

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS  
NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2014

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS  
DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

**TESIS**

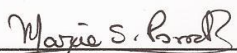
Presentada por:

**BACH. GABRIELA DEL ROSARIO SANCHEZ ESPILLICO**

Para Optar el Título Profesional de:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

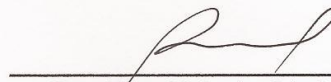
Aprobada por \_\_\_\_\_, ante el siguiente Jurado:



**Mgr. María Soledad Porras Roque  
PRESIDENTA**



**Mgr. Yolanda Paulina Torres Chávez  
JURADO**



**Dra. Nora Vela de Córdova  
JURADO**



**Mgr. Eloina Ynés Tejada Monroy  
ASESORA**

## **DEDICATORIA**

*El logro de una meta más, se encuentra acompañado de los seres que más amo y considero como una luz, sendero y apoyo en mi vida, la presente tesis un pequeño homenaje:*

*A Dios, mi padre amado, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.*

*A mis padres Carmen y Flavio, a mi hermana menor María, a mi gran amigo Edgard, por su amor incondicional*

*A mis amigos y amigas por sus ánimos y apoyo.*

*A mi asesora, Mgr. Eloína Ynés Tejada Monroy por sus consejos, comprensión y paciencia.*

*A mi maestra, Enf. Elizabeth Huerta Tovar, por su apoyo y orientaciones brindadas.*

*A las enfermeras del C.S. Pocollay, por su apoyo en la realización del presente trabajo.*

*Gracias por confiar en mí.*

*Gabriela del Rosario*

## *AGRADECIMIENTOS*

*¡Gracias!*

*A Dios, mi padre, por darme todo cuanto tengo, por su infinito amor que llena mi alma, por haberme dado salud para lograr mis objetivos, por el libre albedrío que me dio todos estos años para elegir lo bueno, lo correcto; por aumentar en mí, la fuerza y sabiduría necesaria para culminar este sueño en mi vida.*

*A mi madre Carmen Rosa, todo lo que soy y espero ser se lo debo a ella, por su sacrificio, trabajo que realiza cada día para sacarnos adelante a mí y a mi hermana, por su amor incondicional, paciencia y por enseñarme sobre todo a, luchar hasta conseguir mis objetivos.*

*A mi padre Augusto Flavio, por su fortaleza, amor y consejos brindados; a mi hermana María, por ser ejemplo de una hermana menor, por su ternura, alegría y orgullo de mi vida.*

*A Edgard, al gran amigo que Dios me ha dado, por su amor y cariño, por ser cómplice en todo mis sueños, generando un deseo de crecer profesionalmente en mí persona, por enseñarme la puntualidad, responsabilidad y por su permanente motivación, ánimos y consejos.*

*A mis grandes amigas(os): Mayumi, Diana Cori, Ana Chipana, Ana Tarqui, Marisol Choque, Claudia, Edith, Lisbeth, Yhonatan y Danny, porque siempre he contado con ellas(os) para todo, gracias a la confianza que me han brindado, por el apoyo y la amistad; en especial a mi amiga Ana Chipana por su apoyo en la parte estadística y acotaciones brindadas.*

*A la Mgr. Eloína Ynés Tejada Monroy, por su asesoría y apoyo brindado a lo largo de la realización de mi Tesis.*

*A mi maestra Enf. Elizabeth Huerta Tovar, y jurados: Mgr. María Porras Roque, Mgr. Yolanda Torres Chávez, Dra. Nora Vela de Córdova, gracias por sus consejos y apreciables orientaciones profesionales brindadas al revisar mi informe de tesis los que fueron precisos para la culminación del presente estudio.*

*A las Enfermeras, Lic. Lourdes, Vicky, Iris y vecinos de la Asoc. Vista Alegre del distrito de Pocollay, que colaboraron desinteresadamente conmigo.*

## ÍNDICE

RESUMEN.....	i
ABSTRACT .....	ii
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Fundamentos y formulación del problema .....	3
1.2 Objetivos .....	12
1.3 Justificación.....	13
1.4 Formulación de la hipótesis .....	15
1.5 Operacionalización de variables .....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	19
2.2 Bases teóricas.....	27
2.3 Definición Conceptual de términos.....	57
CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	60
3.2 Población y muestra.....	61
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	63

3.4	Procedimiento de recolección de datos .....	73
3.5	Procesamiento de datos .....	74
CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS		
4.1	Resultados .....	77
4.2	Discusión .....	99
CONCLUSIONES .....		113
RECOMENDACIONES .....		115
REFERENCIAS .....		118
ANEXOS .....		128

## RESUMEN

El presente estudio de investigación tiene como objetivo, determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asoc. Vista Alegre del distrito de Pocollay; mediante un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal, a 91 adultos seleccionados de manera no probabilística, la técnica aplicada fue una entrevista estructurada, utilizando el instrumento STEPS de la OMS adaptado a la población de estudio. Se calculó el Odds Ratio de las variables estudiadas, además de los intervalos de confianza al 95% y grado de significancia ( $p < 0,05$ ). Concluyendo, que los factores asociados a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son: Factores de riesgo biológicos no modificables (edad > de 50 años y antecedentes familiares), factores de riesgo biológicos modificables (hipertensión arterial y obesidad); y factores de riesgo conductuales (sedentarismo, régimen alimentario inadecuado y consumo de alcohol). Y los factores no asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles, son: sexo (Factor de riesgo biológico no modificable), consumo de tabaco y nivel de estrés (Factores de riesgo conductuales).

**Palabras claves:** Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Factores de riesgo.

## **ABSTRACT**

This research study aims to determine the risk factors associated with chronic noncommunicable diseases in adults Assoc Vista Alegre district Pocollay; a descriptive, correlational and cross-sectional study, 91 adults not selected probabilistically, the technique applied was a structured interview, using the WHO STEPS instrument adapted to the study population. Odds ratio of the studied variables, plus the confidence intervals at 95% and degree of significance ( $p < 0,05$ ) was calculated. Concluding that the factors associated with Chronic Noncommunicable Diseases are: Biological risk factors unchangeable (age > 50 years and family history), modifiable biological risk factors (hypertension and obesity); and behavioral risk factors (physical inactivity, poor diet and alcohol consumption). And the factors not associated with Chronic Noncommunicable Diseases are: sex (not modifiable factor biohazard) snuff consumption and stress (behavioral risk factors).

