1999; 41:444-451. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n6/v41n6a01.pdf>
23. Lara, A.; Nuñez, F.; Lavoignet, B.; Sante, G.; Lara, C. y Rodriguez, D. 2014. Estilos de vida saludable en alumnos de enfermería. Revista médica electrónica portales médicos. Com <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estilos-de-vida-saludable-en-los-alumnos-de-enfermeria/>
24. Nash, N.; Trujillo, J; López, M.; Peña, M.; Quintero, E.; Bañuelos, M. y Soriano, A. (2012) "Alimentación y actividad física, factores relacionados con el estilo de vida de los universitarios" México. Disponible en <http://psicopediahoy.com/alimentacion-y-actividad-fisica-factores-relacionados/>
25. Alemzadeh, R.; Kichler, J. y Calhoun, M. Spectrum of metabolic dysfunction in relationship with hyperandrogenemia in obese adolescent girls with polycystic ovary syndrome. Eur J Endocrinol. 2010; 162 (6): 1093-9.
26. Bremer, A. (2010) Polycystic ovary syndrome in the pediatric population. Metab Syndr Relat Disord. 2010; 8 (5): 375-94.
27. Colwell, H. (1998) Mathias SD, Pasta DJ, Henning JM, Steege JF. A health-related quality-of-life instruments for symptomatic patients with endometriosis: a validation study. Am J Obstet Gynecol. 1998; 179 (1): 47-55.
28. Nieto, R. y Nottola, N. (2007) Tratamiento del Síndrome de Ovario Poliquístico, cambio de estilo de vida: Nutrición y ejercicio. Rev Venez Endocrinol Metab 2007; 5 (3): 48-52.

29. Silva, R. (2010) Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Revista Médica Clínica Las Condes . Volumen 21, Issue 3, Mayo 2010, Págs. 387–396.
30. Tarlatzis, B. y Cols. (2008) “Consenso sobre el tratamiento de la infertilidad relacionada con el síndrome de ovario poliquístico”, Grecia. Hum Reprod. 2008 Jun;23(6):1474. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18308833>
31. Sir-Petermann, T., Maliqueo M., Pérez, F., Ánge, B., Carvajal, F., Paz del Solar, M. y Benitez, R. (2001) Síndrome de ovario poliquístico: la importancia de establecer su diagnóstico. Rev. méd. Chile [online]. 2001, vol.129, n.7 pp.805-812.
32. Jones, GL.; Palep, M.; Ledger, WL; Balen, AH. Jenkinson, C. y Campbell MJ, et al. (2010) Do South Asian women with PCOS have poorer health-related quality of life than Caucasian women with PCOS? A comparative cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes. 2010; 8: 149. 6.
33. Jones, GL.; Hall, JM.; Balen, AH. y Ledger WL. (2008) Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. Hum Reprod Update. 2008; 14 (1): 15-25.
34. Guevara, H., Mabel, E. Vargas, C. (2004) “Autocuidado y estilos de vida saludable en adolescentes líderes” Revista Peruana Enferm. investig. desarro. 2004, enero–julio 6(1): 70-75.
35. Gamarra, M.; Rivera, H.; Alcalde, M.; Cabellos, D. (2010) Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. UCV - Scientia 2(2), 2010. En <file:///C:/Users/sandra/Downloads/451-1426-1-PB.pdf>
36. Martínez, G. y Cols. (2015) Abordaje diagnóstico del Síndrome de Ovario Poliquístico en mujeres en edad reproductiva atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense de Enero del 2009 a Diciembre del 2014. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/3254/>
37. Quillatupa, N.; Rabanal, M.; Scaletti, S.; Rechkemmer, A. y Rodríguez, D. (2010) Características clínicas y bioquímicas de pacientes con síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. rev per ginecol obstet. 2010; 56:149-154.

