

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ESTILOS DE VIDA EN DIFERENTES ENFERMEDADES
CRÓNICAS ENTRE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE ENERO
2018**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER
ANNIE GIOVANNA IBAZETA VALDIVIESO
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

DR. JUÁN CARRASCO PÉRRIGGO

AGRADECIMIENTO

Dios, gracias por tu bondad infinita, agradezco a todos mis Maestros, quienes forjaron mis estudios y me enseñaron a superarme cada día, Gracias mi amada familia, Mamita, esposo e hijos por estar siempre presente cuando más lo necesitaba, sin el apoyo y la comprensión de Uds. Hubiese sido más difícil lograrlo. Un profundo agradecimiento al Hospital Vitarte, que una a otra manera me brindaron su apoyo y confianza. A mi tutor de Tesis quien me guío e hizo que todo sea más fácil.

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor, cariño y gratitud a mi esposo Ramón Marcelo, por darme la fuerza y lograr mis metas, a pesar de haber pasado momentos difíciles siempre me brindó su apoyo y comprensión, amor y cariño.

A mi amada Madre Eladia Valdivieso, por contar con su apoyo quien no me dejó decaer, impulsando que siguiera adelante con perseverancia y cumplir mis metas.

A mis tres amados y bellos hijos Alexis, Annie y Briannita, ser mi fuente de motivación, ser inspiración para mejorar, luchar cada día más para que la vida nos dé un futuro mejor.

Para mis seres amados, que disfrutan de la gloria eterna de Dios Papá Aquiles, mis hermanos Phaemyn y Evita, quienes desde el cielo me guiaron.

RESÚMEN

OBJETIVO: Demostrar la asociación del estilo de vida y las diferentes enfermedades crónicas entre los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero de 2018.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de diseño observacional, analítico, prospectivo, corte transversal y enfoque cuantitativo. Se utilizó como instrumento el Test de encuesta “FANTÁSTIC”, válido en diferentes estudios en el Perú. La muestra estuvo constituida por 385 encuestados, cuyos criterios de inclusión fueron ser atendido en el consultorio de Medicina Interna durante Enero 2018. Se realizó análisis univariados y bivariados con el chi cuadrado para un p valor <0.05 , usando el STATA versión 11.

RESULTADOS: De los 385 encuestados, 217 (56.36%) son del sexo femenino, 109 (28.31%) son convivientes, 103 (26.75%) terminaron la secundaria completa, 188 (48.83%) son de la clase obrera, 94 (24.42%) tienen 2 comorbilidades, siendo las de mayor prevalencia la diabetes mellitus tipo 2 209 (54.29%) e hipertensión arterial 145 (37.66%). La edad y el padecer de alguna ECNT están asociados ($p<0.001$), así como el estado civil ($p=0.007$) y el estrato socioeconómico ($p=0.001$). El estilo de vida y padecer de ICC, se encuentra asociado ($p=0.018$), además de HTA ($p=0.024$) y DM2 ($p=0.008$) pero no está asociado a EPOC ($p=0.448$)

CONCLUSIÓN: Se concluye que los estilos de vida se encuentran asociados a tres de las ECNT estudiadas, en los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Palabras claves: enfermedades crónicas no transmisibles, estilo de vida, diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ABSTRACT

OBJECTIVE: Demonstrate the association of the style of life and the different chronic diseases among the patients treated in outpatient service of Internal Medicine of the Hospital Vitarte during January 2018.

METHODOLOGY: A design study was realized observational, analytical, prospection, cross section and quantitative approach. It is used as an instrument the Test of survey "Fantastico", valid in different studies in Perú. The sample was composed of 385 respondents, whose inclusion criteria were being treated in the Clinic of Internal Medicine during the month of January 2018. Analysis was carried out on univariate and bivariate with the chi square for a p value; (0.05) using the STATA version 11.

RESULTS: Of the 385 respondents, 217 (56.36%) are female, 109 (28.31%) are cohabitants, 103 (26.75%) finished high school, 188 (48.83%) are from the working class, 94 (24.42%) have 2 comorbidities, the most prevalent being diabetes mellitus type 2 209 (54.29%) and arterial hypertension 145 (37.66%). The age and the suffering of some CNCD (chronic no communicable diseases) are associated ($p < 0.001$), as well as the marital status ($p = 0.007$) and the socioeconomic stratum ($p = 0.001$). The lifestyle and suffering from CHF is associated ($p = 0.018$), in addition to HBP ($p = 0.024$) and DM2 ($p = 0.008$) but it is not associated with COPD ($p = 0.448$).

CONCLUSIÓN: It is concluded that lifestyles are associated to three of the CNCD studied, in the patients attended in the outpatient service of Internal Medicine of Hospital Vitarte during January 2018.

KEY WORDS: chronic no communicable diseases, lifestyle, diabetes, hypertension, congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease.

PRESENTACIÓN

Este trabajo de investigación, se ha elaborado con el propósito de brindar conocimientos teóricos y prácticos, para tratar el tema, sobre estilos de vida en diferentes enfermedades crónicas en el servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte, contribuyendo así a la seguridad alimentaria y adoptar nuevos estilos de vida de los pacientes y con los hogares.

El estilo de vida incorpora una estructura social, que están definidas por un conjunto de: Normas, valores hábitos, actitudes y conductas.

En acuerdo con lo anterior, se plantea que el estilo de vida abarca todos los ámbitos del ser humano, estando comprendido por patrones de conducta relacionadas con la salud. En un estudio preliminar refiere, que el 80% de muertes que ocurren en países con subdesarrollo, como el Perú, son por enfermedades crónicas; las cardiovasculares, las respiratorias crónicas, la hipertensión, la diabetes y otros.

En el Capítulo I: Se plantea el problema en relación a los estilos de vida en diferentes enfermedades crónicas.

En el Capítulo II: Se revisa estudios anteriores con respecto a los estilos de vida en diferentes enfermedades crónicas al igual que los conceptos, bases teóricas, hipótesis y descripción de las variables.

En el Capítulo III: Se presenta un tipo de estudio de diseño observacional, analítico prospectivo de corte transversal y nivel metodológico cuantitativo, aplicado en el servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte con una población y una muestra de 385 encuestados. Se utilizó como instrumento el Test de encuesta "FANTÁSTICO", se procesó y analizó los datos mediante el programa STATA 11.

En el Capítulo IV: Se muestra el resultado de nuestra investigación en tablas y gráficos y se compara con otros estudios referidos en el antecedente.

En el Capítulo V, se Finaliza con una conclusión en relación a nuestro estudio de investigación y se enumera una serie de recomendaciones. Se llega a una conclusión de nuestra investigación y muestra las recomendaciones.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESÚMEN	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANÉXOS	XV
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.3 JUSTIFICACIÓN	3
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	4
1.5 PROPÓSITO.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	7
2.2 BASE TEÓRICA	13
2.4 VARIABLES	29
2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.....	30

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	32
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	37
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	38
4.1 RESULTADOS.....	38
5.2 DISCUSIÓN.	63
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
6.1 CONCLUSIONES.	69
6.2 RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXO	84

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1: Análisis estadístico de acuerdo a la edad de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.....	38
TABLA N° 2: Según el sexo de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	39
TABLA N° 3: Estado civil de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	40
TABLA N° 4: Según el nivel educativo de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	41
TABLA N° 5: Del nivel socioeconómico de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	42
TABLA N° 6: Número de comorbilidades de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	43
TABLA N° 7: El análisis bivariado entre la edad y presencia de enfermedades crónicas de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	45
TABLA N° 8: Análisis bivariado entre la variable sexo y presencia de enfermedades crónicas de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del hospital vitarte durante enero 2018.	46
TABLA N° 9: Análisis bivariado entre el estado civil y presencia de enfermedades crónicas, de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	47

TABLA N° 10: El análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018. .51	51
TABLA N° 11: El Análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018. .53	53
TABLA N° 12: El análisis bivariado entre (EPOC) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.....55	55
TABLA N° 13: El análisis bivariado entre la hipertensión arterial (HTA) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.57	57
TABLA N° 14: El análisis bivariado entre la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.59	59
TABLA N° 15. Asociación de los estilos de vida y las enfermedades crónicas Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial, Insuficiencia, Cardíaca Congestiva y EPOC, en pacientes atendidos en consultorio externo del servicio de Medicina Interna del Hospital vitarte durante enero 2018.61	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1: Histograma de edad de pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	38
GRÁFICO N°2: Sexo de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.....	39
GRÁFICO N°3: Estado civil de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	40
GRÁFICO N° 4: Según el nivel educativo de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.....	41
GRÁFICO N°5: Del nivel socioeconómico de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.....	42
GRÁFICO N°6: Número de comorbilidades de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.....	43
GRÁFICO N°7: La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.....	44
GRÁFICO N°8: Gráfico de cajas y bigotes entre la edad y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	45

GRÁFICO N° 9: El análisis bivariado entre la variable sexo y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	46
GRÁFICO N° 10: Análisis bivariado entre el estado civil y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	47
GRÁFICO N° 11: Análisis bivariado entre el nivel educativo y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	49
GRÁFICO N° 12: El análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	51
GRÁFICO N° 13: El análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.	53
GRÁFICO N° 14: El análisis bivariado entre (EPOC) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero 2018.	55
GRÁFICO N° 15: El análisis bivariado entre la hipertensión arterial (HTA) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles	

atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018..... 57

GRÁFICO N° 16: El análisis bivariado entre la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018..... 59

GRÁFICO N° 17: Asociación de los estilos de vida y las enfermedades crónicas Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial, Insuficiencia, Cardíaca Congestiva y EPOC, en pacientes atendidos en consultorio externo del servicio de Medicina Interna del Hospital vitarte durante enero 2018. ... 62

LISTA DE ANÉXOS

ANEXO N° 1: CUESTIONARIO "FANTÁSTICO".....	85
ANEXO N° 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	86
ANEXO N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	89

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas, representan la mayor carga global de morbilidad de la población en términos de mortalidad, morbilidad y disminución de calidad de vida¹. La mayoría de las personas con enfermedades crónicas importantes comparten múltiples características o comportamientos de estilos de vida común, particularmente el fumar y la mala alimentación, la inactividad física y la obesidad². El tabaco, la mala alimentación y la inactividad física se han identificado, como principales contribuyentes a la mortalidad general en el Perú; siendo causantes de más de 2/3 de muertes en Estados Unidos.

En el 2010 Aproximadamente 78 millones eran los portadores de hipertensión y en otros países del mundo, fueron las enfermedades cardiovasculares quienes produjeron más muertes^{3,4}, en relación al impacto de estas enfermedades crónicas no transmisibles, un análisis de un estudio de los 2014, se refiere sobre el “cálculo de años perdidos por muertes prematuras y años de invalidez”, el 54% correspondió a enfermedades crónicas^{3,4}.

La importancia de estas características del estilo de vida para la salud pública también puede medirse por su inclusión en la salud pública, informes sobre el tabaquismo⁵, actividad física^{6,7}, dieta^{8,9} y en las directrices clínicas sobre la presión arterial^{10,11}, colesterol^{12,13} y la obesidad¹⁴, que enfatizan la modificación de estilo de vida como un elemento clave de prevención y control.

Recientemente los estudios epidemiológicos han proporcionado prueba claras de los beneficios que se obtiene al evitar los principales factores de riesgo cardiovascular y seguir un estilo de vida saludable^{7,15,16} por ejemplo, el Nurses “Health Study” en Estados Unidos encontró que el riesgo de enfermedad coronaria¹⁷ y diabetes mellitus tipo 2¹⁵ era reducido en 5 a 10 veces, respectivamente, entre ellos que se involucraron en 5 comportamientos

saludables modificables. Sin embargo, solo el 3% de las enfermedades participaron en estilos de vida saludable¹⁸.

Las enfermedades como EPOC, insuficiencia cardiaca, hipertensión o diabetes mellitus tipo 2, (tienen una relación muy estrecha en su desarrollo con los estilos de vida saludables de las personas), en especial de personas que tiene edad avanzada. “La reducción de estas enfermedades y sus factores de riesgo”, es de gran importancia por nuestra sociedad y las opciones concretas de prevención que muestra hacia arriba, que lo sitúan como prioritario y ellos indican que es urgente entrar en acción combinada e interdisciplinaria para frenarlas²¹.

Considerando lo anteriormente mencionado, se puede suponer que el mejor método para mantenerse sano es adoptar las medidas necesarias preventivas y nada es demasiado tarde para empezar.

En el caso que comenzó una enfermedad, confirmada por diagnóstico médico, aun así, no está tarde para cambios benéficos en el estilo de vida. Sin embargo, no existen estudios en nuestro medio que exploren esta relación, en tal sentido, es urgente plantear el problema de investigación sobre si (existe asociación entre los estilos de vida y diferentes enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en consulta interna del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte)⁶⁸.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre los estilos de vida y las diferentes enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del vitarte de Hospital durante el 2018 de enero?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas, instigan inquietud por lo dificultoso que resulta su manejo por ejemplo en hipertensión arterial, solamente el 50% de ellos tenían un control adecuado²¹. Muchas de las enfermedades actuales se deben a un estilo de vida insuficiente y a la alienación de una dieta saludable. Muchas enfermedades son causadas por hábitos inapropiados que conducen a un aumento excesivo "del sobrepeso, la obesidad y las patologías asociadas".

De acuerdo a los datos del INEI, en el Perú habría más de 2 millones de pacientes que sufren hipertensión arterial, y si sólo un 50% de ellos sabe que la tiene, esto quiere decir, que un paciente con el diagnóstico hecho y que acude a un Centro de Salud para su control sólo un 40% tengo una adherencia apropiada al tratamiento médico prescrito, teniendo en cuenta que en el futuro de la enfermedad podrían ser prevenibles, advirtiéndose una problemática con los efectos que puedan incurrir en los sistemas de salud a nivel general, y para nuestro país en particular serán enormes¹⁸.

Las enfermedades crónicas son una carga cada vez más importante de morbilidad y mortalidad en nuestro País, y está directamente relacionados con los factores de riesgo, propios del crecimiento económico y cambios sociales que experimenta nuestra sociedad, adoptando nuevos estilos de vida, laborales, nuevos horarios, nuevos estilos de vida que realizan las personas económicamente activa que obligan a pasar muchas horas sentadas o a desarrollar trabajos de manera sedentaria; adicionándose una alimentación poco saludable, caracterizado por alimentos ricos en carbohidratos de baja calidad, grasas saturadas e incluso grasas trans; y adicionada a una vida cargada de estrés por la misma presión del trabajo y los compromisos económicos, el cual se suma el consumo de alcohol y tabaco que, como se mencionó anteriormente, también son considerados potenciales factores de riesgo para adquirir este tipo de enfermedades²¹.

De todo lo descritos confirmamos que todavía estamos viviendo un período de (transición epidémica), y nos puede llevarnos a una simbiosis con otras enfermedades transferibles. Como ejemplo la tuberculosis y la diabetes convirtiendo en un nuevo desafío el manejo clínico y control a nivel de salud y a nivel de cualquier sistema de salud. Parte de este gran problema es el estilo de vida del paciente que tiene un papel importante en el desarrollo apropiado de controlar de las enfermedades mientras que es capaz de en muchos casos prevenir y en otro mejorar el tratamiento del mismo que recuerda principalmente prevenir complicaciones¹⁸.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Demostrar la asociación entre el estilo de vida y las diferentes enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero de 2018.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Establecer las características sociodemográficas, de los pacientes atendidos por Diferentes Enfermedades Crónicas, en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero 2018.
2. Determinar las Diferentes enfermedades crónicas, de los pacientes atendidos por en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero 2018.
3. Demostrar la asociación entre las características sociodemográficas y enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.
4. Establecer la asociación entre el estilo de vida y Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

5. Establecer la asociación entre el estilo de vida e Hipertensión Arterial atendidos en consulta externa en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018,
6. Establecer la asociación entre el estilo de vida y Enfermedad Obstructiva Crónica atendidos en consulta externa del Servicio de medicina interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.
7. Establecer la asociación entre el estilo de vida e Insuficiencia cardiaca Congestiva atendidos en consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

1.5 PROPÓSITO.

Mediante la presente investigación se buscó medir de forma cercana los “Hábitos y el estilo de vida de los pacientes que son atendidos en el consultorio externo del servicio de medicina Interna”, y buscar si este estilo de vida está asociado a alguna comorbilidad. Así como también si las morbilidades crónicas están asociados a otros factores como; la edad, el sexo, el nivel educativo y el nivel socioeconómico.

La importancia científica insiste en mostrar si el estilo de vida se asocia con la ocurrencia de algunos con morbilidad crónica entre los pacientes que acuden a la consulta externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte. También tenemos cómo pretender que la morbilidad crónica está asociada a otros factores como; edad, sexo, nivel educativo y estado socioeconómico. Mostraremos que las enfermedades también están relacionadas con los aspectos de las diferentes formas o estilos vida con riesgo similar a los de la exposición a largo plazo de tres comportamientos alterados relacionados con el estilo de vida, el humo, una dieta no muy saludable y la inactividad física. En consecuencia, el mismo desarrollo de enfermedades crónicas, especialmente las enfermedades del corazón, son consideradas enfermedades de los países industrializados y las llaman "enfermedades occidentales" o "enfermedades abundantes", pero internacionalmente se las

conoce como enfermedades no transmisibles y crónicamente y son parte del grupo de enfermedades degenerativas. Una enfermedad crónica puede asociarse con la pérdida de independencia con discapacidad o muerte y conlleva una carga financiera significativa para los servicios de salud.

La combinación de cuatro factores de vida saludable, mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente, una dieta saludable y no fumar muestra el riesgo de hasta el 80% del desarrollo de enfermedades crónicas y generales que pueden producir la muerte. Además, necesitan urgentemente una medida efectiva de salud pública para promover la actividad física y mejorar la salud en el mundo. El desafío de promover la actividad física son los gobiernos, tanto la responsabilidad como las personas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Un estudio realizado el 2014 Titulado: “Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2”. Por Cantú-Martínez. P, Cantú Rev. De Enfermería. et.al. Costa rica²². El estudio de aplicó a paciente de consultorio externo que son 65 participantes, de acuerdo al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con participación voluntaria. “El instrumento denominado IMEVID era usado, para explorar el estilo de vida y estaba relacionado con la percepción de los pacientes y sus dimensiones”. El estudio fue descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de reconocer el estilo de vida de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos y controlados en clínicas de centros de salud en áreas urbanas Los resultados refiere que un 29,23% consideraban tener un buen estilo de vida mientras que el 70,77% tiene un estilo de vida pésimo, y un 56,9% consideran un estilo de vida moderadamente saludable y solo el 13,85% Se clasifican como un estilo de vida malo o un estilo de vida insuficiente que implica un comportamiento moderadamente saludable, insalubre y no saludable. Cuando la evaluación se relacionó con la percepción del estilo de vida aportado por los pacientes que fueron interrogados a medida que percibían su estilo de vida, me comporté, tanto si era muy saludable, saludable y no saludable²².