**Keywords:** Chronic Noncommunicable Diseases, Risk Factors.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo, asimismo, las condiciones en que viven las personas y sus estilos de vida influyen en su salud y calidad de vida. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus constituyen la principal carga de muerte por ECNT a nivel mundial, estas afecciones crónicas están relacionadas con factores de riesgo comunes como: el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, una dieta malsana, la inactividad física y los carcinógenos ambientales, a su vez estos factores de riesgo tienen determinantes económicos, sociales, de género, políticos y ambientales.

El presente estudio pretende determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asoc. Vista Alegre del distrito de Pocollay.

Se organizó en IV capítulos, el capítulo I: Planteamiento del estudio, presenta los fundamentos y formulación del problema, los objetivos, la justificación, la formulación de la hipótesis y la operacionalización de variables. El capítulo II: Marco Teórico, está

conformado los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, y la definición conceptual de términos. El capítulo III: Metodología de la investigación, que describe el tipo de investigación, población y muestra tomada, técnicas e instrumentos, procedimientos de recolección de datos y el procesamiento de datos. El capítulo IV está: De los resultados, conformado por la representación de los resultados a través de tablas con su respectivo análisis cuantitativo, incluye figuras y por la discusión de los resultados. Finalmente se realizan las conclusiones y recomendaciones; y se agregan las referencias y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

En Tacna, el Perú y el mundo una de las principales cargas que sufren los sistemas de salud son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Según la OMS estas afecciones no se transmiten de persona a persona, son de larga duración, habitualmente multicausales, con frecuencia episódicos, sin tratamiento específico y por lo general evolucionan lentamente; además constituyen una epidemia que amenaza la vida y la salud de millones de personas en el mundo. (1)

Asimismo uno de los desafíos para el desarrollo del siglo XXI, es intervenir sobre los factores de riesgo que predisponen la aparición de las ECNT. Estos padecimientos crónicos matan a más de 36 millones de personas cada año, en ese grupo se encuentran principalmente las enfermedades cardiovasculares que constituyen la mayoría de las defunciones con 17,3 millones de muertes cada

año, seguidas del cáncer que origina 7,6 millones de muertes, a su vez las enfermedades respiratorias crónicas ocasionan 4,2 millones de muertes, y por último la diabetes es causante de 1,3 millones respectivamente. Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de alrededor del 80% de las muertes por ECNT. (1)

Según la OMS, las ECNT comparten cuatro factores de riesgo comportamentales modificables como: (1)

El tabaco que cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600 000 por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030.

Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.

Aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y verduras.

La mitad de los 2,3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ENT.

Estos comportamientos propician cuatro cambios metabólicos/fisiológicos clave que aumentan el riesgo de ENT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre), los cuales son considerados Factores de riesgo biológicos modificables. (1)

En las Américas las ECNT son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y por ende evitable. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual, familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico. (2, 3)

Las enfermedades crónicas no transmisibles como afecciones cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes causan más de 3,9 millones de muertes al año, es decir el 75% del total de muertes en Perú y en América Latina, reveló Silvia Esquivel León<sup>1</sup>. (4)

---

<sup>1</sup> Mg. Rosa Silvia Esquivel León: Coordinadora General del Programa Adelante que promueve estilos de vida saludable con miras a reducir la incidencia de ECNT en el Perú, programa promovido por ADRA - PERÚ

A nivel nacional, según el Análisis de Situación de Salud del Perú, 2012, en la etapa de vida adulto (30 a 59 años) durante el año 2011, las enfermedades neoplásicas fueron la principal causa de muerte con 2726 defunciones (8,5%), seguidas de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares que en conjunto sumaron 3019 casos (9,5%), mientras que la diabetes y la enfermedad hipertensiva sumaron 1770 defunciones (5,5%). (5)

En cuanto a la situación de factores de riesgo biológicos modificables como la hipertensión arterial, el sobrepeso y la obesidad; el Informe, Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2013 del INEI, da a conocer que en la población adulta evaluada, se encontró un 16,6% con hipertensión arterial, siendo los hombres más afectados (21,5%) que las mujeres (12,3%). La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en la Costa sin Lima Metropolitana (20,2%) seguido por Lima Metropolitana (18,7%); en tanto, la menor prevalencia se registró en la selva (11,9%) y en la Sierra (13,3%). (6)

Al respecto del Sobrepeso, el 33,8% de los adultos lo presenta; según sexo, el 34,8% de las mujeres y el 32,8% de los

hombres tienen sobrepeso. En la Sierra el 29,8% de personas padecen sobrepeso; en la Costa sin Lima Metropolitana el 36,7%, en Lima Metropolitana el 35,7% y en la Selva el 33,4% respectivamente. (6)

Asimismo, el 18,3% de las personas sufren de obesidad. En la distribución por sexo, el 20,9% de personas obesas son mujeres y el 15,5% hombres; encontrándose una diferencia de 5,4 puntos porcentuales. Según el área de residencia, el 21,5% de obesos residen en el área urbana y el 8,9% en el área rural. (6)

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 realizada a una submuestra de 6 mil 370 viviendas del país en cada una de las cuales se entrevistó a una persona de 15 y más años de edad, se describen los factores de riesgo conductuales que incrementan las enfermedades crónicas no transmisibles como: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el bajo consumo de verduras y frutas. (7)

En relación al consumo de tabaco; de la población encuestada, el 12,5% reportó haber fumado al menos un cigarrillo en los últimos 30 días. Según área de residencia, la prevalencia de

consumo de cigarrillo fue de 13,6% en el área urbana y 9% en el área rural. Por región natural, los mayores porcentajes de personas que actualmente fuman, destacan en Lima Metropolitana (17,7%) y la Selva (14,4%); y el menor porcentaje, en la Sierra (8,9%) y Costa sin Lima Metropolitana (9,3%). (7)