38. Coacalla, S. (2014). Determinación del grado de Resistencia a la insulina y su relación con el Hiperandrogenismo en pacientes con Síndrome de Ovario Poliquístico en el Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa-2013 [Tesis para optar el título profesional de Médico cirujano] Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014
39. Cisneros, G. (2005) Teorías y Modelos de Enfermería Universidad de Cauca Facultad de Enfermería.
40. Prado, L.; González, M; Paz N, Romero K. (2014) La teoría Déficit de auto cuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron., 2014; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
41. Eliz, M. (2008) Pirámide alimenticia. Bio Blog. <http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoblog/cerodrod/> con acceso el 8 de abril de 2008
42. <http://www.lavidalucida.com/dieta-matutina-saludable-en-4-pasos.html>
43. <http://www.directoalpaladar.com/salud/concepto-de-alimentacion-sana>
44. <http://definicion.de/comida/>
45. <http://www.fao.org/ag/humannutrition/33311065a023f960ba72b7291fb0bc07f36a3a.pdf>
46. <http://www.fao.org/ag/humannutrition/33311065a023f960ba72b7291fb0bc07f36a3a.pdf>
47. <http://lasoposiciones.net/evitar-la-comida-chatarra.html>
48. <http://guiafitness.com/los-ejercicios-de-relajacion.html>
49. <http://vidasana.lapipadelindio.com/ejercicio/habitos-ejercicio-diario>
50. <https://www.significados.com/ejercicio-fisico/>
51. <http://www.efdeportes.com/efd196/las-actividades-recreativas-clasificacion.htm>
52. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Actividad sexual. Disponible en: <http://www.infojuven.cl/?d=2-4>

53. <http://sexualidadseguridad.blogspot.pe/2010/03/definicion-de-relacion-sexual.html>
54. <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/suplementos/escolar/la-expresion-de-la-sexualidad-159143.html>
55. Salazar, IC; Arrivillaga, M. (2004) El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios Revista Colombiana de Psicología, 2004; 13:74-89
56. Nuñez, E. y Cardosa, G. (2009) Síndrome de ovario poliquístico y su relación con los niveles de homocisteína plasmática en pacientes con o sin síndrome metabólico que acudieron a la consulta externa de ginecología del hospital universitario "Dr. Luis Razetti", durante el periodo febrero-abril 2009. Tesis de Grado del departamento de Ginecología y obstetricia, Facultad de Medicina de la universidad de Oriente, Venezuela; 2009
57. Cockerham, C. (2007) New directions in health lifestyle research. International Journal of Public Health. [Editorial Material]. 2007;52(6):327-8.
58. Silva, R. (2010) Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Rev. Med. Clin. Condes. 21(3) 387 - 396
59. GineWeb.com, Mujer y Salud. Esterilidad e Infertilidad. Disponible en: <http://www.ampersandsi.com/gineweb/esterilidad/esterilidad.htm>
60. Medicina, D. Acné. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/dermatologicas/acne.html>
61. Medicina, D Hirsutismo. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/dermatologicas/hirsutismo.html>
62. NIH Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Medline Plus. Alopecia areata. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001450.htm>
63. Azcona, B.; Campo, G. y Zabaleta, J. (2009) Síndrome de hiperestimulación ovárica. Anales Sis San Navarra, 2009; 32, suppl.1:19-27
64. Geosalud ¿Qué es amenorrea? Disponible en: <http://www.geosalud.com/ginecología/amenorrea.html>
65. Doctissimo. Diccionario médico. Oligomenorrea: Definición. Disponible en: <http://salud.doctissimo.es/diccionario-medico/oligomenorrea.html>