Un estudio titulado “estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad”. Por: Lisbeth Patricia Triviño, Viviana Andrea Dosman, Yeni Lorena Uribe, Ricardo Antonio agredo, Alejandra maría jerez, Robinson Ramírez. et. al. Cali²³. Estudio de corte transversal y exploratorio su población fue de 147 participantes hombres y mujeres participación voluntaria. El método de recolección fue una encuesta personal para obtener datos sociodemográficos,

exámenes físicos y mediciones antropométricas. El estilo de vida se identificó mediante la prueba "FANTÁSTICA" de forma auto administrada por el participante. Los resultados obtenidos de la población evaluada son: 47.3% (71) fueron hombres, en comparación con 52.7% (76) de las mujeres. El estado civil que prevaleció fue único con 52.4% (77), casado y 28.6% (42). El origen del mayor número de personas fue Cali, con 59.2% (87). El nivel educativo mostró una apariencia más alta que el nivel más alto de 59.2% (87), seguido por el nivel tecnológico / técnico 24.5%. En mujeres y hombres, la incidencia más alta en la clasificación de estilo de vida bueno se encontró con 56.5% y 54.9%, seguido de un excelente estilo de vida con 35.5% y 23.9% $p < 0.05$. La menor proporción se encontró en mujeres y hombres con Las calificaciones que, respectivamente, regulan el estilo de vida en un 7,8% y un 21,1%, $p < 0,05$, las personas no puntúan menos de 60, lo que indica un mal estilo de vida de acuerdo con la escala de calificación. El objetivo de este estudio fue estudiar la relación entre los estilos d vida y los factores de riesgo que predisponen a riesgo cardiovascular en los adultos de la edad media La aparición de estas enfermedades están asociadas a factores de riesgo, en el cual muchos de ellos son prevenibles muchos autores, refieren que programas que encaminan a la detección y tratamiento oportuno modifican las posibilidades de desarrollar las enfermedades, es indispensable orientar y tomar una acción preventiva que respalde la calidad de vida de la población especialmente en ambientes de productividad socioeconómicos. Es por consenso que un estilo de vida saludable influye en forma elemental en el proceso de salud y enfermedad²³.

Un estudio publicado el 2016, titulado “Estilo de Vida y factores socio demográficos asociados en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Por: Quiroz Gómez S - Guzmán Moreno M- Pérez Gutiérrez L. Universidad de Tabasco. et. al. México²⁴. El estudio fue descriptivo, con una muestra que diagnosticó a 93 pacientes con diabetes mellitus 2, que confirmaron a los que visitaron la clínica y dieron su consentimiento informado para la investigación. Utilizaron una tarjeta de identificación para obtener las variables

sociodemográficas, como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y el instrumento (IMEVID), que consta de 25 ítems, agrupados en 7 dominios: nutrición; actividad física, consumo de alcohol, información sobre la diabetes, las emociones y el cumplimiento de la terapia prescrita por el médico. Los pacientes que participaron en el estudio fueron los que acudieron a la clínica ambulatoria del hospital comunitario. Usted logró los resultados con una edad promedio de 56.47 ± 10.7 años, en un rango de 31 a 81 años. Del total de participantes el 75.3% (n = 70) son mujeres en relación con el estado civil. 50.5% (n = 47) está casado y 89.2% (n = 83) tiene un grado de educación escolar. Se obtienen estilos de vida totales: nutrición no saludable 90-96.8%, actividad física insalubre 68-73%, consumo de tabaco 90-96.8% no es saludable, el consumo de alcohol no es saludable en 83-89.2% en la diabetes mellitus tipo 2 no es saludable en 37 -39.8%, las emociones no son saludables en 64-68.4%, y la administración terapéutica no es saludable en 79-84.9%²⁴.

Un estudio publicado el 2015, Titulado: “Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud la población Mexicana con salud comprometida”. Por: Hernández- Murua, JA; Salazar-Landeros, MM; Salazar-C, C; Gómez-Figueroa, JA; Ortiz-Bojorques, C; De Souza-Teixeira; De Paz F. et. al. Culiacán México²⁵. Estudio de corte transversal. Se ha llevado a cabo en diferentes centros de salud del área urbana y rural en los diferentes centros de salud de Culiacán. En este estudio, el objetivo fue estudiar cómo los factores de estilo de vida y la funcionalidad afectan la calidad de vida y relacionada con la salud (CVRS) en la población con salud dedicada. La muestra fue de 139 sujetos, divididos en 4 grupos de enfermedades comorbidas (obesidad, obesidad, diabetes, hipertensión y hiperdislipidemias). Con la prueba "FANTÁSTICA", el estilo de vida, calidad de vida en relación con la salud, está determinado por el SF-36, la funcionalidad con el test de Sentar y Levantar. Obtuvieron los siguientes resultados; Un estilo de vida Excelente que tiene una influencia favorable sobre la salud Mental y la salud Física ($p < 0.05$) relacionado al estilo de vida inferior (bueno regular y bajo) pero no influye en la capacidad Funcional (TSL

Y TIV). Sumados a esto las enfermedades co-morbidas (sobrepeso, obesidad vs sobrepeso, obesidad y diabetes vs sobrepeso obesidad diabetes e hipertensión vs obesidad diabetes hipertensión e hiperdislipidemia) pareciendo no afectar la calidad de vida en relación a la salud y la capacidad funcional ($p < 0.05$). determinado que los niveles excelentes de estilo de vida influyen positivamente sobre la Calidad de vida en relación a la salud, específicamente sobre los aspectos físicos y mentales²⁵.

Un estudio Publicado el 2013, Titulado: “Estilo de Vida de una Comunidad Rural del Municipio de Tarqui (Huila) y su relación con la salud Cardiovascular”, Por: Zambrano – Bermeo. et. al. Colombia²⁶.

Estudio es descriptivo con enfoque cuantitativo, aplicado a una muestra de 70 personas del área rural que aplicado con el test “FANTÁSTICO”, tener un concepto claro de los estilos de vida de la población en estudio relacionado con el indicador, antropométrico y pruebas aplicadas, bioquímicas para conocer más sobre la salud cardiovascular. En cuanto a este estudio sobre los estilos de vida los participantes estaban clasificados en cuatro grupos categóricos. Se obtuvieron lo siguiente: Estilo de vida bueno en un 70%, regular estilo de vida 21.4%, estilo de vida excelente 5.7% y estilo de vida malo 2.9%. Encontrándose que en los hombres con un 57. 10% hay una mayor incidencia de dislipidemia en comparación a las mujeres, se obtiene que los de género femenino tiene más predisposición a sufrir sobrepeso y Obesidad con un 45.57%, y un 41.43% de las mujeres tienen presión arterial optima y el 1.43% de hombres tiene hipertensión grado I diagnosticados en tal sentido el objetivo de este estudio se resume a elaborar propuestas a nivel local en Promociona de Salud y Prevención de la Enfermedad Cardiovascular²⁶.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Un estudio Publicado el 2014 Titulado “Funcionamiento familiar y nivel de estilos de vida en adolescentes de la Institución educativa José Carlos Mariátegui por: Dávila- Mucha et.al. Huancayo²⁷. Se ha encontrado que el funcionamiento familiar está relacionado de manera directa y significativa con los estilos de vida de los adolescentes en la escuela "José Carlos Mariátegui" de Huancayo. Existe una correlación positiva con los puntajes de la función familiar y las puntuaciones de los adolescentes de la escuela, "José Carlos Mariátegui" de Huancayo, indican una función familiar más grande, podemos ver un mayor nivel de estilos. De la vida es Ya hay menos función familiar, encontramos menos niveles de estilo de vida en los adolescentes. Si encontré que en 50 pacientes con síndrome metabólico Hospital I Cono Sur, antes de la implementación del programa, "Educación Vida Saludable" era que el 68% de ellos eran estilos de vida apropiados y el 32% de estilo de vida inapropiado, el estilo de vida de pacientes con síndrome metabólico Hospital I del Cono Sur después de la aplicación del "Estilo de vida saludable" el 100% de ellos tienen el "Estilo de vida saludable" y un programa educativo adecuado. Demostrando la efectividad del programa educativo, porque se observó que el estilo de vida inadecuado totalmente disminuyó, alcanzando el 100% de los estilos de vida apropiados²⁷.

Un estudio publicado el 2016, Titulado “Evaluación del estado nutricional y estilos de vida saludables en los estudiantes de la escuela profesional de Medicina de la Universidad Nacional del Altiplano”, Por. Yemira Lilian.et.al.Puno²⁸. En este estudio, se encontró que los estudiantes un 9.35%, sus estilos de vida son excelentes un 19.63% son buenos y 71.03% son regulares. Los estudiantes 64.49% tienen un estado de nutrición normal, siguió el sobrepeso con un 17.76%, la obesidad con un 14.95% y 2,80% con bajo peso. Con respecto al riesgo cardiovascular según el abdomen, el

77.57% de la población está en riesgo, el 16.82% presenta alto riesgo y el 5.61% con un alto riesgo para el índice de cadera (CCI). Se encontró 78.50% con bajo riesgo y 21% con alto riesgo. El 13.08% muestra anemia leve y 2.08% respectivamente. Finalmente el Índice de Masa Corporal es una variable dependiente de los estilos de vida; entonces podemos decir que existe una correlación significativa es una variable dependiente de los estilos. Al final, el índice de masa corporal es una variable dependiente del estilo de vida. Por lo tanto, podemos decir que existe una correlación significativa es una variable dependiente de los estilos de vida y el estado nutricional de estos estudiantes fue la razón por la cual se acepta la hipótesis y la hipótesis nula es rechazada porque los estilos de vida se relacionan con el índice de masa corporal; Cuando las variables del estilo de vida están relacionadas con el estado nutricional de los estudiantes de medicina, se lo encuentra aceptando la hipótesis alternativa y rechazando el cero. El estilo de vida está relacionado con el índice de masa corporal y el perímetro abdominal²⁸.

Un estudio publicado el 2016. Titulado “Análisis de la confiabilidad del test fantástico para Medir estilos de vida saludables en trabajadores Evaluados por el programa “reforma de vida” del Seguro Social de Salud (EsSalud)” Por Villar-López et.al. Lima²⁹. Se encontró que para el test “FANTÁSTICO” se obtuvo un Alfa de Crobach de 0,778. Se observó un leve Aumento del Alfa de Crobach, deseos de eliminar cuatro preguntas. Con respecto al análisis Factorial, se observó una buena consistencia en la agrupación y pertinencia de la pregunta en los diez ítems que pertenecen al cuestionario FANTÁSTICO, la confiabilidad de esta versión modificada del cuestionario de estilos de vida FANTÁSTICO es aceptable, con una consistencia interna alta y una estructura coherente de organización de preguntas en cada ítem²⁹.

Un estudio publicado el 2017: “Titulado “Efectividad del programa Reforma de vida en los estilos de vida de miembros de círculos de Salud de dos distritos de Arequipa”; Por: Delgado Ovale. et. al. Arequipa³⁰. Del cuestionario de estilos de vida, FANTÁSTICO es aceptable, con una consistencia interna alta y una estructura coherente de organización de pregunta en cada ítem. se encontró que inicialmente, el 61.5% de los participantes fueron clasificados con estilos de vida (algo bajos). Después de aplicado la intervención un 69.2% de ellos mostraron tener estilos de vida “FANTÁSTICOS”, los cambios más importantes se encontraron en las dimensiones “Familia” un 61.5 a 71.4% (de incremento en respuestas adecuadas) “Introspección” un 44.0 a 83.5% (de incremento de respuesta adecuadas) y “Nutrición y Alimentación” el 62.6 a 80.2% (de incremento en respuestas adecuadas) la diferencia entre estos puntajes finales y por las dimensiones antes y después de la intervención fueron los resultados estadísticamente significativas en ($p < 0,001$). Se observa una mejora en los estilos de vida después de la intervención de Reforma de vida, principalmente en las dimensiones de familia, Introspección y Nutrición y Alimentación en los adultos Mayores miembros de los círculos de Salud de los distritos de Ilo Selva Alegre y Cayma en Arequipa el año 2016³⁰.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 ESTILO DE VIDA SALUDABLE

La definición de vida saludable, significa que tanto la salud física como la mental se mantienen en equilibrio o funcionan bien juntas en un individuo. En la mayoría de casos, la salud física y mental está estrechamente relacionada, de modo que un cambio bueno o malo en una afecta directamente al otro. En consecuencia, algunos de los consejos incluirán sugerencias para una “Vida Saludable” en el factor emocional y mental.

A. IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS.

Es muy importante adquirir como un hábito el practicar la actividad física desde muy niño ya que nos ayuda a disminuir el factor de riesgo de sufrir y padecer sobrepeso, obesidad especialmente en niños y adolescentes considerándolos como antecedentes de una enfermedad. Se recomienda contar con una alimentación adecuada puesto que es un factor de Prevención de Obesidad sino de enfermedades en el adulto haciendo que se incremente en etapas tempranas las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, Diabetes, enfermedad cardiovascular. Además, se puede decir que esto constituye un estímulo para un desarrollo y crecimiento adecuado de esta manera cambiar la conducta sedentaria de adulto.

Se puede señalar porque es beneficioso el juego al aire:

- Es benéfico para mental y física
- Se estimula la actividad física por medio del juego.
- Impulsar y estimula el desarrollo físico.
- Fomentar para mantener la forma física.
- Estimular el desarrollo de músculos grandes.
- Todos los niños se exponen a la luz del sol; permite de esta manera que se incorpore la vitamina D y contribuye a la absorción de calcio.

A. ACTIVIDAD FÍSICA.

Según la OMS, la actividad física se define como algún movimiento corporal que ocurre a través del músculo esquelético, y que depende de un gasto de energía donde incluimos actividades realizadas en el trabajo, tareas, viajes a juegos y actividades recreativas.

El término "actividad física" difiere del término "ejercicio", que es una subcategoría de la actividad física que está planificada, estructurada,

repetitiva y tiene como objetivo principal mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física³¹. Además del ejercicio, cualquier otra actividad física que se realice durante el tiempo libre, para el transporte hacia y desde lugares, o como parte del trabajo de una persona, tiene un beneficio para la salud. Además, sabemos que la actividad física con intensidad vital e intensidad moderada mejora las condiciones de salud.

La OMS recomienda, en niñas y adolescentes de 5-17 años, se debe desarrollar como mínimo 60 minutos de actividad física, con intensidad moderada a vigorosa diariamente. La actividad física de cantidades superiores a 60 minutos por día incluirá beneficios de salud adicionales, debe incluir actividades que fortalecen los músculos y las piernas, al menos 3 veces por semana³².

Los adultos entre las edades de 18 y 65 años deben realizar aproximadamente 150 minutos de actividad física, al menos con una intensidad moderada durante la semana o durante al menos 75 minutos de actividad física intensiva vital o una combinación equivalente de actividad de intensidad moderada y vigorosa.

Los adultos entre los 18-65 años, deberían practicar aproximadamente 150 minutos de actividad física, por lo menos con una intensidad moderada durante la semana, o llevar a cabo por lo menos 75 minutos de actividad física de intensidad vigorosa durante la semana, o una combinación equivalente de actividad de intensidad moderada y vigorosa.

Por lo que respecta a la mejora de los beneficios adicionales de la salud, los adultos deberían aumentar su actividad física de intensidad moderada a unos 300 minutos por semana o equivalente, las actividades de fortalecimiento muscular se deberían llevarse a cabo principales grupos musculares de 2 o más días a la semana. Todas aquellas que tienen poca movilidad deben realizar actividad física para mejorar el equilibrio y evitar caídas, 3 o más días por semana.

La actividad física enérgica y persistente con intensidad moderada, como caminar, andar en bicicleta o practicar deportes, tiene beneficios muy importantes para todas las edades. Los beneficios de ser físicamente activo, más pesado que el daño potencial al organismo. Durante todo el día, sin complicaciones, esperamos que las personas alcancen fácilmente los niveles de actividad recomendados.

Las condiciones regulares y adecuadas de actividad física permiten:

- ✓ Mejorar la salud ósea y funcional.
- ✓ Mejorar la amplitud o extensión muscular y cardiorrespiratoria
- ✓ Reducir el riesgo de Hipertensión, Enfermedad Coronaria, Accidente Cerebrovascular Diabetes, varios tipos de Cáncer (incluido Cáncer de Mama y Cáncer de Colon) y Depresión;
- ✓ Reducir el riesgo de caídas y fracturas de caderas o vertebrales; y activas³³.

La actividad insuficiente e inadecuada es uno de los principales factores de riesgo para la mortalidad mundial y aumenta en muchos países, lo que aumenta la carga de enfermedades crónicas no transmisibles que afectan la salud general en el mundo. Las personas que son insuficientemente activas tienen un 20% y un 30% más que el riesgo de muerte en comparación con las personas que son suficientemente activa ³⁴.

De acuerdo con la OMS, a nivel mundial, refiere que el 81% de los adolescentes de 11 a 17 años realizan prácticas de actividad físicamente vigorosa y suficiente en el 2010. Los adolescentes eran menos activos que los adolescentes y el 84% frente al 78% no. Cumplía las recomendaciones dadas por la OMS³⁵.

B. ALIMENTO.

De acuerdo con el código de comida peruana. La comida es cualquier sustancia o mezcla de sustancias naturales que elabora el ser vivo. Contribuye a los materiales y la energía de los organismos necesarios para el desarrollo de procesos biológicos³⁶.

a) FUNCIONES DE LOS ALIMENTOS.

Cumplen diferentes funciones, según las necesidades y posibilidades que produce los alimentos en el organismo. Estos alimentos se distribuyen. No existe una dieta ideal, o comida, buena o mala por sí sola. La mayoría de los alimentos son mezclas de nutrientes en cantidad y calidad. Esto indica que ningún alimento se compone de un solo nutriente y que no hay alimentos que consideremos completos y suficientes para la persona madura. Ejemplo la leche materna es completa para el recién nacido por 6 meses de vida luego es un alimento carente de hierro, vitamina C, y fibra. De este modos, el valor de nutrientes que aporta el consumo de una dieta depende estrictamente de la mezcla total de varios tipos de alimentos de la combinación total de los alimentos que lo componen y los nutrientes que lo aportan “El consumo de una Dieta que sea variada y moderada es la mejor garantía de un equilibrio nutricional”³⁷.

b) ALIMENTACIÓN.

Es un conjunto actos voluntarios que contemplan para elegir una comida o alimento, que está preparado para comerlo. Es las prácticas de comer y la forma, el modo que lo preparamos tiene relación con el ambiente en el que habitamos de este modo ellos son en gran parte los que determinan, los hábitos alimentarios y los estilos de vida de las personas.

c) NUTRICION Y SU SIGNIFICADO.

Se refiere a los nutrientes que consisten en la comida y el entorno de los procesos involuntarios, como la eliminación de la digestión y la absorción de nutrientes y componentes, el metabolismo y los residuos celulares del organismo. Pensar que a los 60 años una persona pueda haber consumido un aproximado de 50 toneladas de alimento, pero es esta cantidad que permite al organismo construir y mantener su estructura, los tejidos, órganos, considerando al organismo como la materia prima de la vida.