Asimismo, en cuanto al consumo de alcohol, de acuerdo con los resultados de la encuesta, el 80% de las personas declararon que han consumido bebidas alcohólicas, alguna vez en su vida. Siendo este porcentaje mayor en los hombres (92,9%) que en mujeres (83,8%). En cuanto al consumo actual de bebida alcohólica en los últimos 30 días, el 37% de las personas han consumido bebidas alcohólicas o licor. Registrándose la mayor prevalencia en Costa sin Lima Metropolitana (41,4%) y Lima Metropolitana (38%); en tanto, la menor prevalencia fue en la Sierra (33%). Al analizar por sexo, el consumo actual de bebida alcohólica es mayor en los hombres (49,8%) que en mujeres (25,7%). (7)

En relación al consumo de frutas, en los siete días anteriores a la entrevista, las personas refirieron haber consumido fruta entera o en trozos 4,2 días en promedio; en el área urbana fue 4,4 días, y en el área rural 3,5 días, en promedio. Además la población

consume en promedio 1,9 porciones de frutas al día, en la semana. El consumo promedio de porciones de fruta por día en hombres (2,0) y mujeres (1,9) fue similar. (7)

En cuanto al consumo de verduras, las personas encuestadas consumen verduras o vegetales 3,2 días a la semana, en promedio. Al analizar por sexo, resultó que las mujeres consumían verduras a la semana 3,4 días en promedio y los hombres 2,9 días en promedio. Acerca del promedio diario del consumo de porciones de verduras, se encontró que las personas comieron 1,1 porciones de ensalada de verdura al día, en los últimos siete días. Dicho promedio fue similar por sexo, área de residencia y región natural. (7)

En el ámbito local, según el ASIS 2012 de Tacna en el año 2011, se registraron 1,171 defunciones de las cuales 266 (22,72%) se encontraron en la etapa de vida adulto. Dentro de las 7 primeras causas de muerte en el adulto destacan ECNT como: Tumor maligno del cuello del útero, enfermedades cardiopulmonares, enfermedades de la circulación pulmonar y enfermedades isquémicas del corazón. (8)

En cuanto a la estructura de mortalidad en la etapa de vida del adulto mayor se presentaron 752 defunciones que equivalen 64,22% del total. Entre las principales causas de muertes se tienen a la Diabetes Mellitus, Tumores malignos y enfermedades hipertensivas. (8)

En cuanto a la morbilidad por etapas de vida, el 26,17% de los procesos mórbidos pertenece a la etapa de vida Adulto; que corresponde a 80, 674 casos. Dentro del 37% de la morbilidad en la etapa adulta, está constituida por 3 grupos de causa, en 2<sup>do</sup> lugar se encuentran la obesidad y otros problemas de hiperalimentación con 9,438 casos que representan un 11,7%. (8)

En el distrito de Pocollay, el Centro de Salud de Pocollay hasta el tercer trimestre del año 2014 (enero-marzo), registró 12 casos de hipertensión arterial, 8 casos de diabetes y 4 casos de asma. (9, 10 y 11)

Según el PSL 2011 del C.S. de Pocollay dentro de las causas de mortalidad en el adulto registran 4 muertes por Cáncer, 5 decesos por Enfermedades Cardiovasculares y 9 por Enfermedades del sistema respiratorio. Y dentro de las causas de

morbilidad en la etapa de vida adulto, destacaron 48 casos de Enfermedades Cardiovasculares y 339 casos de Enfermedades Respiratorias crónicas. (12)

La Asoc. Vista Alegre del distrito de Pocollay no se escapa de este problema que viene en aumento, durante el tiempo de vivencias en esta Asociación de vivienda se ha observado que los adultos presentan diversos factores de riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en un futuro, los cuales son necesarios identificar para prevenir la aparición de estas afecciones crónicas en la población sana y mejorar la calidad de vida en la población enferma, datos que son corroborados por la enfermera responsable de la Estrategia Sanitaria de daños no transmisibles del C.S. Pocollay, quien realizó años atrás trabajos comunitarios con los adultos de esta asociación y refiere haber observado estilos de vida no saludables que los pobladores presentan, siendo un mal modelo para los niños.

Por todo lo expuesto, nos formulamos la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asociación Vista Alegre del distrito de Pocollay, Tacna - 2014?

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asociación Vista Alegre del distrito de Pocollay, Tacna - 2014.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Determinar los factores de riesgo biológicos no modificables asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asoc. Vista Alegre, Pocollay, Tacna - 2014.
  
- b) Determinar los factores de riesgo biológicos modificables asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asoc. Vista Alegre, Pocollay, Tacna - 2014.

- c) Determinar los factores de riesgo conductuales asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asoc. Vista Alegre, Pocollay, Tacna - 2014.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un problema de salud pública en Tacna, presentándose dentro de las 10 primeras causas de morbi-mortalidad de la región y del distritito de Pocollay, afectando a la población adulta y adulta mayor en su mayoría.

El profesional de enfermería como proveedor del cuidado, debe considerar la importancia de la problemática de salud existente en la Asociación de vivienda “Vista Alegre” de Pocollay así como en otras zonas de Tacna, ya que este problema está relacionado con la presencia de factores de riesgo que necesitan ser identificados e intervenidos oportunamente para que no causen muertes y enfermedades que se pueden evitar.

Los aportes del presente estudio cobran importancia teórica y social en referencia al tema estudiado en esta realidad,

constituyéndose como un trabajo de investigación relevante y servirá como sustento a todas aquellas personas interesadas en la temática estudiada.

Asimismo, cabe destacar el valor implícito de la presente investigación, ya que sus resultados le permitirán al profesional de enfermería del Centro de Salud de Pocollay, iniciar la planificación de estrategias que implementen programas de educación para la salud dirigidos a la población en general con la finalidad de prevenir y disminuir los factores de riesgo de las ECNT, desde la promoción (el trabajo con poblaciones) y prevención (el trabajo con individuos) destinados a cambios hacia conductas y estilos de vida saludables.