66. Rodelgo, T. (2008) Erupción cutánea. http://www.onmeda.es/sintomas/erupcion_cutanea.html
67. Fitzpatrick, T. (2009) Dermatología en Medicina General; Médica Panamericana, México 2009.
68. King, J. (2006) Polycystic ovary syndrome. J Midwifery Womens Health. 2006; 51: 415-22.
69. Colectivo de autores. Dermoestetica, crecimiento del vello. http://www.nuodermoestetica.com/articles/Anatomia_crecimiento_del_vello.pdf
70. NIH Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Medline Plus. Obesidad. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007297.htm>
71. Borbón, C. (2016) Robles QF. Síndrome de Ovario Poliquístico. Rev Clin Esc Med 2016; 6 (1):134-137
72. Roa, M.; Arata, G.; Valeri, L. y Velázquez, E. (2009) Relación entre el cociente triglicéridos/cHDL, índices de resistencia a la insulina y factores de riesgo cardiometabólico en mujeres con síndrome del ovario poliquístico. Endocrinología y Nutrición, 2009; 56 (2):59-65
73. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003150.htm>
74. <http://cuadernosdeciencia.blogspot.pe/2011/10/que-significa-ser-estudiante.html>)
75. <http://conceptodefinicion.de/ciclo/>)
76. Quiroga, I. Estilos de vida y condiciones de salud de los enfermeros. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Aconcagua, Argentina 2009. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/149/tesis-3781-estilos.pdf
77. Asociación española Síndrome de Ovarios Poliquísticos. Síndrome de Ovarios Poliquísticos. <http://www.aesopspain.org/sop/que-es-el-sop/>
78. Carazo, B.; Lafalla, O.; García, R.; Gascón, E.; Moreno, E. y Pérez, B. (2014) Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con ovario poliquístico. Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2014 Jun 19]; 12(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/253000000000>

ANEXOS

Anexo 1

RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN ESTUDIANTES DEL VII Y VIII CICLO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS FILIAL AREQUIPA 2016

Investigadora: Jessica Selene Paniagua Guevara

INSTRUCCIONES

El presente estudio busca conocer los estilos de vida de las estudiantes de enfermería y su relación con un trastorno hormonal frecuente como es el síndrome de ovario poliquístico (SOP). Los resultados de la presente investigación contribuirán a identificar factores del estilo de vida que pueden ser prevenidos para disminuir la frecuencia y severidad del SOP.

Pedimos su colaboración de manera ANÓNIMA, respondiendo con veracidad a TODAS las preguntas de los cuestionarios de estudio.

Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir contestando cada uno de los puntos.

Por cada pregunta que respondas "sí" 1 (un) punto y "no" 0 (cero) punto.

Edad: _____

Ciclo: _____

1. ¿Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas?
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Realizas ejercicios para relajar tus músculos en forma diaria?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para tu salud?

- a. Si
 - b. No
5. Tomas tiempo cada día para el relajamiento
- a. Si
 - b. No
6. ¿Comes tres comidas al día?
- a. Si
 - b. No
7. ¿Realizas ejercicio vigoroso en forma diaria?
- a. Si
 - b. No
8. ¿Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)?
- a. Si
 - b. No
9. ¿Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud?
- a. Si
 - b. No
10. ¿Mantienes relaciones sexuales que te dan satisfacción?
- a. Si
 - b. No
11. ¿Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión?
- a. Si
 - b. No
12. ¿Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básico de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)?
- a. Si
 - b. No
13. ¿Realizas actividades físicas de recreo como caminar, jugar, etc.?
- a. Si
 - b. No

14. ¿Expresas fácilmente las manifestaciones de tu sexualidad (interés por el sexo opuesto, deseo, amor)?
- a. Si
 - b. No
15. ¿Consumes a menudo mucha azúcar, sal o comida chatarra?
- a. Si
 - b. No
16. ¿Fumas cigarrillos a menudo?
- a. Si
 - b. No
17. ¿Tomas algún trago a menudo?
- a. Si
 - b. No
18. ¿Usas drogas como marihuana, cocaína y otras?
- a. Si
 - b. No

Escala Evaluativa

0 - 6 puntos : Deficientes estilos de vida.

7 - 13 : Regular estilos de vida.