El alimento existente, puede con el tiempo, transformarse en el oponente o adversario cuando es usado en exceso o está limitado en la dieta diaria³⁸. Por ejemplo el déficit de kilocaloría y de algunos nutrientes como proteínas originan la carencia y desnutrición proteico-energéticas y el retraso en el crecimiento y desarrollo; mientras que el exceso calórico conduce al sobrepeso y obesidad, es por parte de una dieta alta en grasa saturada y en consecuencia se relaciona con la enfermedad cardíaca y un menos consumo de frutas, verduras con ciertas formas de cáncer.

d) CIENCIAS DE LA NUTRICIÓN.

El objetivo es el estudio de los nutrientes que hallamos en todo alimento y toda sustancia que se digieren y a su vez son absorbidas por el organismo para posteriormente ser utilizados durante el metabolismo intermedio; la función, la forma de reacciones del organismo cuando se consume y la forma de interacción de dichos nutrientes con el organismo con respecto a la salud y la enfermedad.

Las etapas de nutrición son: comida y digestión; Metabolismo y excreción Se define como la ciencia de los alimentos o las comidas, los nutrientes y otros tipos de sustancias que interactúan con la acción, el equilibrio y el equilibrio en relación con la salud y la enfermedad. Los procesos en los que el cuerpo absorbe, absorbe, absorbe, transporta, utiliza y la excreta. La nutrición

también se une con la ciencia de los alimentos y está relacionada el campo social económico, y psicológico³⁹. La nutrición como ciencia involucra el conocimiento de las ciencias biológicas básicas y del comportamiento humano que recientemente cobraron fuerza en la intervención del programa y están comprende campos que inician desde seleccionar los alimentos para lograr el efecto de los componentes de dichos alimentos en la salud.

e) NUTRICIÓN Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Los principios de la ciencia de nutrición y a la luz de los conceptos de la remoción de salud y la prevención de enfermedades asociadas con nutrición se presentan los objetivos de salud y la prevención de enfermedades asociadas con la nutrición, se presentan los objetivos de nutrición desarrollados por organismos internacionales, a su vez en el marco de la situación de salud y nutrición del país se describen estrategias de plan nacional de alimentación y nutrición.

f) IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN, SALUD Y EDUCACIÓN.

La educación de la alimentación se define como un proceso de enseñanza permanente, dinámica, participativa e integral tiene el propósito de promover acciones educativas que tienen que mejorar la prontitud, el consumo y el uso de las comidas que mejoran la calidad de vida de una región o país.

La educación alimentaria también indica la adopción de acciones que provocan cambios de esta manera en el comportamiento del individuo; en términos de alimentos, el objetivo principal de la educación alimentaria es ayudar a las personas a adquirir conocimientos, habilidades y cuidados en materia de buena nutrición y salud integral. , lo que lleva a prácticas para disfrutar de una buena salud a través de una dieta equilibrada y un proveedor ecológico de fuerza vital para enfrentar las variables y necesidades de la vida⁴⁰.

g) FUNCIÓN DE LA EDUCACIÓN ALIMENTARIA.

La principal responsabilidad de la educación alimentaria recae en las escuelas, ya que llega a casi todas las personas dentro del tiempo en que los hábitos son flexibles y pueden cambiarse fácilmente. Los mejores años en la infancia están en los primeros seis grados porque sus hábitos son flexibles y cooperan. La educación alimentaria debe ser un programa altamente organizado que tenga su educación primaria inicial y crecimiento a lo largo de los años en la escuela secundaria. Sin ignorar el papel que juega la madre en la nutrición. Otro ejemplo es el grupo de productos lácteos, que debe evitar la mayor ingesta diaria, se debe consumir el queso bajo en grasa o sin grasa o en yogurt en lugar de leche entera, postres y helados.

h) FACTORES DEL SOCIO DEMOGRÁFICO Y ECONÓMICO, DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS.

. El patrón de consumo de alimentos en los países pobres se caracteriza por una dieta monótona donde los alimentos básicos suministran 60-90% de la ingesta energética, con una pequeña cantidad de productos de origen animal en la composición de la porción o ración, con una contribución de aumento carbohidratos en forma de azúcares complejos, una contribución de proteínas discreta y sustancial los vegetales con una alta ingesta de fibra. Los efectos de este modelo de salud pública están en línea con las deficiencias en los alimentos, la nutrición, las proteínas, la salud y la energía o los defectos minerales o vitamínicos específicos. Es importante recordar que la relación entre la forma de alimentarse y la salud debe expresarse como un factor de riesgo. Además del comportamiento alimentario, una patología está determinada por otros factores de riesgo, como el factor de predisposición genética, el comportamiento ambiental, económico o social.

FACTORES CULTURALES Y HÁBITOS ALIMENTARIOS.

Solo cuando una persona tiene suficiente comida para satisfacer el hambre, puede interesarse en cualquier otro significado. Ellos pueden ser clasificados. "Los factores que determinan la dieta de los humanos se clasifican de la siguiente manera

Sólo cuando una persona tiene suficiente comida para satisfacer el hambre, usted, puede interesarse por otro significado cualquiera. Pueden ser clasificados "los factores que determinan la dieta del hombre se clasifican así:

- 1) Come lo que puede encontrar a su entorno.
- 2) Cuando pueda elegir, elija lo que sus antepasados comieron antes que él. Entonces, los hábitos alimenticios surgen cuando la comida es suficiente para elegir.

La comida es una de las manifestaciones socioculturales más importantes en la vida de las personas. La comida es una forma de comunicación, conducta, normas y prohibición religiosa.

El hogar y la comunidad eligen las comidas que encuentran en su área, de acuerdo con sus hábitos alimenticios, respondiendo a ciertas realidades históricas, ambientales, socioeconómicas del hombre con el hombre, con sus deidades y con el acondicionamiento de esta manera su uso más allá de su disponibilidad^{41,42}.

2.2.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

Las diferentes enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles quieren decir, que no se transmiten personalmente, son enfermedades a largo plazo y su evolución general es lenta. Los cuatro tipos de enfermedades crónicas no transmisibles son: enfermedades de insuficiencia cardíaca (ataques cardíacos, derrames cerebrales), enfermedades respiratorias (como enfermedades obstructivas crónicas), diabetes mellitus e hipertensión. Las ECNT afecta a todas las edades y todas las regiones. Estas enfermedades generalmente se asocian con edades más avanzadas, menos la evidencia

muestra que 9 millones de muertes son atribuibles a enfermedades contagiosas que ocurren en personas menores de 60 años; Un 90% aproximadamente de estas muertes prematuras ocurren en países, de bajos y medianos ingresos ⁴³. Tanto niños, adultos y ancianos son todos ellos considerados vulnerables a los factores de riesgo que los predisponen o favorecen a las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles ,a u ves tenemos en cuenta, que las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas⁴³.

El envejecimiento, la urbanización rápida y no planificada, la globalización en algunos aspectos y la poca vida saludables favorecen a estas enfermedades. Por ejemplo, la última dieta poco saludable puede manifestarse en forma de presión arterial alta, aumento de la glucosa en sangre, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Pueden conducir a enfermedades cardiovasculares una ECNT, estas enfermedades comparten factores comunes de riesgo que influyen en el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable⁴⁴. La ECNT puede prevenirse y controlarse mediante cambios en el estilo de vida, las políticas públicas y las intervenciones de salud requieren un enfoque intersectorial planificado e integrado.

DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La Diabetes Mellitus, también conocida como Diabetes Tipo 2, es un término orgánico o un defecto metabólico a largo plazo y se caracteriza por niveles altos de azúcar en la sangre, resistencia a la insulina y la producción deficiente de insulina. Síntomas que se pueden expresar con esta enfermedad son la sed, micción regular y pérdida de peso inexplicable. Además en algunos se puede adicionar el aumento del apetito, decaimiento, sensación de cansancio y heridas que no curan al tratamiento. A menudo los síntomas aparecen lentamente. Todas las complicaciones que se manifiestan son a largo plazo por el nivel alto de azúcar en la sangre e incluyen, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, retinopatía diabética, que pueden causar ceguera, insuficiencia renal y flujo sanguíneo deficiente en las extremidades que puede

llevar a la amputación. Pudiendo aparecer una condición de estado hiperglucémico, hiperosmolar, puede ocurrir repentinamente; Sin embargo, es raro⁴⁵. La diabetes tipo 2 se produce principalmente debido a la obesidad y la falta de ejercicio. Algunas personas están en más en peligro de exposición que otras. La diabetes tipo 2 representa aproximadamente el 90% de los casos de diabetes y el otro 10% se debe principalmente a la diabetes mellitus tipo 1 y la diabetes del embarazo. En la diabetes mellitus tipo 1 hay un nivel total más bajo de insulina para controlar la glucosa en sangre debido a una pérdida autoinmune inducida de células beta productoras de insulina en el páncreas. El diagnóstico de la diabetes se realiza mediante análisis de sangre, como la determinación de la glucosa en plasma o la prueba de tolerancia oral a la glucosa o la hemoglobina glucosilada ⁴⁶. La diabetes tipo 2 se puede prevenir parcialmente manteniendo un peso normal, haciendo ejercicio regularmente y comiendo adecuadamente. El tratamiento implica ejercicios y cambios en la dieta. Si los niveles de azúcar en la sangre no se reducen adecuadamente, generalmente se recomienda el medicamento metformina. Muchos pueden eventualmente necesitar inyecciones de insulina. En aquellos con insulina se recomienda controlar los niveles de azúcar en la sangre regularmente. Sin embargo, puede no ser necesario para aquellos que toman pastillas. La cirugía bariátrica a menudo mejora la diabetes en aquellos que son obesos. Las tasas de diabetes mellitus tipo 2 han aumentado significativamente desde 1960 y son paralelas a la obesidad. Desde 2015, 392 millones de personas fueron diagnosticadas en 1985 con aproximadamente 30 millones de personas. Por lo general, comienza en la mediana edad, o edad avanzada aunque las tasas de diabetes tipo 2 se han incrementado en la edad más temprana o joven. La diabetes tipo 2 se asocia con una esperanza de vida más corta de diez años. La diabetes fue una de las primeras enfermedades descritas. La importancia de la insulina en la enfermedad más corta. La diabetes. La importancia de la insulina más corta. La diabetes fue una de las primeras enfermedades descritas. La importancia de la insulina en la enfermedad se determinó en la década de 1920⁴⁷.

A. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La hipertensión, también conocida como presión arterial alta (HTA), es una afección médica a largo plazo en la cual la presión arterial en las arterias, es persistentemente elevada. La presión arterial alta por lo general no causa síntomas. La presión arterial alta a largo plazo sin embargo es un factor de riesgo importante para la enfermedad arterial coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedad vascular periférica, pérdida de la visión, enfermedad renal crónica y demencia⁴⁸.

La presión arterial alta es clasificada como presión arterial alta primaria (esencial) o como una hipertensión debido a un estilo de vida no específico y factores genéticos. Los factores de estilo de vida que aumentan el riesgo incluyen el exceso de sal. Alrededor del 90-95% de los casos son primarios, lo que se define como hipertensión debido a un estilo de vida no específico y factores genéticos. Los factores de estilo de vida que aumentan el riesgo incluyen el exceso de sal en la dieta, el exceso de peso corporal, el tabaquismo y el consumo de alcohol⁴⁹. El 15 a 10% restante de los casos se clasifican como hipertensión secundaria, definida como la presión arterial alta debido a una causa identificable, como enfermedad renal crónica, estrechamiento de las arterias renales, un trastorno endocrino o el uso de píldoras anticonceptivas.

La presión arterial se expresa mediante dos mediciones, las presiones sistólicas y diastólicas, que son las presiones máximas y mínimas respectivamente. Para la mayoría de adultos, la presión arterial normal en reposo se encuentra dentro del rango de 100-130 (mmHg) la sistólica y 60 - 80mmHg la diastólica. Para la mayoría de adultos la presión arterial alta está presente, si la presión sanguínea en reposo es persistentemente igual o superior a 130/19 o 140/90 mmHg. Teniendo en cuenta que en niños se aplican diferentes valores o números. La monitorización ambulatoria de la

presión arterial durante un periodo de 24 horas parece más precisa que la medición de la presión arterial en el consultorio. Los cambios en el estilo de vida y los medicamentos pueden disminuir la presión arterial y disminuir el riesgo de complicaciones de salud⁵⁰. Los cambios en el estilo de vida incluyen pérdida de peso, disminución del consumo de sal, ejercicio físico y una dieta saludable. Si los cambios en el estilo de vida no son suficientes, entonces se usan medicamentos para la presión arterial. Hasta tres medicamentos pueden controlar la presión arterial en el 90% de las personas. El tratamiento de la presión arterial moderadamente alta definida como ($> 160/100$ mmHg) con medicamentos se asocia con una esperanza de vida mejorada. El efecto del tratamiento de la presión arterial entre $130/80$ mmHg y $160/100$ mmHg es menos claro, con algunas revisiones que encuentran beneficio y otras que encuentran beneficios poco claros. La presión arterial alta afecta entre el 16y el 37% de la población en todo el mundo.⁵¹

C. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

La Insuficiencia Cardíaca Congestiva, ocurre cuando el corazón no puede bombear sangre suficiente para mantener el flujo sanguíneo y satisfacer las necesidades del cuerpo. Los signos y síntomas incluyen dificultad para respirar generalmente, fatiga excesiva e hinchazón de las piernas. La falta de aliento es generalmente peor con el ejercicio, mientras que esta acostado, puede despertar a la persona por la noche. Una capacidad limitada para el ejercicio también es una característica común.

El dolor en el pecho, incluida la angina, los signos y síntomas comúnmente incluyen dificultad para respirar, cansancio excesivo e hinchazón de las piernas⁵⁶. La falta de aliento generalmente es peor con el ejercicio, mientras esta acostado, y puede despertar a la persona por las noches. Una capacidad limitada para el ejercicio también es una característica común: el dolor en el pecho, incluida la angina, generalmente no ocurre debido a insuficiencia cardíaca.

Las causas más comunes de insuficiencia cardíaca incluyen enfermedad coronaria arterial que incluye un ataque de corazón de miocardio previo (ataque de corazón), presión arterial alta, falla de fibrilación, enfermedad cardíaca valvular, excesivo consumo de alcohol, infecciones y miocardiopatía de causa desconocido.

Estos causan insuficiencia cardiaca al modificar la estructura o el funcionamiento del corazón. Existen dos tipos principales de insuficiencia cardiaca: la insuficiencia cardiaca debido a la disfunción ventricular izquierda y la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección normal. Dependiendo de la capacidad del ventrículo izquierdo para contraerse, o la capacidad del corazón para relajarse⁵⁶. La gravedad de la enfermedad generalmente se clasifica por el grado de problema con el ejercicio. La insuficiencia cardiaca no es lo mismo que el infarto de miocardio (en el que muere una parte del musculo cardiaco) o el paro cardiaco (en el que el flujo sanguíneo se detiene por completo). Otras enfermedades que pueden tener síntomas similares a la insuficiencia cardiaca incluyen obesidad, insuficiencia renal, problemas hepáticos, anemia y enfermedad tiroidea.

La condición se diagnostica e función a la historia de los síntomas y un examen físico con confirmación por ecocardiografía. Los análisis de sangre, la electrocardiografía y la radiografía de tórax pueden ser útiles para determinar la causa subyacente.

El tratamiento depende de la gravedad y la causa de la enfermedad. En personas con insuficiencia cardiaca leve estable crónica, el tratamiento generalmente incluye modificaciones en el estilo de vida, como dejar de fumar, ejercicio físico, cambios en la dieta, así como medicamentos⁵⁷. En aquellos con insuficiencia cardiaca debido a la disfunción ventricular, se recomienda los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores de los receptores de angiotensina junto con los bloqueadores beta. Para aquellos con enfermedad severa, se puede usar antagonista de aldosterona o hidralazina con un nitrato. Los diuréticos son útiles para prevenir la retención

de líquidos. A veces dependiendo de la causa, se puede recomendar un dispositivo implantarle como un marcapaso o un desfibrilador cardiaco implantarle. Algunos casos moderados o severos puede sugerirse la terapia de resincronización cardiaca (TRC) o la modulación de la contractibilidad cardiaca puede ser beneficiosa. Se puede recomendar un dispositivo de asistencia ventricular u ocasionalmente un trasplante de corazón en aquellos con enfermedad grave a pesar de todas las demás medidas⁵⁸.

La Insuficiencia Cardiaca es una condición común, costrosa y potencialmente fatal. En 2015 afecto a unos 40 millones de personas de todo el mundo. En general, alrededor del 2% de los adultos tiene insuficiencia cardiaca y en los mayores de 65 años, esto aumenta aun 6- 10%. Se predice que las tasa aumentaran. En el año posterior al diagnóstico el riesgo de muerte es de alrededor de 35%, después del cual disminuye a menos del 10% cada año. Esto es similar a los riesgos con varios tipos de cáncer. En el reino Unido, la enfermedad es la razón del 5% de los ingresos hospitalarios de emergencia⁵⁹

D. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC), se caracterizada por problemas respiratorios a largo plazo y flujo de aire deficiente. Los síntomas importantes son los incluyen la dificultad para respirar y tos con producción de esputo. La EPOC es una enfermedad progresiva, lo que afecta significativamente y empeora con el tiempo. Eventualmente, las actividades cotidianas, como caminar o vestirse, se vuelven difíciles.

La bronquitis crónica y el enfisema son términos asignados en el tiempo y se usan para los diferentes tipos de EPOC. El término “bronquitis crónica” se usa para definir una tos productiva que está presente durante por lo menos tres meses del año durante dos años⁵².

El tabaquismo es una de las causas más común de EPOC, con factores como la contaminación del aire, la genética que juega un papel menor.

En el mundo el desarrollo, una de las fuentes más comunes de contaminación del aire como es la calefacción y los fuegos de cocina mal ventilados. La exposición por largos periodos a estos irritantes causa una inflamación a nivel pulmonar, lo que resulta en el estrechamiento de las vías respiratorias rupturas pequeñas del tejido pulmonar⁵³.

El diagnostico se basa en un flujo de aire deficiente esto es medido por la prueba de función pulmonar. A diferencia del asma, la reducción del flujo de aire no mejora mucho con el uso de un broncodilatador.

La mayoría de los casos de EPOC se pueden prevenir al reducir la exposición a los factores de riesgo. Esto incluye la disminución de las tasas de tabaquismo y la mejora de la calidad del aire interior y exterior. Si bien el tratamiento puede retrasar el empeoramiento, no se conoce ninguna cura, Los tratamientos para la EPOC incluyen dejar de fumar, vacunas, rehabilitación respiratoria y a menudo broncodilatadores y esteroides inhalados.

Algunas personas pueden beneficiarse de la terapia de oxígeno a largo plazo o del trasplante de pulmón. En aquellos que tienen periodos de empeoramiento agudo, puede ser necesario un mayor uso de medicamentos y hospitalización⁵⁴.

A partir del año 2015, la EPOC afecto aproximadamente a 174,5 millones (2,4%) de población mundial. Suele ocurrir en personas de 40 años.

El hombre y las mujeres se ven afectados con la misma frecuencia. En el 2015 resulto en 3.2 millones de muertes en comparación con 2.4 millones de muertes en 1990. Más del 90% de estas muertes ocurren en el mundo en desarrollo.