Para todo ello se toma en cuenta que la enfermera es el único profesional de salud que basa su cuerpo de conocimientos en el cuidado profesional y en el desarrollo de las capacidades y habilidades del individuo, familia y comunidad, para conseguir el mayor grado de autocuidado e independencia en el proceso salud-enfermedad, en este caso en las personas que padecen ECNT. Esta manera de trabajar, reflejada en los modelos enfermeros, como el de Dorothea Orem, pretende conseguir la implicación activa de los pacientes y familiares en el cuidado de su salud.

Finalmente, los resultados obtenidos contribuirán a la formación de cimientos más fuertes en la línea de Investigación de enfermería, considerándose este trabajo un apoyo para promover y fortalecer la capacitación del personal de Salud quienes deberán realizar las intervenciones costo - efectivas en la población a fin de reorientar la salud hacia una ideal promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

#### **1.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

Los factores de riesgo biológicos modificables, no modificables, y factores de riesgo conductuales están asociados significativamente a las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos de la Asociación Vista Alegre del distrito de Pocollay, Tacna - 2014.

#### **1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

**1.5.1 Variable independiente:** Factores de riesgo

**1.5.2 Variable dependiente:** Enfermedades crónicas no transmisibles en adultos

VARIABLE INDEPENDIENTE	FACTORES DE RIESGO	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
		<b>FACTOR DE RIESGO</b> Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	<b>FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS ECNT EN LOS ADULTOS</b> Son condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para padecer Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el adulto.	<b>a. Factores de Riesgo biológicos no modificables:</b> Son aquellos que pueden generar ECNT en los adultos y no se pueden modificar, tratar y/o intervenir en ellos, ya que por su naturaleza son propios de cada individuo.	<b>b. Factores de Riesgo biológicos modificables:</b> Son aquellos que pueden generar ECNT en los adultos y en los que se pueden intervenir y generar cambios, ya que se encuentran causadas y/o asociadas a los estilos de vida no saludable de las personas.	Edad Sexo Herencia (Antecedentes familiares)
				HTA	Presión arterial <b>Normal</b> : < 120/ < 80 mmHg <b>Pre hipertensión</b> : 120 -139/ 80-89 mmHg <b>Hipertensión estadio 1:</b> 140 - 159/ 90-99 mmHg <b>Hipertensión estadio 2:</b> ≥160/ ≥100 mmHg	Ordinal
				OBESIDAD	Índice de Masa Corporal (IMC) <b>Normal</b> : 18,50 - 24,99 Kg/m <sup>2</sup> <b>Sobrepeso</b> : 25,00 - 29,99 Kg/m <sup>2</sup> <b>Obesidad grado I</b> : 30,00 - 34,99 Kg/m <sup>2</sup> <b>Obesidad grado II</b> : 35,00 - 39,99 Kg/m <sup>2</sup> <b>Obesidad grado III</b> : ≥ 40,00 Kg/m <sup>2</sup>	Ordinal
					Perímetro abdominal <b>Obesidad abdominal</b> : < 94 cm Hombres < 80 cm Mujeres <b>Riesgo alto</b> : 94 -101cm 80-87cm <b>Riesgo muy alto</b> : ≥ 102 cm ≥ 88 cm	Ordinal
					Relación cintura/ cadera <b>Obesidad central</b> : Hombres > 1 Mujeres > 0,85	Ordinal

				<p><b>c. Factores de riesgo conductuales (factores de riesgo modificables):</b> Son aquellos estilos de vida no saludables que pueden generar ECNT en los adultos y estos son susceptibles de ser modificados por patrones de comportamientos saludables a través de la una adecuada promoción de la salud.</p>	Actividad física (Sedentarismo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Activa</b> : <math>\geq 3000</math> MET - min/sem</li> <li>• <b>Insuficiente:</b> <math>\geq 600</math> y <math>&lt; 3000</math> MET- min/sem</li> <li>• <b>Sedentaria</b> : <math>&lt; 600</math> MET - min/sem</li> </ul>	Ordinal
			Dieta (Dieta inadecuada)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alimentación adecuada</b> : 38 – 56</li> <li>• <b>A. medianamente adecuada</b> : 20 - 37</li> <li>• <b>Alimentación inadecuada</b> : 0 - 19</li> </ul>		
			Estrés		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estrés Normal</b> : 0 – 13</li> <li>• <b>Estrés moderado</b> : 14 – 27</li> <li>• <b>Estrés severo</b> : 28 – 40</li> </ul>		
			Consumo de tabaco		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fumador/a actual</b> : diario (<math>\geq 1</math> cigarrillo al día) + ocasional</li> <li>• <b>Ex Fumador/a</b> : hace <math>\geq 6</math> meses</li> <li>• <b>Fumador(a) de primera intención</b></li> <li>• <b>Nunca fumó</b></li> </ul>		
			Consumo de alcohol		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Consumidor/a actual</b> :               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Consumidor excesivo</b></li> <li>✓ <b>Consumo alto:</b> <math>&gt;30</math> tragos en el último mes</li> <li>✓ <b>Consumidor moderado:</b> 1 - 30 tragos en el último mes</li> </ul> </li> <li>• <b>Ex Consumidor/a</b> : ausencia de consumo de bebida en los últimos 12 meses</li> <li>• <b>Nunca tomó</b></li> </ul>		

VARIABLE DEPENDIENTE	ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LOS ADULTOS	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
		<p><b>Enfermedades Crónicas No Transmisibles</b></p> <p>Son enfermedades que no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente.</p>	<p><b>ECNT en los adultos</b></p> <p>Son enfermedades de curso prolongando que necesitan tratamientos continuos para su control. No se resuelven espontáneamente y rara vez se logra una cura completa.</p>	Enfermedades Cardiovasculares	SI NO	Nominal
				Cáncer	SI NO	
				Enfermedades respiratorias crónicas	SI NO	
				Diabetes Mellitus	SI NO	

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Los estudios de investigación constituyen la única forma de conocer exactamente las condiciones en las cuales se encuentra la profesión de enfermería, puesto que sus evidencias científicas parten de la generación del conocimiento, a continuación se cita los estudios relacionados a la presente tesis.