13 a más : Buenos estilos de vida.

Anexo 2

CUESTIONARIO DE SÍNDROME OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP)

Por favor responde el siguiente cuestionario, contestando cada uno de los puntos.

Por cada pregunta que respondas "sí" 1 punto y "no" 0 punto.

Edad: _____

Ciclo: _____

1. ¿Son tus menstruaciones irregulares? (< 24 o > 36 días)
 - a. Sí
 - b. No
2. ¿Presentas menos de 8 a menos periodos menstruales al año?
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Presentas sangrado irregular que empieza y para intermitentemente?
 - a. Si
 - b. No
4. ¿Tienes Acné?
 - a. Sí
 - b. No
5. ¿Presentas manchas oscuras y descoloridas en la piel?
 - a. Si
 - b. No
6. ¿Presentas manchas oscuras en pliegues como el cuello y/o axilas?
 - a. Si
 - b. No
7. ¿Manifiestas caídas de pelo?
 - a. Si
 - b. No
8. ¿Crees que tienes más v ellos en cara, muslos y cuello
 - a. Sí
 - b. No
9. ¿Presencia de pigmentación oscura en partes expuestas de brazos, cuello y muslos?

- a. Sí
- b. No

10. ¿Tienes antecedentes de infertilidad en tu familia?

- a. Sí
- b. No

11. ¿Sufres de dolor de ovarios (dolor pélvico) durante tu periodo?

- a. Sí
- b. No

12. ¿Tomas algún remedio hormonal (anticonceptivos orales, etc.) para dolores ováricos?

- a. Si
- b. No

Escala Evaluativa

0 - 4 puntos : Baja probabilidad de Síndrome de Ovario Poliquístico.

5 - 8 puntos : Mediana probabilidad de Síndrome de Ovario Poliquístico.

9 - 12 : Alta probabilidad de tener Síndrome de Ovario Poliquístico.

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo de años de edad manifiesto que he sido informado/a sobre las características propias del estudio y los beneficios que podría obtener al participar del presente estudio de investigación titulado “RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN LAS ESTUDIANTES DEL VII Y VIII CICLO DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, AREQUIPA 2016”; con el fin de obtener más información sobre dichos temas. Estoy satisfecho/a con esas explicaciones y las he comprendido.

También he sido informado/a de que mis datos personales serán utilizados solo para el presente estudio y por lo tanto consiento la realización de la intervención siendo participe del estudio a realizarse

Tomando ello en consideración otorgo mi consentimiento a la Srta. Jessica Selene Paniagua Guevara para participar en su investigación y la información que obtenga sea utilizada para el logro de sus objetivos

Firma

Anexo 4

“AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN DEL MAR GRAU”

DE : JESSICA SELENE PANIAGUA GUEVARA

Bachiller de enfermería-UAP

PARA : Victoria Segovia Directora de la Escuela Profesional de
Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial
Arequipa

SOLICITA : Permiso para realizar mi instrumento del referente proyecto
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL SÍNDROME DE
OVARIO POLIQUÍSTICO

Es grato dirigirme a usted para saludarla.

YO, Jessica Selene Paniagua Guevara identificado con DNI. N° 47557525, domiciliado en Pasaje Belén Mz “D” Lot 3 “el Mistiano” del Distrito de Hunter, Provincia y Departamento de Arequipa. Con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente: deseo pedir su permiso para realizar y aplicar mi instrumento de recolección de datos, que consta de dos encuesta referente a RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO que será aplicado en los estudiantes del VII y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería.

Por lo expuesto ruego a Ud. proceder conforme a lo solicitado

Espero su pronta respuesta.

Atentamente

Bachiller--Jessica Paniagua Guevara

Anexo 5

MAPA DE UBICACIÓN ESPACIAL

MAPA DEL PERÚ



MAPA DE AREQUIPA



DISTRITO JOSE LUIS BUSTAMANTE Y RIVERO