Se prevé que el número de muertes aumentara aún más debido a las tasas de tabaquismo más altas en el mundo en desarrollo y envejecimiento de la población en muchos países. Resulto con un costo económico estimado de \$2,1 billones en 2010⁵⁵

2.3 HIPÓTESIS

H. VERDADERA. ¿Existe asociación entre el estilo de vida y las diferentes enfermedades crónicas entre los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero de 2018?

H. NULA. ¿No existe asociación entre el estilo de vida y las diferentes enfermedades crónicas entre los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero de 2018?

2.4 VARIABLES

2.4.1 VARIABLE DEPENDIENTE

1. Enfermedades Crónicas no transmisibles

- Diabetes mellitus Tipo 2.
- Hipertensión Arterial.
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
- Enfermedad Pulmonar Crónica.

2.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTE

2. Estilos de Vida Saludable.

- Edad.
- Sexo.
- Nivel Educativo.
- Nivel Socioeconómico

2.5. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS.

- a. **Estilos de Vida.** Formas de vida, expresiones que se designan de forma general, para el estilo formal o modo que entiende la vida. Mencionado en cualquiera de los ambientes del comportamiento (yo trabajo, ocio, sexo, alimentación, ropa, sedentarismo).
- b. **Estilos de vida saludable.** - El estilo de vida recurre a un grupo de comportamientos o actitudes de diario fuera de los que el individuo lleva, la gente para mantener su cuerpo y notar de manera apropiada.
- c. **Alimentación.** - Toda la acción de alimentar para obtener sustancias nutritivas o nutritivas de las comidas. que completan fases como la selección, preparación e ingesta de comidas.
- d. **Alimentación saludable.** - Es lo que contribuye a todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita conservar la salud.
- e. **Dieta.** - Etimológicamente la palabra Dieta significa “régimen de vida”, Es la forma de una persona que sigue en el consumo habitual de alimentos.
- f. **Nutrición.** - La ciencia que estudia los nutrientes y otras sustancias nutritivas y sus formas que el cuerpo los asimila, como ellos influyen como usted y son liberados en forma de energía, como ellos son transportados y utilizados y así reconstruir infinitud de los tejidos que son especializados y mantiene el estado general del individuo.
- g. **Nutrientes.** - Son sustancias que los seres vivos obtienen de las comidas que consumen diariamente para conservar la vida y la salud. Los nutrientes son: hidrato de carbono. Proteínas, grasas, vitaminas, minerales.
- h. **Nutrientes esenciales.** - son los que el cuerpo humano no puede sintetizar en cantidades insignificantes, por el cual, reciben de los alimentos para evitar las deficiencias; para que un nutriente sea esencial es necesario que cumpla dos condiciones o características una que su omisión en la dieta produzca alteración de las funciones

metabólicas y otra que al restáuralo en el ser vivo recupere dicha función.

- i. **Nutrientes no esenciales.-** Son los que el cuerpo humano sintetiza partir de otros nutrientes disponibles en el organismo, o lo que obtiene de los alimentos como ejemplo están en el colesterol, y algunos aminoácidos como la glicina y la alanina.
- j. **Nutrientes condicionalmente esenciales.-** Son nutrientes que aunque el organismo sintetiza en situaciones específica como en estados patológicos las cantidades producidas no alcanzan a suplir las demandas metabólicas requeridas y en ese caso su esencialidad está condicionada. Por ejemplo en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, o quemaduras graves que tiene comprometido el tejido muscular y la dermis estos presentan niveles reducidos de aminoácidos como la glicina el cual se convierte en un aminoácido condicionalmente esencial.
- k. **Encuesta.-** Se denomina al conjunto de preguntas especialmente diseñadas y pensadas para ser dirigidas a la muestra de población que se considera a través de ciertas circunstancias funcionales al trabajo, representante de esta población, con el objetivo de siempre de conocer información personal dentro de las condiciones de éticas y el consentimiento informado.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizará un estudio de diseño observacional, analítico, prospectiva de corte transversal y enfoque cuantitativo, debido a que solo se observará el fenómeno a estudiar y no se intervendrá ni manipularán las variables; transversal, debido a que las variables serán medidas una sola vez en el tiempo y no se hará seguimiento de las mismas; analítico, debido a que se busca asociación entre las variables dependiente e independientes; y con colección de datos prospectiva, debido a que se ejecutará la recolección de datos posterior al diseño del protocolo.

Se utilizó como instrumento el Test de encuesta “FANTÁSTICO”, válido en diferentes estudios en el Perú.

La muestra estuvo constituida por 385 encuestados, cuyos criterios de inclusión fueron ser atendido en el consultorio de Medicina Interna durante el mes de enero 2018. Se realizó análisis univariados y bivariados con el chi cuadrado para un p valor <0.05 , usando el STATA versión 11.

Se contó con la autorización de la Dirección, del Departamento de Medicina Interna, de la Oficina de apoyo a la investigación y docencia y del Comité de Ética e investigación, para la aplicación y ejecución del estudio, se determinó la línea basal del estudio, se validó los resultados para socializar las conclusiones y recomendaciones.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio donde se realizó el presente estudio de investigación, fue el consultorio externo del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante el mes de enero 2018.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN

La población y muestra están incluidas toda la población indicada que cumpla los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes Adultos Mayores de 18 años de edad que acuden a la consulta externa del servicio de Medicina Interna, durante el mes de enero del año 2018.
2. Pacientes Nuevos o Continuadores que acuden a consulta externa del servicio de Medicina Interna, durante el de enero del año 2018.
3. Paciente con o sin diagnóstico de enfermedad crónica (Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Enfermedad Pulmonar Obstructiva, Insuficiencia Cardíaca Congestiva) que acudan a consulta externa del servicio de Medicina interna, durante el mes de enero del año 2018.
4. Pacientes que actualmente estén con prescripción y tratamiento médico de acuerdo a su diagnóstico.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes con enfermedad o discapacidad mental que no pueden llenar encuestas.
2. Pacientes que por razones ajenas no permiten voluntariamente a ser encuestados.
3. Pacientes que hablan otro idioma diferente a test y no domina el español, no permitiendo un buen entendimiento.

3.3.2 MUESTRA

Como se aprecia en la cita anterior, para determinar el universo y la población se concretiza entre los pacientes de consulta externa del servicio Medicina Interna del hospital Vitarte durante el mes de enero del año 2018.

El tamaño de la población es decir de los pacientes que asisten a sus consultas externas del servicio de medicina interna se consideran una población Infinita para cuestiones de la fórmula para aplicar la formula y proceder hacer el cálculo del tamaño muestral.

El tamaño de la muestra se determina a través de una fórmula para poblaciones infinitas que constituyen el número de unidades muestrales en dicho estudio.

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2}$$

z = Nivel de Confianza =1.96

p= probabilidad a favor =0.5

q= Probabilidad en Contra =0.5

e= Error muestral Permisible =0.05

n=Tamaño de Muestra = 385

El tamaño muestral que resulta es de 385 pacientes.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICAS

La técnica empleada fue la recolección de datos a través de las 385 encuestas para medir estilos de vida que se aplicó. Los resultados están expresados en tablas de frecuencia y de contingencia, además de gráficas. Asimismo se determinó la asociación de las variables dependientes e independientes. Se presentó el protocolo en tres copias al, Área de Docencia e investigación y el Comité de Ética e Investigación Epidemiología y Estadística e Informática del Hospital Vitarte de este modo se contó con el permiso y autorización necesaria quienes emitieron un proveído con copia al departamento de Medicina Interna para proceder a aplicar las encuestas a los pacientes, esta encuesta fue efectuada en la sala de espera de consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte, esta encuesta se realizara previa al ingreso del paciente a dicho consultorio. Contando con la participación voluntaria, en donde los pacientes brindaran su consentimiento para efectuar la encuesta.

4.4.2 INSTRUMENTO

Para medir el estilo de vida se utilizará el test “FANTASTICO” validado en el Perú. Este es un instrumento que contiene 25 ítems cerrados que explora diez categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales, relacionados al estilo de vida. Este cuestionario presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos. Tomando como punto de corte la media de las calificaciones propuestas, por los autores del instrumento, cinco niveles de calificación estratifican el comportamiento (< 39 puntos = existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos =bueno, 85 a 100 puntos = excelente estilo de vida). Esto indica que cuanto menor sea la puntuación mayor será la necesidad de cambio de

estilo de vida. En términos generales los resultados pueden ser interpretados de la siguiente manera:

- ✓ **Excelente** → Indica que el estilo de vida del individuo representa un influencia óptima para la Salud.
- ✓ **Bueno** → Indica que el estilo d vida representa una influencia adecuada para la Salud.
- ✓ **Regular** → Indica que el estilo de vida representa un beneficio para la Salud, aunque también presenta riesgos
- ✓ **Malo y existe peligro** → Indica que el estilo de vida del individuo plantea muchos factores de riesgo.

Para los demás datos se utilizó un Formato de encuesta Estructurada

Encuesta que constó de:

1. Datos de filiación.
2. Nivel de educación.
3. El socioeconómico.

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas de recolección de datos del presente estudio fueron mediante el diseño de un instrumento que se consignó en la encuesta mencionada anteriormente y considerando los datos demográficos de los pacientes. En base a ello fueron encuestados los pacientes previos a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante el mes de enero del año 2018.

Se generó una base de datos en el programa Excel a la cual se subieron los datos recolectado en el formato de encuesta, y se procedió a aplicar en el programa SPSS 23 para proceder a realizar el análisis estadístico y se hallaran los OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, así

también los resultados descriptivos se representaron mediante las tablas de Frecuencia y Gráficos para su adecuada interpretación.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se generó una base de datos en el programa Excel a la cual se subieron los datos recolectado en el formato de encuesta, y se procedió a aplicar en el programa informático SPSS 24.0 el cual permitió la distribución de frecuencias identificando las variables del estudio en relación a los estilos de vida. Permitiendo proceder a realizar el análisis estadístico y se hallaran los OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, así también los resultados descriptivos se representaron mediante las tablas de Frecuencia y Gráficos que permitieron una visión más amplia y su adecuada interpretación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

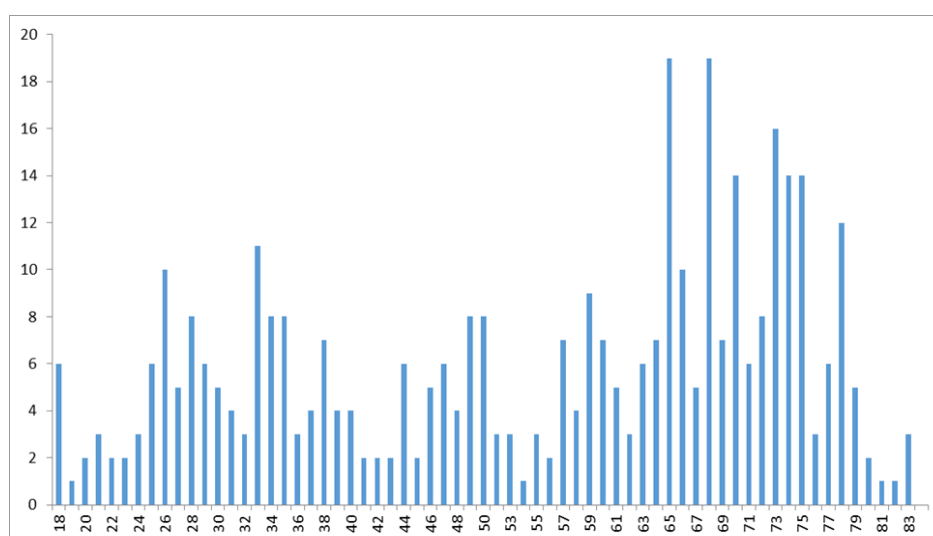
4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1: Análisis estadístico de acuerdo a la edad de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Media	54.38
Desviación estándar	18.41
Mediana	60
Rango intercuartilico	37-70

Fuente: Hospital vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 1: Histograma de edad de pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



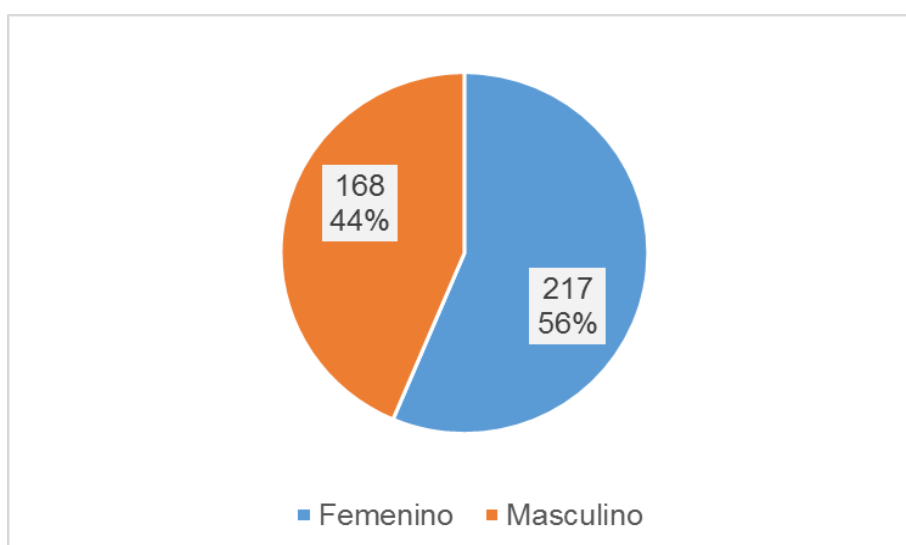
Interpretación: Con respecto a la variable edad, se muestra que la edad media de los de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero-2018 es de 54.38 años, con una mediana de 60 años, siendo la desviación estándar de 18.41 y el rango intercuartilico va de 37 a 70 años.

TABLA N° 2: Según el sexo de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje %
Femenino	217	56.36
Masculino	168	43.64
TOTAL	385	100

Fuente: Hospital Vitarte - Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 2: Sexo de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



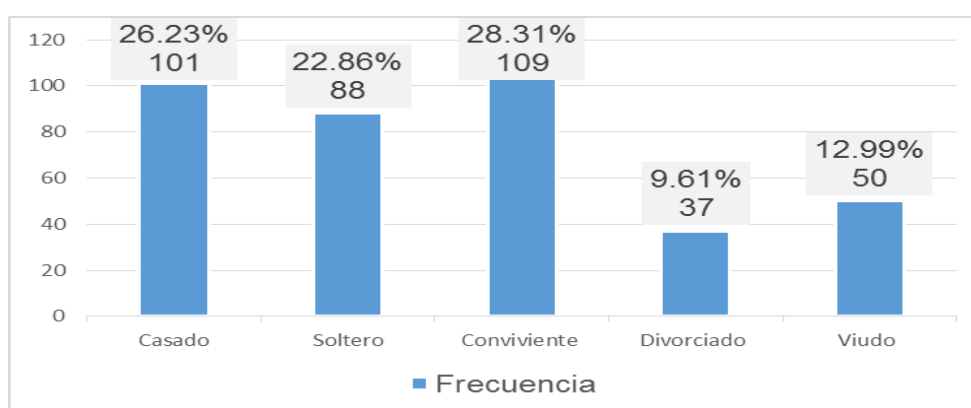
Interpretación: Respecto a la variable sexo, se muestra que del total de 385 (100%) pacientes que participaron en el estudio, 217 (56.36%) son del sexo femenino y 168 (43.64%) del sexo masculino, esto respecto a los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

TABLA N° 3: Estado civil de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje %
Casado	101	26.23
Soltero	88	22.86
Conviviente	109	28.31
Divorciado	37	9.61
Viudo	50	12.99
TOTAL	385	100

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 3: Estado civil de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



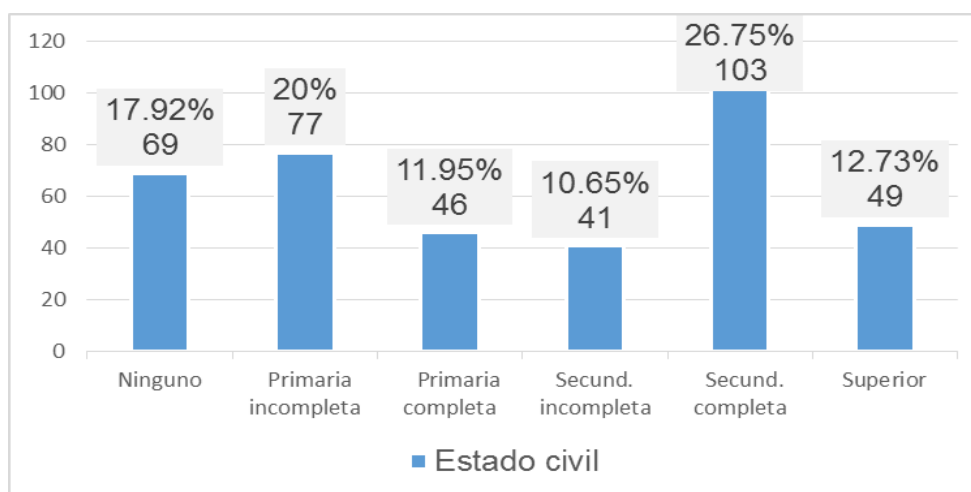
Interpretación: Respecto al estado civil, se muestra, del total de 385 (100%) pacientes que participaron del estudio, 109 (28.31%) son convivientes, 101 (26.23%) son casados, 88 (22.86%) son solteros, 50 (12.99%) son viudos y 37 (9.61%) son divorciado.

TABLA N° 4: Según el nivel educativo de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje %
Ninguno	69	17.92
Primaria incompleta	77	20.00
Primaria completa	46	11.95
Secund. Incompleta	41	10.65
Secund. Completa	103	26.75
Superior	49	12.73
TOTAL	385	100

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 4: Según el nivel educativo de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



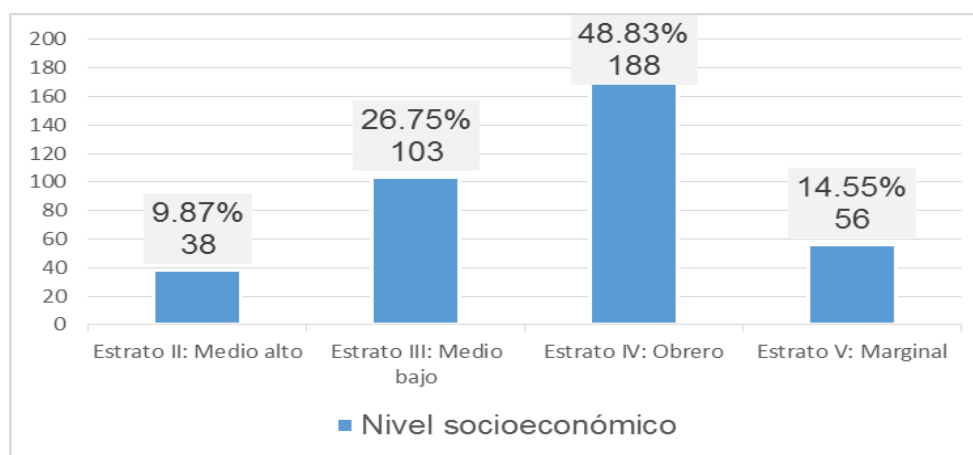
Interpretación: Respecto al nivel socioeconómico, se muestra, del total de 385 (100%) pacientes que participaron del estudio, 103 (26.75%) tienen secundaria completa, 77 (20%) primaria incompleta, 69 (17.92%) no tienen ninguna educación, 49 (12.73%) tienen estudios superiores, 46 (11.95%) primaria completa y 41 (10.65%) secundaria incompleta.