##### **A nivel internacional**

Espinoza Gómez F, Ceja Espíritu G, Trujillo Hernández B, Uribe Araiza T, Abarca de Hoyos P y Flores Vázquez DP. (2004), México. En su investigación denominada, Análisis de los factores de riesgo de la hipertensión arterial en Colima, estudio transversal analítico de base poblacional, en donde se aplicó una encuesta estructurada a 280 adultos mayores de 30 años que residían en la ciudad mexicana de Colima en 2001 y 2002, llegaron a los

siguientes resultados: la prevalencia de HTA fue de 28,6%. La prevalencia fue mayor en hombres que en mujeres (42,1% frente a 19,2%, respectivamente;  $RP=3,04$ ;  $IC95\%$ : 1,8 a 5,2) y en personas mayores de 49 años que en personas de 30 a 49 años (36,8% frente a 21,9%, respectivamente;  $RP = 2,07$ ;  $IC95\%$ : 1,22 a 3,50). Los antecedentes familiares de HTA y el sobrepeso mostraron asociación con la HTA, mientras que la práctica de ejercicio físico tuvo un efecto protector ( $RP=0,45$ ; 0,23 a 0,86). Se encontró interacción entre la HTA y la edad ( $\geq 50$  años), los antecedentes familiares de HTA, el sobrepeso y la práctica de ejercicio físico, particularmente en mujeres. Concluyendo que existe una fuerte asociación de la HTA con el sexo masculino, independientemente de las otras variables, por ello se resalta la necesidad de promover campañas preventivas más enfocadas en los hombres. (13)

Epidemiología de la Diabetes y Análisis Colaborativo de los Criterios Diagnósticos en Europa (DECODE) - Grupo de Estudio. (2003), Europa. En los estudios de investigación por edad y sexo específicos de prevalencia de la diabetes y la regulación de la glucosa en 13 cohortes europeas, el grupo de estudio DECODE realizó un total de 13 estudios de nueve países europeos (tres de

España), involucrando a 7, 680 hombres y 9, 251 mujeres entre 30 a 89 años. La conclusión fue que en la mayoría de los países europeos la prevalencia de la diabetes es <10% en personas menores de 60 años y del 10-20% en personas de 60-80 años. (14)

Rojas Ramos O. (2006), Venezuela. En su trabajo de investigación denominado "Hipertensión arterial prevalencia y factores de riesgo en el Hospital universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar", concluyó, que el 52,84% presentaba HTA estadio 2, seguido de un 44,02% que tenía HTA estadio 1 y el 3,16% tenía pre hipertensión. El 56,98% correspondió al sexo femenino y 43,02% al sexo masculino. El 28,07% perteneció al grupo etareo de 61 a 70 años, seguida del 24,92% para el grupo de 51 a 60 años, El 94,85% de los pacientes hipertensos del estudio son de nacionalidad venezolana; la raza más afectada fue la mestiza con 61,79%. El 73% refirió tener antecedentes familiares de HTA, siendo la madre el familiar más afectado por la enfermedad con un 45,21%. El 42,19% refiere consumo de alcohol. El 29,09% son fumadores. El 74,09% no realiza ningún tipo de actividad física, 17,94%% la realiza 1 o 2 veces por semana, y un 7,97% más de 2 veces por semana. (15)

Escobedo de la Peña J, Buitrón Granados LV, Ramírez Martínez JC, Chavira Mejía R, Sachargrotsky H, Marcet Champagne B. (2011), México. En su estudio “Diabetes en México. Estudio CARMELA”, llego a los siguientes resultados, la prevalencia de diabetes fue de 9,7% en mujeres y de 8,0% en hombres. Los factores más relacionados con la diabetes fueron la edad, la obesidad abdominal, la hipertensión arterial, un valor bajo de las lipoproteínas del colesterol de alta densidad y la hipertrigliceridemia. Las conclusiones a las que llegaron fueron que la prevalencia de diabetes mellitus en la Ciudad de México es elevada y representa un importante problema de salud. Su asociación con factores de riesgo cardiovascular obliga a implementar medidas de salud poblacional dirigidas a disminuir los factores de riesgo relacionados con su ocurrencia. (16)

Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz GA, Liu S, Solomon CG, et al. (2001), E.E. U.U. En su estudio denominado “Dieta, estilo de vida y el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en mujeres del Hospital de Boston”, en su estudio de cohorte realizado en enfermeras (n: 84,991) con un seguimiento medio de 16 años (1980 - 1996) destaca entre sus resultados que el riesgo relativo

(RR) para mujeres con un IMC 23-24,9 era 2,67; IMC 25-29,9, RR 7,59; IMC 30-34,9, RR 20,1; IMC > 35, RR 38,8); durante de seguimiento, se documentaron 3 300 casos nuevos de diabetes tipo 2. Concluyeron así, que el sobrepeso y la obesidad fue el único predictor más importante de la diabetes. La falta de ejercicio, una dieta pobre, el tabaquismo actual, y la abstinencia de consumo de alcohol se asociaron con un riesgo significativamente mayor de diabetes, incluso después del ajuste por el índice de masa corporal y que la mayoría de los casos de diabetes tipo 2 podría prevenirse mediante la adopción de un estilo de vida más saludable. (17)

Van Dam RM, Rimm EB, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. (2002), E.E. U.U. En su estudio titulado “Los patrones dietéticos y riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en hombres estadounidenses”, realizado a 42 504 profesionales de la salud varones, de 40 a 75 años de edad, que no tienen diabetes diagnosticada, enfermedad cardiovascular o cáncer al inicio del estudio. Los resultados a los que se llegaron fueron que durante 12 años de seguimiento (466 508 personas por año), se documentaron 1 321 casos de diabetes tipo 2, asimismo demuestran que una dieta con un alto consumo de carne roja, carne procesada, productos lácteos grasos, dulces y

postres se asoció con un incremento del riesgo de Diabetes independientemente del IMC, la actividad física, la edad o la historia familiar, (OR=1,6; IC 95% 1,30 – 1,90). El riesgo era mayor (OR=11,2; IC 95% 8,07-15,6), si además los pacientes eran obesos (IMC>30Kg/m<sup>2</sup>). Concluyeron que un patrón dietético occidental está asociada con un riesgo significativamente mayor de diabetes tipo 2 en los hombres. (18)