TABLA N° 5: Del nivel socioeconómico de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje %
Estrato II: Medio alto	38	9.87
Estrato III: Medio bajo	103	26.75
Estrato IV: Obrero	188	48.83
Estrato V: Marginal	56	14.55
TOTAL	385	100

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 5: Del nivel socioeconómico de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



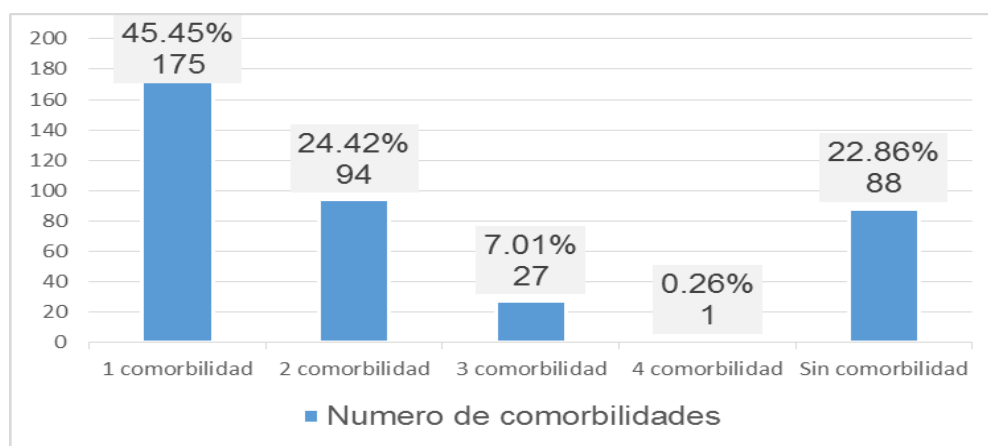
Interpretación: Respecto al nivel socioeconómico se muestra, del total de 385 (100%) pacientes que participaron en el estudio, 188 (48.83%) pertenecen a la clase obrera (Estrato IV), 103 (26.75%) pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo (Estrato III), 56 (14.55%) a una clase marginal (Estrato V) y 38 (9.87%) a un nivel medio alto (Estrato II).

TABLA N° 6: Número de comorbilidades de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Numero de comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje %
1 comorbilidad	175	45.45
2 comorbilidad	94	24.42
3 comorbilidad	27	7.01
4 comorbilidad	1	0.26
Sin comorbilidad	88	22.86
TOTAL	385	100

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 6: Número de comorbilidades de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



Interpretación: Respecto al número de comorbilidades se muestra, del total de 385 (100%) pacientes que participaron en el estudio, 175 (45.45%) presentan 1 comorbilidad, 94 (24.42%) presentan 2 comorbilidades, 88 (22.86%) no tienen ninguna comorbilidad, 27 (7.01%) 3 comorbilidades y sólo 1 (0.26%) presenta 4 comorbilidades.

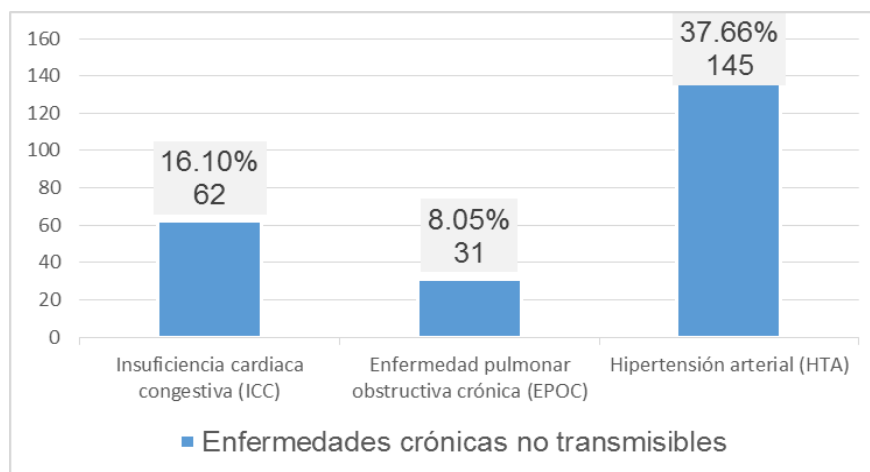
TABLA N° 7: La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Enfermedades crónicas no transmisibles	Frecuencia	Porcentaje %
Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)	62	16.10
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	31	8.05
Hipertensión arterial (HTA)	145	37.66
Diabetes Mellitus tipo 2 (DM)	209	54.29
TOTAL	447	

Fuente: Hospital vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

*El total no suma el 100% debido a que hay pacientes con 2 o más comorbilidades.

GRÁFICO N° 7: La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por diferentes enfermedades crónicas en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



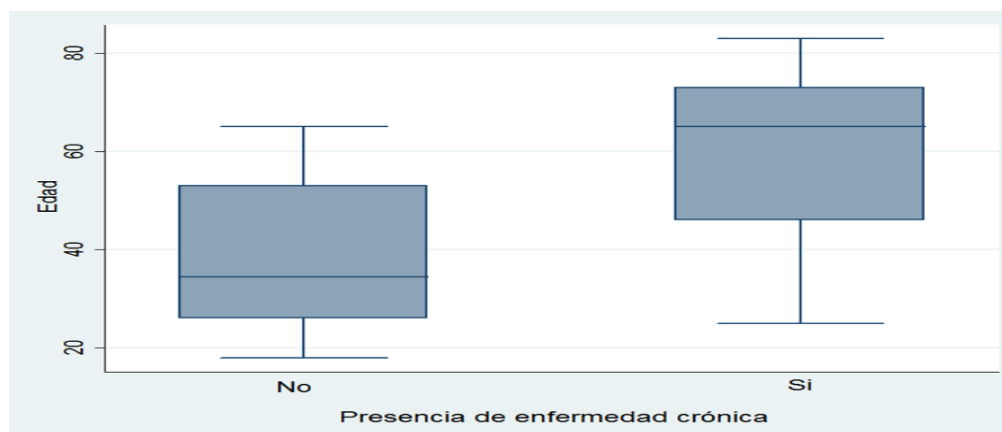
Interpretación: Respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles se muestra, la comorbilidad más frecuente fue la Diabetes Mellitus tipo 2, con un 54,29 %; seguida de la hipertensión arterial con un 37,66 %; después estuvo la insuficiencia cardiaca congestiva con 16,10 % y por último la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con 8,05 %.

TABLA N° 7: El análisis bivariado entre la edad y presencia de enfermedades crónicas de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Edad	Enfermedad crónica no transmisible (+)	Enfermedad crónica no transmisible (-)	Valor <i>p</i>
Media	59.10	38.47	p<0.001
Desviación estándar	16.59	15.11	
Mediana	65	34.5	
Rango intercuartilico	46-73	26-53	

Fuente: Hospital Vitarte- Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 8: Gráfico de cajas y bigotes entre la edad y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



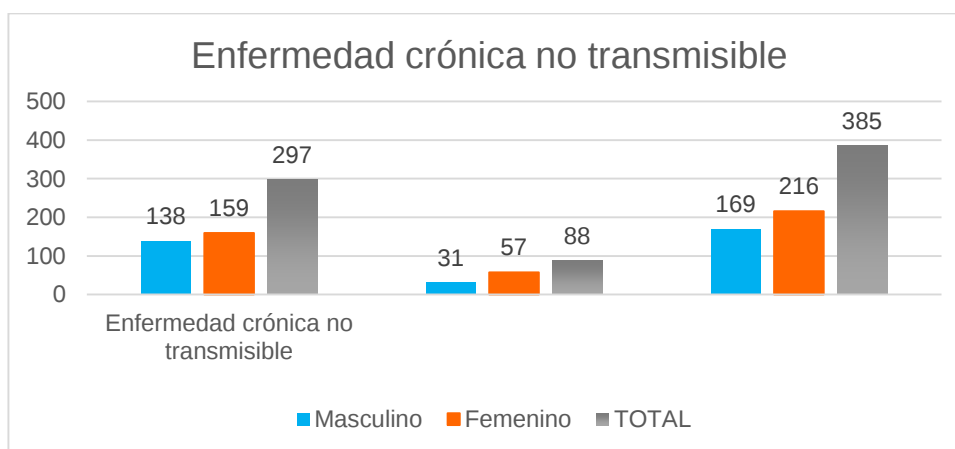
Interpretación: La edad media de los que presenta alguna enfermedad crónica estudiadas fue de 59.10 años en comparación con aquellos de los que no tuvieron enfermedad crónica con una media 38.47 años, asimismo la mediana de los que presentan una de las enfermedades crónicas era de 65 años y 34.5 años para aquellos que no tuvieron enfermedad crónica.

TABLA N° 8: Análisis bivariado entre la variable sexo y presencia de enfermedades crónicas de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del hospital vitarte durante enero 2018.

	Enfermedad crónica no transmisible		Total	Valor <i>p</i>
	Si	No		
Masculino	138	31	169	0.0621
Femenino	159	57	216	
TOTAL	297	88	385	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante 2018.

GRÁFICO N° 9: El análisis bivariado entre la variable sexo y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



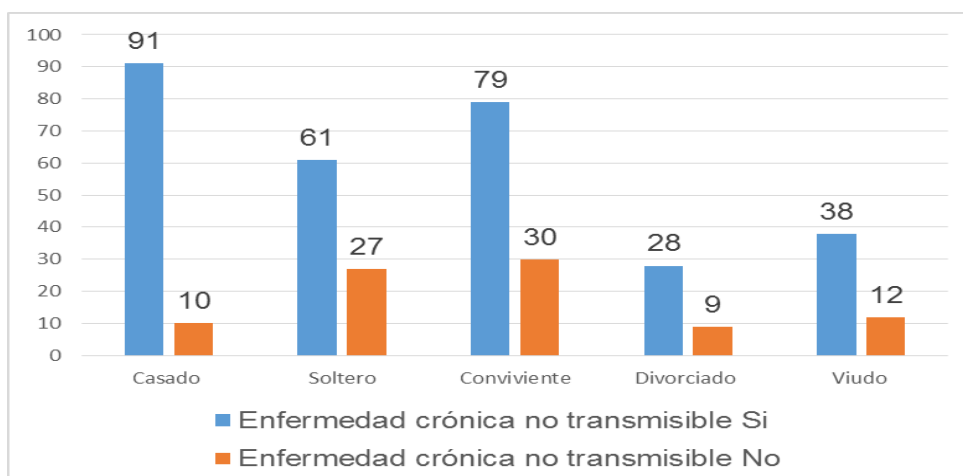
Interpretación: Respecto al análisis bivariado entre la variable sexo y presencia de enfermedad crónica, 297 padecen alguna enfermedad crónica, de ellos 138 pacientes de sexo masculino y 159 de sexo femenino; 88 no presentan enfermedad, siendo 57 de sexo femenino y 31 de sexo masculino. No se halló una asociación entre la variable sexo de los pacientes atendidos por consulta externa y la presencia de enfermedad crónica no transmisible, por ser ésta una relación estadísticamente no significativa ($p=0.0621$).

TABLA N° 9: Análisis bivariado entre el estado civil y presencia de enfermedades crónicas, de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Estado civil	Enfermedad crónica no transmisible			Total	Valor <i>p</i>
		Si	No		
Casado	N	91	10	101	0.007
	%	90.10	9.90	100%	
Soltero	N	61	27	88	
	%	69.32	30.68	100%	
Conviviente	N	79	30	109	
	%	72.48	27.52	100%	
Divorciado	N	28	9	37	
	%	75.68	24.32	100%	
Viudo	N	38	12	50	
	%	76	24	100%	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 10: Análisis bivariado entre el estado civil y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



Interpretación:

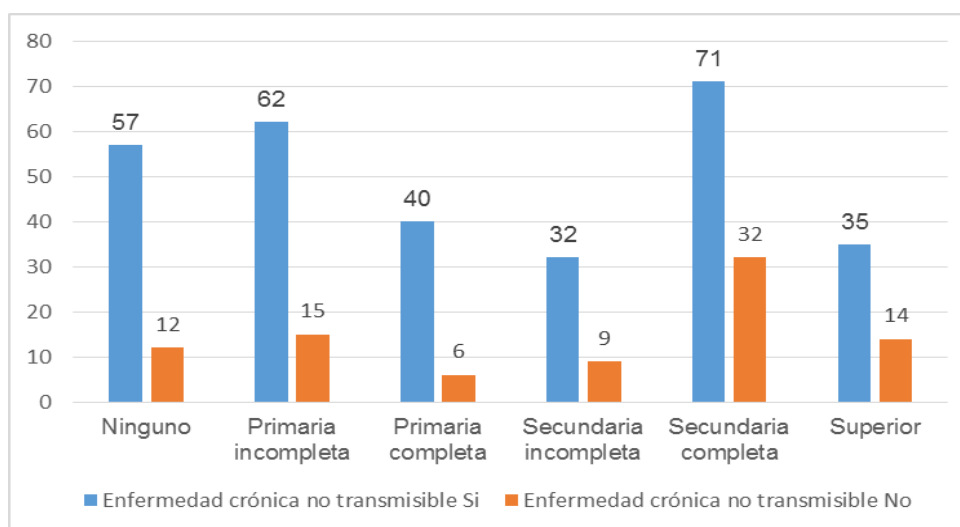
Respecto al análisis bivariado entre el estado civil y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles; de los convivientes 79 (72.48%) presentan alguna enfermedad crónica; de los casados 91 (90.10%) presentan alguna enfermedad crónica de los solteros 61 (69.32%) presentan alguna enfermedad crónica y de los viudos, 38 (76%) presentan alguna enfermedad crónica, siendo ésta una relación estadísticamente significativa ($p=0.007$), durante Enero 2018.

TABLA N° 11: El análisis bivariado entre el nivel educativo y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Nivel educativo	Enfermedad crónica no transmisible			Total	Valor <i>p</i>
		Si	No		
Ninguno	N	57	12	69	
	%	82.61	17.39	100%	
Primaria incompleta	N	62	15	77	
	%	80.52	19.48	100%	
Primaria completa	N	40	6	46	
	%	86.96	13.04	100%	
Secundaria incompleta	N	32	9	41	
	%	78.05	21.95	100%	
Secundaria completa	N	71	32	103	
	%	68.93	31.07	100%	
Superior	N	35	14	49	
	%	71.43	28.57	100%	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta Realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 11: Análisis bivariado entre el nivel educativo y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



Interpretación:

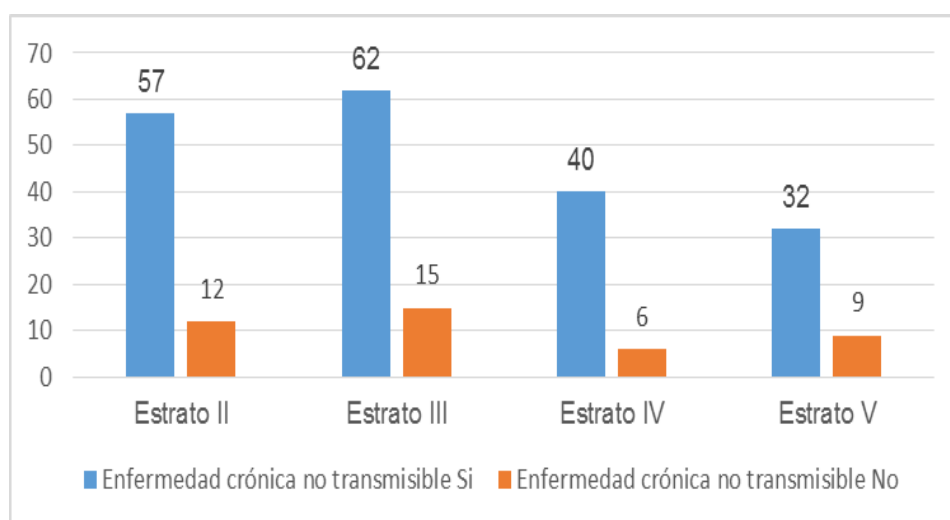
El análisis bivariado entre el nivel educativo y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles; de los que tienen secundaria completa, de ellos, 71 (68.93%) presentan alguna enfermedad crónica; de los que tienen primaria incompleta, 62 (80.52%) presentan alguna enfermedad crónica, de los que no tienen ninguna educación, 57 (82.61%) presentan alguna enfermedad crónica y de los que tienen estudios superiores, 35 (71.43%) de los que tienen primaria completa, 40 (86.96%) presentan alguna enfermedad crónica y finalmente de los que tienen secundaria incompleta, 32 (78.05%) presentan alguna enfermedad crónica siendo ésta una relación estadísticamente no significativa ($p=0.107$), durante Enero 2018.

TABLA N° 10: El análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Estrato socioeconómico	Enfermedad crónica no transmisible		Total	Valor <i>p</i>
		Si	No	
Estrato II: Medio alto	N	25	13	0.001
	%	65.79	34.21	
Estrato III: Medio bajo	N	71	32	
	%	68.93	31.07	
Estrato IV: Obrero	N	161	27	
	%	85.64	14.36	
Estrato V: Marginal	N	40	16	
	%	71.43	28.57	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 12: El análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



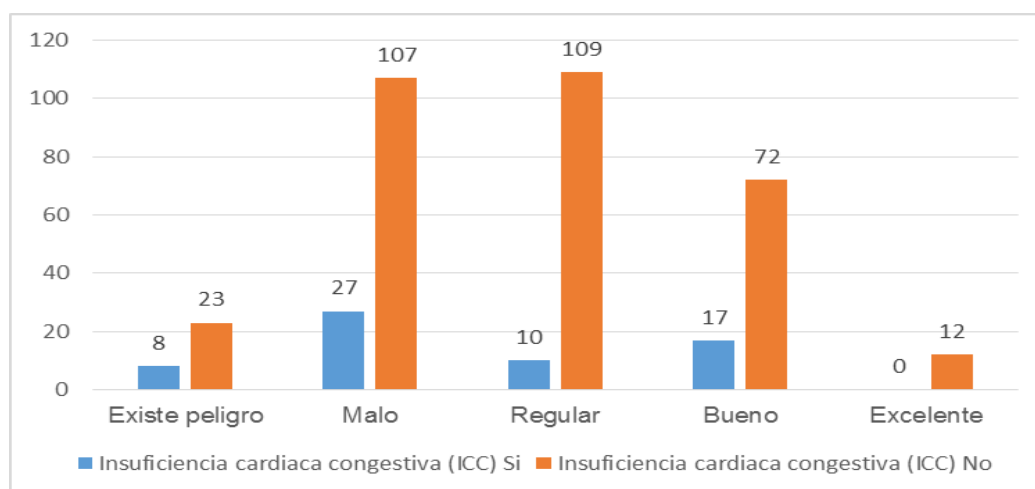
Interpretación: Respecto análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas, los que pertenecen a la clase obrera (Estrato IV), 161 (85.64%) presentan alguna enfermedad crónica ; de los que pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo (Estrato III), 71 (68.93%) presentan alguna enfermedad crónica de los que pertenecen a una clase marginal (Estrato V), 40 (71.43%) presentan alguna enfermedad crónica y finalmente de los que pertenecen a un nivel medio alto (Estrato II) 25 (65.79%) presentan alguna enfermedad crónica siendo ésta una relación estadísticamente significativa ($p=0.001$), durante Enero 2018.

TABLA N° 11: El Análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Estilo de vida	Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC)			Total	Valor p
		Si	No		
Existe peligro	N	8	23	31	0.018
	%	25.81	74.19	100%	
Malo	N	27	107	134	
	%	20.15	79.85	100%	
Regular	N	10	109	119	
	%	8.40	91.60	100%	
Bueno	N	17	72	89	
	%	19.10	80.90	100%	
Excelente	N	0	12	12	
	%	0.00	100	100%	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 13: El análisis bivariado entre el estrato socioeconómico y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



Interpretación:

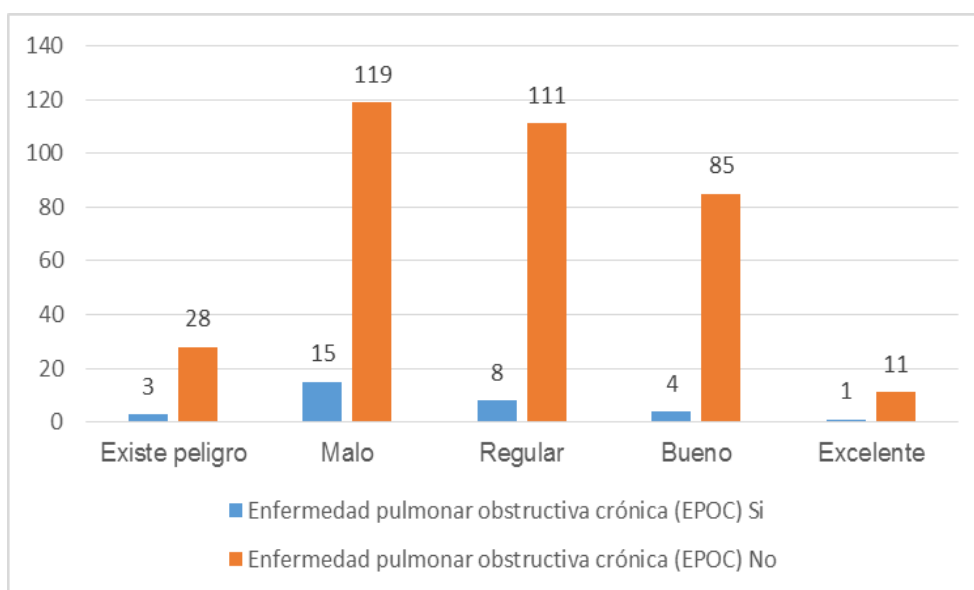
El análisis bivariado entre la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y estilo de vida; de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-existe peligro, 8 (25.81%) presentan ICC, de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-malo, 27 (20.15%) presentan ICC de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-regular, 10 (8.40%) presentan ICC de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-bueno, 17 (19.10%) presentan ICC, de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-excelente, ninguno 0 (0%) presentan ICC. Siendo ésta una relación estadísticamente significativa ($p=0.018$), durante Enero 2018.

TABLA N° 12: El análisis bivariado entre (EPOC) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Estilo de vida	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)			Total	Valor p
	Si	No			
Existe peligro	N	3	28	31	0.448
	%	9.68	90.32	100%	
Malo	N	15	119	134	
	%	11.19	88.81	100%	
Regular	N	8	111	119	
	%	6.72	93.28	100%	
Bueno	N	4	85	89	
	%	4.49	95.51	100%	
Excelente	N	1	11	12	
	%	8.33	91.67	100%	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 14: El análisis bivariado entre (EPOC) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



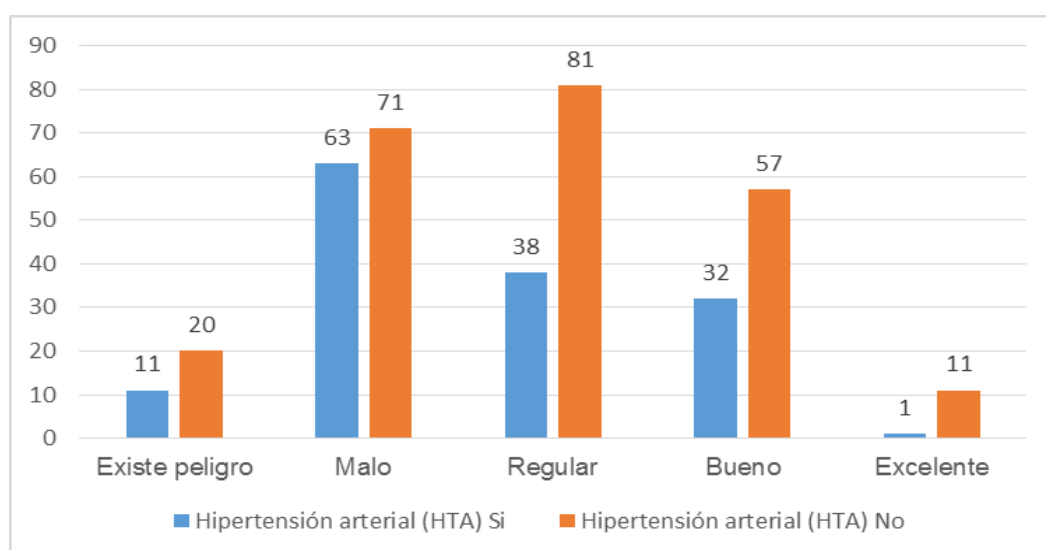
Interpretación: Respecto al análisis entre la enfermedad crónica obstructiva pulmonar (EPOC) y el estilo de vida; los que están dentro de la categoría de estilo de vida en peligro es 3 (9.68%) presenta EPOC, de los que están dentro de la categoría de estilo de vida malo 15 (11.19%) EPOC presenta, de los que están dentro la categoría de estilo de vida-bueno, 4 (4.49%) presenta EPOC, de los que están dentro de la categoría de estilo de vida-excelente, 1 (8.33%) presenta EPOC estadísticamente no es una relación significativa ($p = 0.448$), durante enero de 2018.

TABLA N° 13: El análisis bivariado entre la hipertensión arterial (HTA) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Estilo de vida	Hipertensión arterial (HTA)			Total	Valor <i>p</i>
		Si	No		
Existe peligro	N	11	20	31	0.024
	%	35.48	64.52	100%	
Malo	N	63	71	134	
	%	47.01	52.99	100%	
Regular	N	38	81	119	
	%	31.93	68.07	100%	
Bueno	N	32	57	89	
	%	35.96	64.04	100%	
Excelente	N	1	11	12	
	%	8.33	91.67	100%	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 15: El análisis bivariado entre la hipertensión arterial (HTA) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



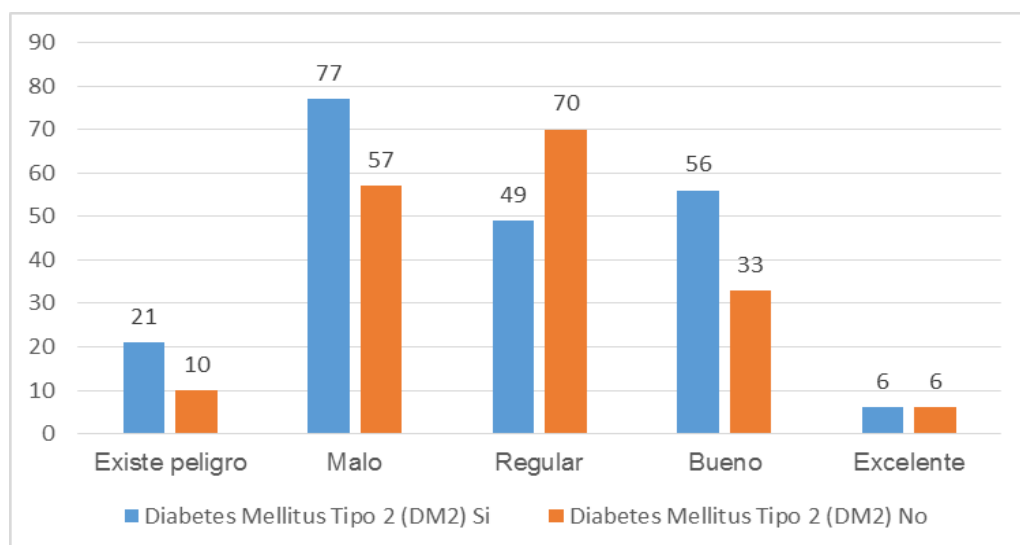
Interpretación: El análisis bivariado entre la hipertensión arterial (HTA) y estilo de vida; de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida - existe peligro, 11 (35.48%) presentan HTA de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida - malo, 63 (47.01%) presentan HTA, de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-regular, 38 (31.93%) presentan HTA de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-bueno, 32 (35.96%) presentan HTA de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-excelente, sólo 1 (8.33%) presenta HTA siendo ésta una relación estadísticamente significativa ($p=0.024$), durante Enero 2018.

TABLA N° 14: El análisis bivariado entre la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.

Estilo de vida	Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)			Total	Valor <i>p</i>
		Si	No		
Existe peligro	N	21	10	31	0.008
	%	67.74	32.26	100%	
Malo	N	77	57	134	
	%	57.46	42.54	100%	
Regular	N	49	70	119	
	%	41.18	58.82	100%	
Bueno	N	56	33	89	
	%	62.92	37.08	100%	
Excelente	N	6	6	12	
	%	50	50	100%	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 16: El análisis bivariado entre la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y estilo de vida de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.



Interpretación:

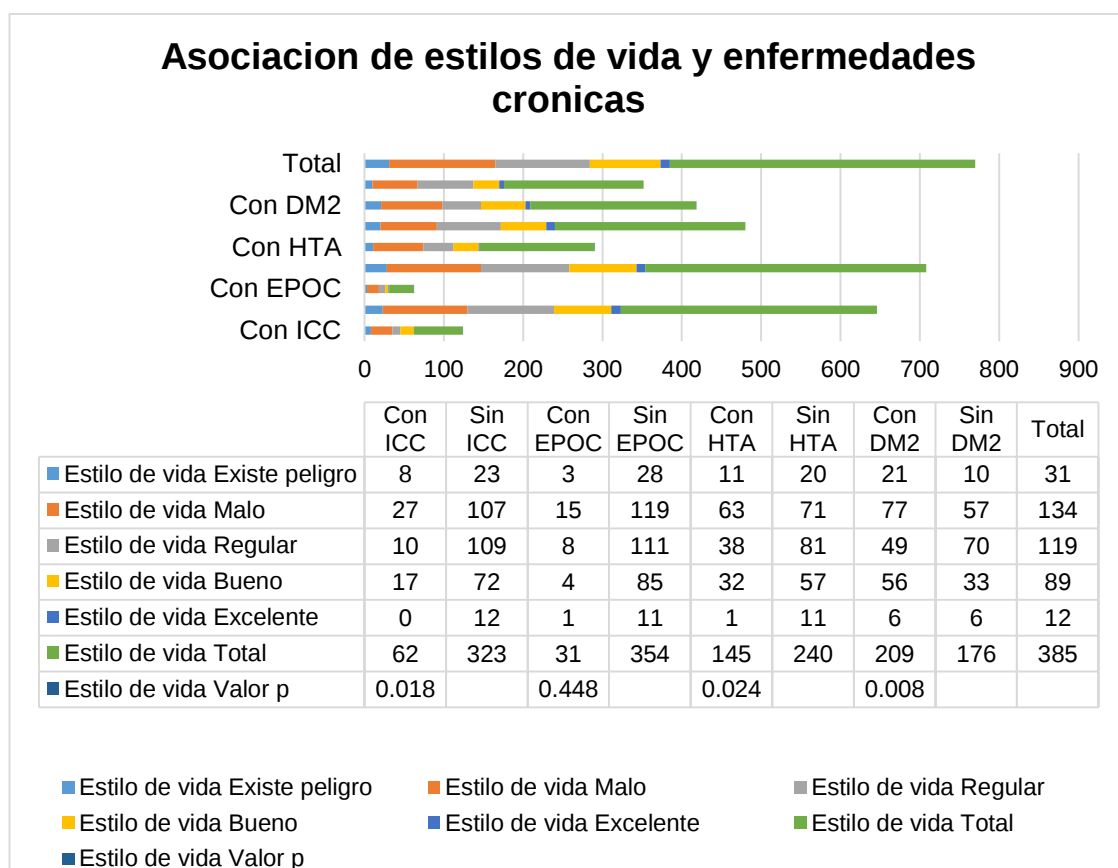
El análisis bivariado entre la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y estilo de vida; de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-existe peligro, 21 (67.74%) presentan DM2 de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-malo, 77 (57.46%) presentan DM2, de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-regular, 49 (41.18%) presentan DM2 de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-bueno, 56 (62.92%) presentan DM2 de los que se encuentran dentro de la categoría de estilo de vida-excelente, 6 (50%) presenta DM2 siendo ésta una relación estadísticamente significativa ($p=0.008$), durante Enero 2018.

TABLA N° 15. Asociación de los estilos de vida y las enfermedades crónicas Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial, Insuficiencia, Cardíaca Congestiva y EPOC, en pacientes atendidos en consultorio externo del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero 2018.

Comorbilidad	Estilo de vida					Total	Valor p
	Existe peligro	Malo	Regular	Bueno	Excelente		
Con ICC	8	27	10	17	0	62	0.018
Sin ICC	23	107	109	72	12	323	
Con EPOC	3	15	8	4	1	31	0.448
Sin EPOC	28	119	111	85	11	354	
Con HTA	11	63	38	32	1	145	0.024
Sin HTA	20	71	81	57	11	240	
Con DM2	21	77	49	56	6	209	0.008
Sin DM2	10	57	70	33	6	176	
Total	31	134	119	89	12	385	

Fuente: Hospital Vitarte – Encuesta realizada durante enero 2018.

GRÁFICO N° 17: Asociación de los estilos de vida y las enfermedades crónicas Diabetes Mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial, Insuficiencia, Cardíaca Congestiva y EPOC, en pacientes atendidos en consultorio externo del servicio de Medicina Interna del Hospital vitarte durante enero 2018.



Interpretación: En el cuadro general podemos demostrar que el estilo de vida y padecer de DM2, están asociados con un ($P=0.018$), además de HTA con un ($p=0.024$) y en ICC con un ($p=0.018$) pero no está asociado a EPOC ($p=0.448$). Además, podemos demostramos que del total de 385 pacientes en estudio el 31(8.05%) pacientes tiene estilo de vida = en Peligro, 134 (34.80%) tiene un estilo de vida=Malos, 119 (30.9%) pacientes tiene estilo de vida=Regular, solo 89(23.11%) tiene estilo de vida= Bueno, finalmente solo 12 (3.11%) tiene estilo de vida=Bueno.

5.2 DISCUSIÓN.

1.-En cuanto a las características sociodemográficas de los pacientes atendidos por Diferentes Enfermedades Crónicas en consulta externa. Se muestra del resultado obtenido, que la edad media es de 54 .38 años, con una mediana de 60 años, siendo la desviación estándar de 18.41 y el rango intercuartilico va de 37 a 70 años. En relación con el artículo revisado del 2016 por Quiroz G - Mexico²⁴. Este resultado es similar a la edad media de 56.47 años en una mediana de 60 años con un rango de 31 a 81 años. Observamos también que, del total de 385 encuestados en nuestro estudio, 217 (56.36%) son del sexo femenino y 168 (43.64%) del sexo masculino a diferencia del estudio anteriormente mencionado donde se encuentra que el 75.3% de su población son mujeres, de todos los estudiados en el artículo en mención; en el estudio de Triviño-Cali ²³. expresa que en su estudio los resultados que obtuvieron fueron el 47,3% (71) fueron hombres frente a 52,7% (76) fueron mujeres. En relación al estado civil, se muestra, del total de 385 (100%) pacientes que participaron del estudio, 109 (28.31%) son convivientes, 101 (26.23%) son casados, 88 (22.86%) son solteros, 50 (12.99%) son viudos y 37 (9.61%) son divorciados; observando una diferencia de la revisión del 2016 por Quiroz G - Mexico²⁴. Que el 50.5% son casados mientras que en la revisión de Triviño-Cali²³ también difiere con un 28,6% (42) son casados y un 52,4%(77) son solteros. En lo que respecta al nivel educativo nuestro estudio tiene como resultado, del total de 385 (100%) pacientes que participaron del estudio, 103 (26.75%) tienen secundaria completa, 77 (20%) primaria incompleta, 69 (17.92%) no tienen ninguna educación, 49 (12.73%) tienen estudios superiores, 46 (11.95%) primaria completa y 41 (10.65%) secundaria incompleta, comparado con Triviño-Cali²³. Hay una diferencia que se refleja con un 59,2% (87), tienen nivel superior, y en el antecedente de Quiroz G - Mexico²⁴. También refleja una diferencia que solo el 89.2% (83) poseen un grado de escolaridad.

2.-Con respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles se muestra, la comorbilidad más frecuente fue la Diabetes Mellitus tipo 2, con un 54,29 %; seguida de la hipertensión arterial con un 37,66 %; después estuvo la insuficiencia cardiaca congestiva con 16,10 % y por último la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con 8,05 %. El artículo revisado, publicado el 2006.por Luis Revilla en Lima Perú⁷⁰. Este estudio encontró prevalencia de diabetes e hipertensión arterial mucho menor a las de nuestro estudio ya que la prevalencia de diabetes hallada en este estudio fue de 3, 9% y la de hipertensión arterial fue de 15, 8% Esto se debe a que este estudio fue realizado en una población no hospitalaria mientras que mi estudio fue realizado una población hospitalaria. En comparación con el estudio observamos una diferencia en Hinojosa, Efraín, según el estudio PLATINO⁷² se encontró que la prevalencia de EPOC, en países latinoamericanos fue de 15.8%para San Pablo, 7,8% para México, 19,7% para Montevideo, 16,9% para Santiago y 12,1% para Caracas. Tenemos que prevalencias son mucho mayores a las encontradas en nuestra población debido a las distintas poblaciones con mayor trascendencia y cultura consumidora de Tabaco.