Ko G, Chan J, Tong S, Chan A, Wong P, Hui S et al. (2007), China. Realizaron un estudio de investigación titulado, “Patrones dietarios y su relación con los factores de riesgo para enfermedad crónica cardiovascular en la población trabajadora de Hong Kong, China”, los autores encontraron que el hábito de fumar 5,95, IC 95% (4,55-7,77) p<0,001; el no consumo de vegetales 2,24 IC95% (1,06-4,73) p<0,001; la alimentación irregular 2,23 IC95% (1,82-2,73) p<0,001; consumo de alcohol 2,21 IC95% (1,79-2,74) p<0,001; consumo de bebidas azucaradas 2,00 IC95% (1,59-2,52) p<0,001 y la no ingesta de frutas 1,94 IC95% (1,42-2,64) p<0,001; la hipertensión y la obesidad se asociaron significativamente con el género masculino 2,33 IC95% (1,98-2,73) p<0,001 y 1,44 IC95% (1,26-1,64) p<0,001 respectivamente. Los resultados de este

estudio forman la base para el desarrollo de los programas de intervención educativa y mejorar el estado de salud de los trabajadores chinos. (19)

### **A nivel nacional**

Maguiña P. (2013), Perú. En su investigación titulada Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber”, Lima - Perú, tuvo como objetivo general determinar los factores de riesgo que predisponen a Hipertensión. Se concluyó que un 55% de la población estudiada presentan factores de riesgo, los cuales pertenecen a los factores modificables y no modificables, esta cantidad de personas comparten estos factores de riesgo. (20)

Estrella Sinche E, Suárez Bustamante MA. (2006), Perú. En su estudio titulado “Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres adultas de organizaciones de base de una población urbano marginal pobre de Lima, Perú”, en sus resultados da a conocer que la prevalencia de hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia fue de 28,9%, 8% y 12%,

respectivamente. El 40,2% de las entrevistadas tuvo diagnóstico de sobrepeso y el 38,2% diagnóstico de obesidad. El 15,5% tenía hábito de fumar y alrededor del 90% tiene vida sedentaria y sólo el 9,3% realizaba actividad física a nivel moderado. Finalmente concluye que una existe una alta prevalencia de factores de riesgo de ECNT, especialmente obesidad, hipertensión arterial y sedentarismo en esta población de característica pobre. (21)

### **A nivel local**

Bornaz G, Cáceres O, Bornaz S. (2006) Tacna, Perú. Realizaron una investigación titulada “Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión en adultos” en la ciudad de Tacna, el estudio fue de corte transversal analítico, se aplicó una encuesta y se midió la presión arterial de 250 personas, mayores de 30 años. Llegando a las siguientes conclusiones: La prevalencia de HTA en la población adulta mayor de 30 años es de 31,2%; La HTA fue superior en hombres en relación con las mujeres (47,5% frente a 22,3%); El % de HTA se incrementa con la edad y el sedentarismo; Los factores de riesgo de HTA en personas, mayores de 30 años son: el sexo, la edad, el sedentarismo, el sobrepeso y los antecedentes familiares de HTA. (22)

## **2.2 BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1 FACTOR**

Elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado. (23)

### **2.2.2 RIESGO**

La Organización Mundial de la Salud define “riesgo” como “la probabilidad de un resultado adverso, o factor que aumenta esta probabilidad”. (24)

Olli Miettinen definió que, riesgo en epidemiología equivale a efecto, probabilidad de ocurrencia de una patología en una población determinada, expresado a través del indicador paradigmático de incidencia. (25)

El Diccionario de Epidemiología de JM Last, establece que el riesgo es la probabilidad de que ocurra un hecho, por ejemplo, de que un individuo enferme o muera, dentro de un período de tiempo o edad determinados. (26)

La definición que da el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española de la palabra riesgo es: “Contingencia o proximidad de un daño”. (27)

### **2.2.3 FACTOR DE RIESGO**

Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. (28)

Los factores de riesgo son condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. Una vez que los factores de riesgo han sido identificados, se pueden convertir en el punto de partida o núcleo de las estrategias y acciones de promoción de la salud. (29)

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar

especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido. Sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud y pueden estar localizados en individuos, familias, comunidades y ambiente. (30)

El diccionario de Epidemiología de Last define a factor de riesgo como: Comportamiento personal, exposición ambiental o características que se asocian a procesos relacionados con la salud y cuya aparición es muy importante evitar. (26)

#### **2.2.4 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

Las enfermedades crónicas se refieren a padecimientos de larga duración, de carácter degenerativo, y se caracterizan por una etiología compleja mediada por múltiples factores de riesgo, periodos de latencia largos, curso prolongado, discapacidad o alteración funcional e incurabilidad. (31)

Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como

ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes. (1)

### **2.2.5 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son aquellas que afectan al sistema cardiovascular, es decir, corazón y vasos sanguíneos.

Las enfermedades cardiovasculares, son:

- **La cardiopatía coronaria (ataques cardíacos):** enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio).
- **Las enfermedades cerebrovasculares (apoplejía):** enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.

- **Las arteriopatías periféricas:** enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.
- **La cardiopatía reumática:** lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos.
- **Las cardiopatías congénitas:** malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento.
- **Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares:** son coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.
- **Los ataques al corazón y los accidentes cerebrovasculares (ACV):** suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los ACV también pueden

deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre.