3.-Con respecto a la asociación entre estilos de vida y diabetes mellitus tipo 2, se ha encontrado una relación estadística significativa. Cantú en el 2014²², en un estudio realizado en Costa Rica, en el año 2014, encontró que 70,77% de los encuestados con DM tipo 2 tienen un pésimo estilo de vida y el 13,85% se catalogaron como mal estilo de vida o inadecuado estilo de vida. También observamos que en un estudio Quiroz. G ²⁴. Publicado el 2016.; podemos ver una similitud que 90 a 96.8% tiene una nutrición poco saludable y un 68% a 73% tiene actividad física y en diabetes mellitus, y encontrando también en sus resultados en un 37- 39.8%, no son saludables es decir que los diabéticos tienen estilos de vida insalubre. En otro artículo de Ramírez Ordoñez⁶⁹, no encontrándose similitud, ya que en sus resultados menciona que el 80% de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 encuestados presentaron prácticas de estilos de vida saludable.Sin embargo, sostiene que los

participantes pueden realizar cambios positivos en su estilo de vida, con el fin de conservar un buen estado de salud y evitar las complicaciones crónicas que se derivan de esta enfermedad²². Idea compartida por Delgado, que su estudio en Arequipa en el año 2016³⁰, luego de una intervención en los estilos de vida de su población, encontró mejoras, principalmente en las dimensiones de familia, Introspección y Nutrición y Alimentación³⁰. Cabe mencionar que el Índice de Masa Corporal es una variable dependiente de los estilos de vida²⁸

4.-Con respecto a la asociación entre estilos de vida e Hipertensión Arterial encontramos como resultados un estilo de vida - malo, con un 63 (47.01%) comparando con un estudio de Ramírez Ordoñez⁶⁹, se encontró una relación negativa entre hipertensión arterial y estilos de vida lo cual se entiende que Un estilo de vida más saludable disminuye las probabilidades de tener hipertensión en la población estudiada. Estos resultados son similares a los encontrados el 2015 en un estudio de Gonzales Sánchez⁷¹.En el que en una población urbana se encontró una prevalencia de hipertensión de 2,9% y pre hipertensión en un 14,5%, en esta misma población, también se encontró un alto porcentaje de consumo de alimentos dulces, diariamente, frituras, así como poco consumo de verduras y frutas y además asociado al sedentarismo. También encontramos en este estudio en mención fumadores activos en un 7,2% y hasta fumadores pasivos en un 56,2% además la ingesta de bebidas alcohólicas en un 34,4%, lo cual refleja que está alta prevalencia de hipertensión pueda deberse a un estilo de vida poco saludable. Sin embargo, Cantu²², sostiene que los participantes pueden realizar cambios positivos en su estilo de vida, con el fin de conservar un buen estado de salud y evitar las complicaciones crónicas que se derivan de esta enfermedad.

5.- Con respecto a la asociación entre el estilo de vida y Enfermedad Obstructiva Crónica siendo ésta una relación estadísticamente no significativa ($p=0.448$), no se halló relación estadística significativa, no encontrando similitud en un estudio aplicado por Hinojosa- Efraín⁷².En personas

latinoamericanas los cuales son conocidos por tener un alto riesgo de padecer enfermedades crónicas y EPOC. Asociado al estilo de vida y a sus costumbres de ser fumador de tabaco, esta prevalencia en el estudio está en aumento en relación a mayor edad en 1% al 4% y está asociada a la sobre exposición ambiental, a los combustibles de biomasa y la contaminación atmosférica. Además existen factores que son dependientes del huésped (anomalías genéticas, desarrollo anómalo pulmonar y rápidamente envejecimiento) que predispone a sufrir de EPOC⁶⁷. El efecto de la actividad física regular moderada y vigorosa ha demostrado tener un efecto protector para desarrollar EPOC, los resultados no concuerdan, con lo encontrado en nuestro estudio debido a que la población de casos o pacientes con EPOC es ínfima podríamos considerar que los factores de riesgo no son extremos, ya que el modo de vida de nuestra población difiere grandemente a sus estilos y costumbres a la población que referido en el antecedente. Un estilo de vida saludable incluye también una buena actividad física además de los otros cuidados y otras actividades saludables. Todas aquellas conductas adoptadas como propias y que realizan las personas dentro en un determinado contexto, basada en elecciones, patrones de comportamientos relacionados con la salud, tienen una repercusión en su desarrollo⁶⁰

6.- Con respecto a la asociación entre los estilos de vida y la insuficiencia cardiaca congestiva ICC en la población estudiada, se encontró una asociación estadística significativa, y se puede comparar con un estudio publicado el 2013 por Zambrano²⁶. Que en los hombres un 57.10%, hay una mayor incidencia de dislipidemia en comparación con las mujeres obteniéndose que en el género femenino tiene mayor predisposición de sufrir sobrepeso y obesidad con un 45,57%, y un 41,43% tiene presión arterial, el 1,43% tiene hipertensión grado I diagnosticado esto nos orienta, a elaborar propuestas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular. En otro estudio realizado por Lucc Djoussé ⁽⁷³⁾. Se encontró que en 1.200 hombres que desarrollaron insuficiencia cardiaca el riesgo de por

vida de ICC fue de 13.8% a la edad de 40 años y permaneció constante hasta los 70 años en los que sobrevivieron sin ICC. Explica que el riesgo de ICC durante toda la vida fue mayor en hombres con hipertensión que en los que no tenían hipertensión. Los hábitos saludables que incluyen (peso corporal normal, no fumar, ejercicio regular, ingesta moderada de alcohol, consumo de cereales y frutas para el desayuno, y el consumo de verduras), se asocian individual y conjuntamente con un menor riesgo de insuficiencia cardíaca durante la vida. La promoción de estilos de vida saludables de toda la población es una buena estrategia para prevenir y controlar la hipertensión arterial al incidir en sus factores de riesgo directamente. La combinación de estas estrategias puede ser muy productiva para salvar vidas, para prevenir y controlar la hipertensión y enfermedades cardiovasculares, así como para emplear eficientemente los recursos disponibles⁶⁵.

7.- Con respecto a si existe asociación entre el estilo de vida y enfermedades crónicas podemos determinar que si existe asociación. En nuestro estudio obtuvimos como resultado, que la comorbilidad más frecuente fue la Diabetes Mellitus tipo 2, con un 54,29 %; seguida de la hipertensión arterial con un 37,66 %; después estuvo la insuficiencia cardíaca congestiva con 16,10 % y por último la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con 8,05 %. Los resultados obtenidos en la población estudio realizado por (Cantú el 2014)²² refiere tener similitud con nuestro estudio, que el 70,77% tiene un pésimo estilo de vida además con una comorbilidad de esta forma permitieron observar características existentes que se expresan por no practicar una alimentación saludable, no hay conductas alimentarias y esto a su vez sus posibles asociaciones entre el estado nutricional con los hábitos alimentarios no adecuados, actividad física y factores sociales que se suman. En otro estudio realizado por Hernández- Murua 2015 ²⁵. No hallando similitud porque refiere que las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión y dislipidemias no parecen afectar la calidad de vida e relación a la salud y la capacidad funcional. Determinado que los niveles excelentes de estilo de vida influyen positivamente sobre la calidad de vida, en relación a la salud. . Idea

compartida por Delgado, que su estudio en Arequipa en el año 2016 ³⁰, luego de una intervención en los estilos de vida de su población, encontró mejoras, principalmente en las dimensiones de familia, Introspección y Nutrición y Alimentación³⁰. Cabe mencionar que el Índice de Masa Corporal es una variable dependiente de los estilos de vida²⁸.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES.

1. En conclusión se observa que la mayoría de personas atendidas en consultorio externo de medicina Interna del hospital vitarte en enero 2018 fueron de sexo femenino 216 (56%) y 138 que padecen de una o más comorbilidades con respecto a los varones 168(43%) y 138 padecen de una o más comorbilidades, podríamos decir que este resultado está inmerso, a que la mujer está más expuesta al sedentarismo, por sus condiciones, ser ama de casa, la falta de actividad física, una dieta no saludable, por otra parte tenemos una mayor incidencia en personas con un nivel socioeconómico IV (obrero), teniendo en cuenta de acuerdo a los estudios realizados reflejan que en países pobres se caracterizan por una alimentación monótona donde el alimento base proporciona el 60 a 90% de aporte energético, con una pequeña cantidad de productos animales en la composición de la ración, con un aporte glúcido elevado en forma de azúcares complejos y un aporte discreto de vegetales y fibras esenciales para la salud.

2. Se determinó que las enfermedades más frecuentes en los pacientes atendidos por consulta externa de Medicina Interna del Hospital Vitarte son: Diabetes Mellitus (54,29%) Hipertensión arterial (37,66%), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (16,10%), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (8,05%). Concluyendo que estos pacientes están vulnerables a los factores de riesgo que favorecen dichas enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, la inactividad física, el uso excesivo de alcohol, la exposición al humo de tabaco. También son favorecidas por la urbanización rápida y no planificada, el envejecimiento y la mundialización de modelos de vida poco saludables.

3. En relación con las características de nivel educativo, los pacientes con estudios superiores, 35 (71.43%) padecen de una enfermedad crónica, los pacientes que cuentan con secundaria completa, 71 (68.93%) presentan alguna enfermedad crónica; los que poseen secundaria incompleta, 32 (78.05%) presentan alguna enfermedad crónica; los que tienen primaria completa, 40 (86.96%) presentan alguna enfermedad crónica; personas con primaria incompleta, 62 (80.52%) presentan alguna enfermedad crónica, finalmente los que no tienen ningún grado de educación, 57 (82.61%) presentan alguna enfermedad crónica. Concluyendo y analizando estos datos, se aprecia que tanto el sector salud como educación en nuestro país se encuentra en pésimo estado, pues estas tasas pueden continuar creciendo no solo por el estilo de vida de las personas si no aún más por la herencia genética. La principal responsabilidad sobre educación alimentaria recae sobre las escuelas, teniendo en cuenta que a través de ellas se llega a casi todas las personas, dando a conocer que los hábitos son flexibles y se pueden cambiar fácilmente en los mejores años de la niñez, siendo los primeros seis grados, conociendo que a esta edad los niños son flexibles y cooperativos. La educación Alimentaria debe ser un programa organizado con un principio en la educación inicial, primaria y crezca a través de los años en secundaria sin desconsiderar el rol de la madre.

4. Por otro lado, la relación de los estilos de vida en las cuatro comorbilidades más frecuentes de los pacientes que acudieron a la consulta externa en el mes de enero es la siguiente: Pacientes que padecen de Diabetes Mellitus tipo 2 y cuentan con un estilo de vida en peligro 21 (67.74%); estilo de vida malo 77 (57.46%); estilo de vida regular 49 (41.18%); estilo de vida bueno 56 (62.92%) y estilo de vida excelente 6 (50%); siendo ésta una relación estadísticamente significativa ($p=0.008$). concluimos que existe una asociación entre estas dos variables estilos de vida y comorbilidad, la Diabetes mellitus se caracteriza por tener niveles altos de azúcar en la sangre y esto ocurre principalmente como resultados de la obesidad y la falta d

ejercicio, algunos estando más en riesgo que otros por su nivel energético al que se encuentre.

5. Pacientes que padecen de Hipertensión arterial y mantienen un estilo de vida en peligro 11 (35.48%); estilo de vida malo 63 (47.01%); estilo de vida regular 38 (31.93%); estilo de vida bueno 32 (35.96%), estilo de vida excelente 1 (8.33%); siendo esta una relación estadísticamente significativa ($p=0.024$). podemos concluir que los factores de estilos de vida que aumentan el riesgo incluyen: el exceso de sal en la dieta, el exceso de peso corporal, el tabaquismo, el consumo de alcohol por ente los estilos de vida no específicos, y factores genéticos.

6. Pacientes con Insuficiencia Cardíaca y optan por un estilo de vida en peligro 8 (25.81%); estilo de vida malo, 27 (20.15%); estilo de vida regular, 10 (8.40%); estilo de vida bueno, 17 (19.10%); estilo de vida-excelente, ninguno 0 (0%); siendo ésta una relación estadísticamente significativa ($p=0.018$).podemos concluir las causas más comunes de insuficiencia coronaria incluyen la enfermedad arterial, presión arterial alta, usos excesivo de alcohol, infecciones, diabetes mellitus condicionantes importantes que modifican la estructura o funcionamiento del corazón.

7. Finalmente, pacientes que padecen de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y mantienen un estilo de vida en peligro 3 (9.68%); estilo de vida malo, 15 (11.19%); estilo de vida-regular, 8 (6.72%); estilo de vida bueno, 4 (4.49%); estilo de vida-excelente, 1 (8.33%); siendo esta una relación estadísticamente no significativa ($p=0.448$).Podemos concluir que esta comorbilidad, está inmerso a los factores predisponentes como: El consumo de tabaco siendo una causa más común, la contaminación del aire (la calefacción)los fuegos de cocina mal ventilados, la exposición a periodos largos a irritantes, y la genética que juega un papel menor, pudiendo prevenir al reducir la exposición a estos factores de riesgo.

6.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda hacer estudios que permitan implementar medidas para corregir los factores de riesgo que son el origen de las enfermedades crónicas no transmisibles y así evitar o al menos retrasar su aparición en poblaciones más joven.
2. Asimismo, se recomienda hacer prevención de dichas enfermedades crónicas, especialmente sobre Diabetes Mellitus por ser la más frecuente, en toda la población vulnerable, sin importar el sexo, pero sí en la edad por ésta ser una importante variable a tomar en cuenta.
3. Hacer Intervenciones en grupos organizados para la educación y concientizar el Consumo de agua, Disminuir las comidas artificiales y comidas chatarras Los pacientes deben recibir consejos a través de intervenciones estructuradas sobre la práctica de ejercicio físico aeróbico adaptado a sus características.
4. Se recomienda hacer campañas de salud en los estratos económicos III y IV, como lo es en el sector obrero, debido a la asociación de ésta con las enfermedades crónicas no transmisibles.
5. Se recomienda hacer campañas de salud dirigidos hacia la familia, o divididos según el estado civil del paciente, para enfocar y no pasar por alto pacientes potencialmente en riesgo que podrían desarrollar alguna enfermedad crónica no transmisible.
6. Los pacientes con las enfermedades crónicas diagnosticadas de deben adaptar para que disminuya las azúcares y el consumo de grasas saturadas, deben de equilibrar los carbohidratos, y a pacientes consumidores de alcohol disminuir hasta un 60% además la recomendación sobre el estilo de vida saludable Se debe de recomendar la pérdida de peso (en caso de sobrepeso

y obesidad) y reducir moderada la ingesta de sal. Y e invita contar con una dieta rica en frutas y verduras según patología.

7. Se recomienda al Hospital Vitarte implementar una atención de educación saludable paralelo a la atención en consultorio y de esta manera la promover estilos de vida saludable especialmente en enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca congestiva, además que comparten factores de riesgo comunes como es la obesidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MALAGA, Germán. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. Rev. Perú. med. exp. Salud pública [online]. 2014, vol.31, n.1 [citado 2018-03-02]
2. Reeves MJ, Rafferty AP. Healthy Lifestyle Characteristics Among Adults in the United States, 2000. Arch Intern Med. 25 de Abril de 2005; 165(8):854-7.
3. Li G, Zhang P, Wang J, An Y, Gong Q, Gregg EW, et al. Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study. Lancet Diabetes Endocrinol. 1 de junio de 2014; 2(6):474-80.
4. Heitz AE, Baumgartner RN, Baumgartner KB, Boone SD. Healthy lifestyle impact on breast cancer-specific and all-cause mortality. Breast Cancer Res Treat. 31 de agosto de 2017; 1-11.
5. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes. N Engl J Med. 12 de febrero de 2015; 372(7):631-40.
6. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. The Lancet. 24 de September de 2016; 388(10051):1302-10.
7. B Zethelius, S Gudbjörnsdottir, B Eliasson, K Eeg-Olofsson, J Cederholm. Level of physical activity associated with risk of cardiovascular diseases and mortality in patients with type-2 diabetes: report from the Swedish National Diabetes Register. Eur J Prev Cardiol. 1 de febrero de 2014; 21(2):244-51.
8. Sotos-Prieto M, Bhupathiraju SN, Mattei J, Fung TT, Li Y, Pan A, et al. Association of Changes in Diet Quality with Total and Cause-Specific Mortality. N Engl J Med. 13 de julio de 2017; 377(2):143-53.

9. Reedy J, Krebs-Smith SM, Miller PE, Liese AD, Kahle LL, Park Y, et al. Higher Diet Quality Is Associated with Decreased Risk of All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality among Older Adults. *J Nutr.* 6 de enero de 2014; 144(6):881-9.
10. Walther D, Curjuric I, Dratva J, Schaffner E, Quinto C, Schmidt-Trucksäss A, et al. Hypertension, diabetes and lifestyle in the long-term — Results from a Swiss population-based cohort. *Prev Med.* 1 de abril de 2017; 97(Supplement C):56-61.
11. Caligiuri SPB, Pierce GN. A review of the relative efficacy of dietary, nutritional supplements, lifestyle, and drug therapies in the management of hypertension. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2 de noviembre de 2017; 57(16):3508-27.
12. Palmett-Ríos HE. Estudio transversal sobre estilos de vida saludable y su relación con el colesterol HDL en la población adulta. *Rev Colomb Cardiol.* 1 de septiembre de 2017; 24(5):523-31.
13. Saliba TA, Sandre AS de, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba TA, Sandre AS de, et al. Individual lifestyle profile of first-year dental students from the University of Aracatuba, Brazil - 2015. *Univ Salud.* Agosto de 2017; 19(2):258-66.
14. Porter Starr KN, McDonald SR, Bales CW. Obesity and Physical Frailty in Older Adults: A Scoping Review of Lifestyle Intervention Trials. *J Am Med Dir Assoc.* 1 de abril de 2014; 15(4):240-50.
15. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med.* 13 de septiembre de 2001; 345(11):790-7.
16. Lourida I, Kuzma E, Henley WE, Thompson-Coon J, Dickens CM, Langa KM, et al. Lifestyle, treatment, and cognitive decline in elderly diabetics. *Alzheimers Dement J Alzheimers Assoc.* 1 de julio de 2015; 11(7):P451.
17. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. *N Engl J Med.* 6 de julio de 2000; 343(1):16-22.

18. Carhuallanqui R, Diestra-Cabrera G, Tang-Herrera J, Málaga G. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Rev Medica Hered.* octubre de 2010;21(4):197-201.
19. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA.* 10 de marzo de 2004; 291(10):1238-45.
20. Harrington M, Gibson S, Cottrell RC. A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev.* junio de 2009;22(1):93-108.
21. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, et al. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 21 de enero de 2014;129(3):e28-292.
22. Cantú-Martínez PC. Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. *Enferm Actual Costa Rica [Internet].* 1 de octubre de 2014 [citado 13 de febrero de 2018]; 0(27). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/15996>
23. Lisbeth Patricia Triviño, Viviana Andrea Dosman, Yeni Lorena Uribe, Ricardo Antonio agredo, Alejandra maría jerez, Robinson Ramírez. Un estudio realizado titulado "estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad Universidad del Valle Santiago de Cali Colombia.
24. Quiroz-Gomez S, Guzman-Moreno M, Perez-Gutierrez L. Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados en pacientes con Diabetes Mellitus / Lifestyles and sociodemographic factors associated in patients with Diabetes Mellitus. *Multidiscip Health Res [Internet].* 1 de mayo de 2016 [citado 13 de febrero de 2018];1(2). Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/1563>
25. Influencia del estilo de vida y la funcionalidad sobre la calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana con salud comprometida

- (PDF Download Available) [Internet]. [Citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/279179685_Influencia_del_estilo_de_vida_y_la_funcionalidad_sobre_la_calidad_de_vida_relacionada_con_la_salud_en_poblacion_mexicana_con_salud_comprometida
26. Bibliotecas DN de, Zambrano Bermeo RN, Zambrano Bermeo RN, Zambrano Bermeo RN. Repositorio institucional UN [Internet] [masters]. Universidad Nacional de Colombia; 2013 [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11399/>
 27. Mucha M. Funcionamiento familiar y nivel de estilos de vida en adolescentes de la Institución educativa José [Internet] [Tesis de grado]. [Huancayo]: Universidad Nacional del Centro del Peru; 2014. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3950/Mucha%20Davila.pdf?sequence=1>
 28. Estrada O, Lillian Y. Evaluación del estado nutricional y estilos de vida saludable en los estudiantes de la Escuela profesional de Medicina de la Universidad Nacional del Altiplano – Puno. 2016. Univ Nac Altiplano [Internet]. 26 de enero de 2017 [citado 13 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/3657>
 29. Villar López M, Ballinas Sueldo Y, Gutiérrez Villafuerte C, Angulo Bazán Y. Análisis de la confiabilidad del test fantástico, para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “reforma de vida” del seguro social de salud (essalud). Rev peru med integrativa. 16 de agosto de 2016; 1:17-26.
 30. Olave D, Rebeca R. Programa reforma de vida en miembros de Círculos de Salud de A.S.A. y Cayma EsSalud. Arequipa - 2016 [Internet] [Tesis de maestria]. 2017 [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4337>
 31. Basic science behind the cardiovascular benefits of exercise | British Journal of Sports Medicine [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018].

32. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Perú - Estilos de vida Saludable y su repercusión en la salud de los niños | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1104:estilos-vida-saludable-repercusion-salud-ninos&Itemid=816
33. Ruegsegger GN, Booth FW. Health Benefits of Exercise. Cold Spring Harb Perspect Med. 15 de mayo de 2017; a029694.
34. What do we know about the cardiac benefits of exercise? - Trends in Cardiovascular Medicine [Internet]. [Citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www.tcmonline.org/article/S1050-1738\(14\)00252-7/abstract](http://www.tcmonline.org/article/S1050-1738(14)00252-7/abstract)
35. OMS | Actividad física [Internet]. WHO. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
36. Health benefits of eating well [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.nhsinform.scot/healthy-living/food-and-nutrition/eating-well/health-benefits-of-eating-well>
37. Mark L. Niebylski, Kimbree A. Redburn, Tara Duhaney, Norm R. Campbell. Healthy food subsidies and unhealthy food taxation: A systematic review of the evidence - Nutrition [Internet]. Nutrition. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://www.nutritionjrnl.com/article/S0899-9007\(14\)00548-6/abstract](http://www.nutritionjrnl.com/article/S0899-9007(14)00548-6/abstract)
38. Bowling AB, Moretti M, Ringelheim K, Tran A, Davison K. Healthy Foods, Healthy Families: combining incentives and exposure interventions at urban farmers' markets to improve nutrition among recipients of US federal food assistance. Health Promot Perspect. 31 de marzo de 2016;6(1):10-6.
39. Nutrition Science - British Nutrition Foundation [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.nutrition.org.uk/nutritionscience.html>

40. Nutritional Science | Nutrition & Food Science [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://nfsc.umd.edu/undergraduate/undergraduate-admissions/nutritional-science>
41. Helle C, Hillesund ER, Omholt ML, Øverby NC. Early food for future health: a randomized controlled trial evaluating the effect of an eHealth intervention aiming to promote healthy food habits from early childhood. BMC Public Health [Internet]. 20 de septiembre de 2017 [citado 13 de febrero de 2018];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5607575/>
42. Fismen A-S, Smith ORF, Torsheim T, Rasmussen M, Pedersen Pagh T, Augustine L, et al. Trends in Food Habits and Their Relation to Socioeconomic Status among Nordic Adolescents 2001/2002-2009/2010. PLoS ONE [Internet]. 9 de febrero de 2016 [citado 13 de febrero de 2018];11(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4747535/>
43. Wu F, Guo Y, Chatterji S, Zheng Y, Naidoo N, Jiang Y, et al. Common risk factors for chronic non-communicable diseases among older adults in China, Ghana, Mexico, India, Russia and South Africa: the study on global AGEing and adult health (SAGE) wave 1. BMC Public Health. 6 de febrero de 2015; 15:88.
44. Landaeta-Jimenez M, Patiño E, Galicia N. Campaña de educación nutricional contra la malnutrición por medios de comunicación masivos en Venezuela. An Venez Nutr. 2010; 23(1):26-33.
45. Gutiérrez WA, Montalvo CA. Complicaciones crónicas en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, en el Hospital Universitarios de Neiva. RFS. 26 de mayo de 2015;4(1):61-72.
46. Diabetes mellitus: diagnóstico, clasificación y fisiopatología | Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e | HarrisonMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en:

<http://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114939344>

47. Sharma M, Nazareth I, Petersen I. Trends in incidence, prevalence and prescribing in type 2 diabetes mellitus between 2000 and 2013 in primary care: a retrospective cohort study. *BMJ Open*. 1 de enero de 2016; 6(1):e010210.
48. Vasculopatía hipertensiva | Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e | HarrisonMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://harrisonmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=1717§ionId=114930206>
49. Effects of blood pressure lowering on cardiovascular risk according to baseline body-mass index: a meta-analysis of randomised trials - ScienceDirect [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614611715>
50. Blacher J, Halimi J-M, Hanon O, Mourad J-J, Pathak A, Schnebert B, et al. Management of hypertension in adults: the 2013 French Society of Hypertension guidelines. *Fundam Clin Pharmacol*. 1 de febrero de 2014; 28(1):1-9.
51. Trends in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control among US Adults 80 Years and Older, 1988–2010 - Bromfield - 2014 - The Journal of Clinical Hypertension - Wiley Online Library [Internet]. [Citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12281/full>
52. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | Harrison. Principios de Medicina Interna, 18e | HarrisonMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [Citado 13 de febrero de 2018].
53. Postma DS, Bush A, van den Berge M. Risk factors and early origins of chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*. 7 de marzo de 2015; 385(9971):899-909.

54. Van Remoortel H, Hornikx M, Langer D, Burtin C, Everaerts S, Verhamme P, et al. Risk Factors and Comorbidities in the Preclinical Stages of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 12 de noviembre de 2013; 189(1):30-8.
55. Risk of cardiovascular comorbidity in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis - ScienceDirect [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213260015002416>
56. Insuficiencia cardiaca: fisiopatología y diagnóstico | Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e | HarrisonMedicina | McGraw-Hill Medical [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: <https://harrisonmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookId=1717§ionId=114928711>
57. Del Gobbo LC, Kalantarian S, Imamura F, Lemaitre R, Siscovick DS, Psaty BM, et al. Contribution of Major Lifestyle Risk Factors for Incident Heart Failure in Older Adults: The Cardiovascular Health Study. *JACC Heart Fail*. 1 de julio de 2015; 3(7):520-8.
58. Dei Cas A, Khan SS, Butler J, Mentz RJ, Bonow RO, Avogaro A, et al. Impact of Diabetes on Epidemiology, Treatment, and Outcomes of Patients With Heart Failure. *JACC Heart Fail*. 1 de febrero de 2015;3(2):136-45.
59. Scott MC, Winters ME. Congestive Heart Failure. *Emerg Med Clin*. 1 de agosto de 2015;33(3):553-62.
60. Vargas López ER, Loaiza Galvis LC, Osorio Yandy SM. Condiciones de salud y estilos de vida saludables en los colaboradores de la Empresa de Servicios Públicos Tribunas Córcega ESPTRI, en el primer semestre de 2017. 10 de agosto de 2017 [citado 13 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/pereira/handle/123456789/902>
61. Richle G, Yadira D, Chávez L, Román S, Porras S, Burgos Z, et al. Adherencia y acceso de pacientes con enfermedades crónicas no

- transmisibles en el Perú a los tratamientos médicos adecuados. Univ Peru Cienc Apl UPC [Internet]. 10 de abril de 2017 [citado 13 de febrero de 2018]; Disponible en: <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/621964>
62. OMS | Enfermedades crónicas [Internet]. WHO. [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
 63. Cayon A, <https://www.facebook.com/pahowho>. Plan de Acción para la Prevención y Control de las ENT en las Américas 2013-2019 | OPS OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 13 de febrero de 2018]. Disponible en:s
 64. Díez-Canseco F, Saavedra-García L. Programas sociales y reducción de la obesidad en el Perú: reflexiones desde la investigación. Rev Peru Med Exp Salud Publica. enero de 2017;34(1):105-12.
 65. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) | National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) [Internet]. [citado 13 de febrero de 2018].
 66. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) – Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017.pdf Arch Bronconeumol. 2017;53(Supl 1):2-64.
 67. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD. Arch Bronconeumol. marzo de 2017;53(3):128-49.
 68. Arzamendia, Gladys. Calidad de vida y enfermedades crónicas no transmisibles en docentes que participan de programa de prevención y promoción de salud. 2011, [citado 2018-02-19], pp. 278-290 .
 69. Ramírez-Ordoñez, M., Ascanio - Carvajalino, M., Coronado-Cote, M., Gómez-Mora, C., Mayorga-Ayala, L., & Medina-Ospino, R. (2016). Estilo

- de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Ciencia y Cuidado*, 8(1), 21-28.
70. Revilla, Luis, López, Tania, Sánchez, Sixto, Yasuda, Myriam, & Sanjinés, Giovanna. (2014). Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(3), 437-444. Recuperado en 21 de febrero de 2018, de <http://www.scielo.org.pe/scielo>.
 71. Sc. Raquel González Sánchez, MSc. René Llapur Milián, MSc. Mercedes Díaz Cuesta, Lic. María del Rosario Illa Cos, Dra. Estela Yee López, Lic. Dania Pérez Bello. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Rev. Cubana Pediatra*. 2015; 87 (3).
 72. Félix Hinojosa, Efraín C. (2009). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 72(EPOC). *Acta Médica Peruana*, 26(4), 188-191. Recuperado en 21 de febrero de 2018.
 73. Djoussé L, Driver JA, Gaziano JM. Relación Between Modifiable Lifestyle Factors and Lifetime Risk of Heart Failure. *JAMA*. 2009; 302(4):394–400. doi:10.1001/jama.2009.1062.
 74. Saxton J. Exercise and Chronic Disease: An Evidence-Based Approach. Taylor & Francis; 2011. 401 p.
 75. O'Donohue W. Behavioral Approaches to Chronic Disease in Adolescence: A Guide to Integrative Care. Springer Science & Business Media; 2009. 339 p.
 76. Marcus N, Araujo T. Nuestro estilo de vida. Edición especial. Editorial Ink; 2017. 290 p.
 77. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition. McGraw Hill Professional; 2011. 4322 p.
 78. El-Baz M. Building a Healthy Lifestyle: A Simple Nutrition and Fitness Approach. iUniverse; 2004. 133 p.
 79. Day L. Health in a Nutshell & Kids Health: A Healthy Lifestyle. AuthorHouse; 2011. 60 p.

ANEXO

ANEXO N° 1: CUESTIONARIO "FANTÁSTICO"



ESTILOS DE VIDA EN DIFERENTES ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE ENERO 2018. Validado por el consejo nacional para la promoción en Salud

Estimado paciente: La actual encuesta busca determinar los estilos de vida. Su participación es totalmente voluntaria y puede retirarse en el momento que usted lo desee. Con su participación ayudará a incrementar los conocimientos sobre los estilos de vida en diferentes enfermedades crónicas, en ello recae la importancia de su llenado. Con su participación entendemos que brinda su consentimiento para participar en la investigación. Los datos que proporciona son anónimos y confidenciales.

- **Sexo:** Masculino () Femenino () **Edad:** __ (años cumplidos)
- **Estado civil:** Casado/a () Soltero/a () Conviviente () Divorciado/a () Viudo/a ()
- **Padece de alguna enfermedad crónica:** No () Si (),:
 - ☐ Diabetes Mellitus
 - ☐ Hipertensión arterial
 - ☐ EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
 - ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva
- **Padece de alguna enfermedad psiquiátrica:** No () Si (), cuál:
- **¿Cuál es su nivel educativo?** Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior () Ninguno ()

A continuación, por favor marque la alternativa más cercana a la realidad

1. ¿Con qué frecuencia come verduras?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
2. ¿Con qué frecuencia come frutas?	Todos los días de la semana	Algunos días	Casi nunca	
3. ¿Cuántas piezas de pan come al día?	0 a 1	2	3 o más	
4. ¿Cuántas tortillas come al día?	0 a 3	4 a 6	7 o más	
5. ¿Agrega azúcar a sus alimentos o bebidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
6. ¿Agrega sal a los alimentos cuando los está comiendo?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
7. ¿Come alimentos entre comidas?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
8. ¿Come alimentos fuera de casa?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
9. ¿Cuando termina de comer la cantidad servida inicialmente, pide que le sirvan más?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
10. ¿Con qué frecuencia hace al menos 15 minutos de ejercicio? (Caminar rápido, correr o algún otro)	3 o más veces por semana	1 a 2 veces por semana	Casi nunca	
11. ¿Se mantiene ocupado fuera de sus actividades habituales de trabajo?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
12. ¿Qué hace con mayor frecuencia en su tiempo libre?	Salir de casa	Trabajos en casa	Ver televisión	
13. ¿Fuma?	No fumo	Algunas veces	Fumo a diario	
14. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	Ninguno	1 a 5	6 o más	
15. ¿Bebe alcohol?	Nunca	Rara vez	1 vez o más por semana	
16. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en cada ocasión?	Ninguna	1 a 2	3 o más	
17. ¿A cuántas pláticas para personas con diabetes ha asistido?	4 o más	1 a 3	Ninguna	
18. ¿Trata de obtener información sobre la diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
19. ¿Se enoja con facilidad?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
20. ¿Se siente triste?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
21. ¿Tiene pensamientos pesimistas sobre su futuro?	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	
22. ¿Hace su máximo esfuerzo para tener controlada su diabetes?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
23. ¿Sigue dieta para diabético?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
24. ¿Olvida tomar sus medicamentos para la diabetes o aplicarse su insulina?	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	
25. ¿Sigue las instrucciones médicas que se le indican para su cuidado?	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	
Total				

ANEXO N° 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES



ESTILOS DE VIDA EN DIFERENTES ENFERMEDADES CRÓNICAS ENTRE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE ENERO 2018

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE ITEMS
Enfermedad crónica	Enfermedades de larga duración y de progresión lenta.	Enfermedades crónicas no transmisibles que padece la persona encuestada	Cualitativa	Nominal	Enfermedad diagnosticada que posea el paciente.	*Diabetes mellitus *Hipertensión arterial *Insuficiencia cardiaca *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Estilo de vida saludable	Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas en forma individual o colectiva.	Puntaje obtenido en el test FANTÁSTICO de estilo de vida saludable.	Cualitativa	Ordinal	Puntaje obtenido en el test FANTÁSTICO de estilo de vida saludable.	• < 39 puntas = existe peligro • 40 a 59 puntos = malo • 60 a 69 puntos = regular • 85 A 100 puntos = excelente
Edad	Tiempo que transcurre una persona desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad en años del paciente en cuestión.	Cuantitativa	Razón	Edad registrada en el DNI.	• años
Sexo	Condición orgánica que distingue el sexo femenino (hembra) o masculino (macho)	Sexo biológico según características sexuales externas evaluables.	Cualitativa	Nominal	Sexo registrado en el DNI.	• hombre • mujer

Nivel educativo	Etapas que se dan en la educación. Es el máximo nivel educativo que una persona ha logrado.	Grado máximo académico logrado por el encuestado/a	Cualitativa	Ordinal	Nivel educativo consignado en la encuesta.	• Primaria • Secundaria • Superior
Nivel socio-económico	Posición o estatus que obtiene una persona en la sociedad a través de los recursos económicos	Atributo que caracteriza tu situación en el hogar. Medio alto, medio bajo, obrero, marginar.	Cualitativa	ordinal	Nivel consignado en la encuesta	• Estrato II: medio alto • Estrato III: medio bajo. • Estrato IV: obrero • Estrato V: marginal

ANEXO N° 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA



ESTILOS DE VIDA EN DIFERENTES ENFERMEDADES CRÓNICAS ENTRE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL VITARTE DURANTE ENERO 2018

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	HIPOTESIS	METODOLÓGICO
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	VARIABLES DEPENDIENTE	HIPOTESIS VERDADERA	TIPO DE INVESTIGACION
¿Existe asociación entre los estilos de vida y las diferentes enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte de Hospital	Demostrar la asociación entre el estilo de vida y las diferentes enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero de 2018.	<u>Enfermedades crónicas.</u> • Diabetes mellitus Tipo 2 • Hipertensión arterial • Insuficiencia Cardíaca • Enfermedad pulmonar	¿Existe asociación entre el estilo de vida y las diferentes enfermedades crónicas entre los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero de 2018?	Diseño: observacional, analítico, corte transversal, Enfoque: cuantitativa, prospectiva con recolección de datos. Población: infinita Pacientes que acuden a consulta externa del servicio de Medicina Interna

durante el 2018 de enero?		obstructiva crónica		del Hospital Vitarte durante enero del 2018.
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLES INDEPENDIENTE	HIPÓTESIS NULA	MUESTRA TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS
	1. Establecer las características sociodemográficas, de los pacientes atendidos por Diferentes Enfermedades Crónicas, en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero 2018. 2. Determinar las Diferentes enfermedades crónicas, de los pacientes atendidos por en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero 2018.	<u>Estilos de vida saludable.</u> • Edad. • Sexo. • Nivel Educativo. • Nivel Socioeconómico.	¿No existe asociación entre el estilo de vida y las diferentes enfermedades crónicas entre los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero de 2018	Muestra: fue de 385 pacientes adultos que acuden a consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante el mes de enero del 2018. Instrumento y Técnica: Se utilizó una encuesta dirigida al paciente Test que mide el estilos de vida saludable llamado FANTÁSTICO

	3. Demostrar la asociación entre las características sociodemográficas y enfermedades crónicas de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018. 4. Establecer la asociación entre el estilo de vida y Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero 2018. 5. Establecer la asociación entre el estilo de vida e Hipertensión Arterial atendidos en consulta externa en el Servicio de			
--	---	--	--	--

	Medicina Interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018, 6. Establecer la asociación entre el estilo de vida y Enfermedad Obstructiva Crónica atendidos en consulta externa del Servicio de medicina interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018. 7. Establecer la asociación entre el estilo de vida e Insuficiencia cardiaca Congestiva atendidos en consulta externa del servicio de medicina interna del Hospital Vitarte durante Enero 2018.			
--	---	--	--	--