**a) Factores de riesgo biológicos no modificables**

- **Herencia:** Las personas con antecedentes familiares de un infarto o una enfermedad cerebrovascular en familiares directos (padre, madre, hermanos), producidos en hombres menores de 55 años y mujeres menores de 65 años, tienen un riesgo aumentado de tener a su vez una enfermedad cardiovascular. (1)
- **Sexo:** los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres y son afectados en edades tempranas. Luego de la menopausia el riesgo de las mujeres aumenta, pero aún es menor que en el sexo masculino. (32)
- **Edad:** Existe mayor riesgo de sufrir Enfermedad cardiovascular en personas mayores de 45 años. Cuatro de cinco pacientes que fallecen por

enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años. (32)

#### **b) Factores de riesgo biológicos modificables**

- **Obesidad:** El sobrepeso predispone a desarrollar enfermedades cardiovasculares. La mayoría de los estudios epidemiológicos señalan que existe una relación directa entre el sobrepeso y la hipertensión, tanto sistólica como diastólica. Esta relación es más intensa en individuos jóvenes y adultos de mediana edad, y más en mujeres que en varones.

Se considera factor de riesgo independiente cuando hay sobrepeso mayor del 30%, en especial cuando se ha iniciado a los 25 años de edad y la obesidad es de predominio abdominal. La American Heart Association la cataloga como factor de riesgo mayor. En los individuos con presión arterial normal, el incremento de peso se asocia a una mayor frecuencia de hipertensión, y a las posteriores probabilidades de complicaciones cardiovasculares.

Los posibles mecanismos del aumento de la presión se han relacionado con el incremento de las concentraciones de lipoproteínas de tipo LDL-colesterol, ya que estos son los precursores en la formación de ateromas en los vasos sanguíneos (enfermedad aterosclerótica e hipertensiva). Y estos a lo largo de su evolución pueden llegar a complicaciones trombóticas, calcificaciones o accidentes isquémicos en el corazón, cerebro, miembros inferiores y otros órganos. Las mujeres con obesidad central o abdominal y coeficiente cintura/cadera superior a 0.8 pueden presentar resistencia a la insulina disminución de HDL, hipertrigliceridemia, a veces combinado con el síndrome cardiológico.

En el estudio de Framingham se encontró una relación continua y positiva entre obesidad e infarto de miocardio. Las mujeres con peso corporal ideal presentan un riesgo de 35 a 60 % menor que las que desarrollan obesidad.

- **Colesterol aumentado en sangre:** El riesgo de enfermedad coronaria se incrementa con el aumento de los niveles de colesterol. Cuando otros factores (como hipertensión y tabaquismo) están presentes, el riesgo crece más aún. El promedio de la concentración de colesterol en el suero en la población adulta, de 18 a 74 años debe ser de 200 mg/dl o menor. El 70% de los adultos no somos capaces de identificar los principales alimentos que tienen un contenido bajo en grasa, bajo en sodio, alto en calorías, alto en azúcar y que son buenas fuentes de fibra.
- **Hipertensión:** La presión arterial alta aumenta el esfuerzo del corazón, acelera el proceso de endurecimiento de las arterias y aumenta el riesgo de sufrir un infarto agudo de miocardio, un ictus y una insuficiencia cardíaca. Cuando la hipertensión coexiste con otros factores de riesgo, la probabilidad de infarto o ictus aumentan muchas veces.

- **Diabetes:** se ha demostrado que las personas con diabetes tienen un riesgo cardiovascular denominado máximo, equivalente a aquellas personas que han tenido un infarto al miocardio. Las mujeres con diabetes tienen entre 3 y 5 veces más riesgo de tener enfermedades cardíacas e ictus que las mujeres no diabéticas. En cambio en los hombres el riesgo de cardiopatía isquémica en presencia de diabetes es sólo de 2-3.

### c) Factores de riesgo conductuales

- **Tabaquismo:** los fumadores tienen el doble de riesgo de enfermedad cardiovascular con respecto a los no fumadores los fumadores tienen de 2 a 4 veces más riesgo de ataque cardíaco y de muerte súbita que los no fumadores. Las evidencias parecen indicar que la exposición a ambientes con humo de tabaco (fumadores pasivos) aumentaría el riesgo de enfermedad cardiovascular.

- **Inactividad física:** Se ha calculado que la actividad física insuficiente causa cerca de una tercera parte de las muertes debidas a cardiopatía coronaria. Existen datos de estudios de observación que indican que la actividad física en el tiempo libre se asocia a una reducción del riesgo cardiovascular y de la mortalidad cardiovascular tanto en hombres como en mujeres y en individuos de edad madura y de edad más avanzada.
- **Hábitos alimentarios inadecuados:** Una alimentación inadecuada es uno de los principales desencadenantes de la aparición de los principales factores de riesgo cardiovascular: obesidad, diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia.
- **Estrés:** El estrés puede influir sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (frecuencia cardíaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular, etc.), mala actividad neuroendocrina y la competencia inmunológica. Es

un agente activo en la etiología de la enfermedad y produce cambios en el sistema que afectan la salud.

### **2.2.6 CÁNCER**

Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.

#### **a) Factores de riesgo conductuales**

- **Consumo de tabaco:** Asociado a cáncer de cavidad oral, laringe, pulmón, cervix, mama y estómago.

- **Consumo de alcohol:** Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama.
- **Bajo consumo de frutas y verduras:** Asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (Estómago, colon y recto).
- **Dieta no saludable:** El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon.
- **Obesidad:** Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cervix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio y esófago.

- **Sedentarismo:** Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.

## **2.2.7 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS**

Grupo de afecciones en las cuales existe producción crónica de esputo y/o respiración dificultosa durante el reposo y/o el ejercicio.

### **2.2.7.1 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**

**(EPOC):** No es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los términos más familiares “bronquitis crónicas” y “el enfisema” son utilizado no más largo, pero ahora se incluyen en la diagnosis de la EPOC. Los síntomas más comunes son la disnea, o "falta de aliento", una excesiva producción de esputo y una tos crónica. Sin embargo, la EPOC no es sólo la "tos del fumador", sino una enfermedad pulmonar potencialmente

mortal que conduce de forma progresiva a la muerte.

**2.2.7.2 Asma:** Es una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían en severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche.

### **2.2.8 DIABETES MELLITUS**

Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

**2.2.8.1 Diabetes de tipo 1:** (insulinodependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

**2.2.8.2 Diabetes de tipo 2:** (no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de

evolución y han aparecido complicaciones. Hasta hace poco, este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños.

**2.2.8.3 Diabetes gestacional:** La diabetes gestacional es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas.

## **2.2.9 CLASIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES**

Los múltiples factores de riesgo están relacionados con la etiología de las ECNT y tienden a agruparse en ciertos sectores de la población. (33)

### **a) En las personas**

- **Factores de riesgo generales:** Edad, sexo, escolaridad y composición genética.
- **Factores de riesgo conductuales:** Tabaquismo, régimen alimentario inadecuado e inactividad física.
- **Factores de riesgo intermediarios:** niveles de colesterol sérico, diabetes, hipertensión y obesidad.

### **b) En las comunidades**

- **Condiciones sociales y económicas:** pobreza, empleo y composición familiar.
- **Medio ambiente:** clima y contaminación del aire.
- **Cultura:** prácticas, normas y valores.
- **Urbanización:** su influencia en la vivienda, en el acceso a productos y servicios.

## **2.2.10 FACTORES DETERMINANTES CLAVE DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (34)**

**1) Enfermedades crónicas:** enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión, los distintos tipos de cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

### **2) Factores de riesgo biológicos**

**a. Modificables:** el exceso de peso y la obesidad; los niveles de colesterol elevados; la hiperglucemia; la hipertensión.

**b. No modificables:** la edad; el sexo; los factores genéticos; la pertenencia a una raza determinada.

**3) Factores de riesgo conductuales:** el consumo de tabaco, los regímenes alimentarios insalubres; la inactividad física, el consumo de alcohol.

**4) Factores determinantes ambientales:** Las condiciones sociales, económicas, políticas, como el ingreso, las

condiciones de vida y de trabajo, la infraestructura física, el ambiente, la educación, el acceso a los servicios de salud y los medicamentos esenciales.

**5) Influencia del entorno internacional:** la globalización, la urbanización, la tecnología, las migraciones.

#### **2.2.11 ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**

Es la manera general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características personales.<sup>2</sup>

Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones de situaciones sociales. Estas pautas desarrolladas y utilizadas por el grupo como un mecanismo para afrontar los problemas de la vida.

---

<sup>2</sup> Definición de acuerdo con el Glosario de Promoción de Estilos de Vida Saludables por Don Nutbeam por encargo de la Organización Mundial de la Salud - OMS

### **2.2.12 PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.<sup>3</sup> (35)

Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. (35)

La Carta de Ottawa identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son:

---

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud: Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos.

- 1) La abogacía por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas.
- 2) Facilitar que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud.
- 3) Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud: (35)

- Establecer una política pública saludable
- Crear entornos que apoyen la salud
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud
- Desarrollar las habilidades personales, y
- Reorientar los servicios sanitarios

La promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques

públicos para la actividad física de las personas y su convivencia. (36)

#### **a) Características de la promoción de la salud**

- **Se basa en la población:** porque considera la salud de toda la población, es decir, de todas las personas que comparten el lugar, como un municipio o una región, o la experiencia de ser jóvenes o pobres, o está expuesta a un determinado riesgo.
- **Es participativa:** porque implica la colaboración de todos los interesados directos de la comunidad en la selección, la planificación, la ejecución, la evaluación y el mantenimiento de las intervenciones, las políticas y las condiciones que fomentan la salud.
- **Es intersectorial:** porque hace participar a todos los sectores o partes de la comunidad ciudadanos individuales, empresas, instituciones gubernamentales, comunidades de fe y organizaciones no gubernamentales como las que prestan servicios sociales y de salud, organizaciones

sociales y culturales, etc. en la realización de cambios que fomenten la salud en sus programas, políticas y prácticas.

- **Es sensible al contexto:** porque tiene en cuenta todos los aspectos pertinentes del lugar y el tiempo, incluyendo la historia, la información demográfica, la experiencia anterior, la geografía, la cultura, la política, la economía, la estructura social y otros factores importantes.
- **Opera en múltiples niveles:** porque opera en muchos niveles diferentes del individuo y las relaciones, de la organización, de la comunidad y del sistema más amplio para alcanzar las metas de salud de la población. (36)

### **2.2.13 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de

riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. (29)

#### **a) Tipos de prevención**

- **La prevención primaria:** dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.
- **La prevención secundaria y terciaria:** tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

#### **2.2.14 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES**

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este

contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo. (37)

#### **2.2.15 MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER**

##### **a) Fuentes Teóricas para el desarrollo de la Teoría**

Las bases que Nola Pender poseía en Enfermería, en desarrollo humano, en psicología experimental y en educación la llevaron a utilizar una perspectiva holística y psicosocial de la Enfermería, y al aprendizaje de la teoría como bases para el Modelo de Promoción de la Salud. El MPS integra diversas teorías.

##### **b) Pruebas Empíricas**

El Modelo de Promoción de la Salud sirvió como marco para la investigación destinada a predecir

sistemas de promoción de salud globales y conductas específicas, como el ejercicio físico y el uso de protección auditiva. Pender ha desarrollado un programa de investigación financiado por el National Institute of Nursing Research para evaluar el MPS en cuatro poblaciones: a) adultos trabajadores; b) adultos mayores que viven en la comunidad; c) pacientes ambulatorio; d) pacientes en rehabilitación cardíaca. Estos estudios demostraron la validez del MPS y se añade a este modelo tres nuevas variables que influyen en el individuo para que este se comprometa en conductas de promoción de la salud.

- 1) El afecto relacionado con la actividad
- 2) El compromiso por un plan de acción
- 3) Las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas

### **c) Conceptos principales y definiciones**

El Modelo de Promoción de la Salud identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud.

Perfil del estilo de vida del promotor de la salud: su objetivo es valorar el estilo de vida promotor de la salud.

Balanzas de beneficios - barreras del ejercicio físico: sirve para calibrar los factores cognitivos y perceptivos de los beneficios percibidos y de las barreras percibidas para el ejercicio físico.

### **d) Metaparadigmas desarrollados en la teoría**

- **Persona:** Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad.

Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.

- **Cuidado o Enfermería:** El bienestar como especialidad de la Enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales cuidados y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.
- **Salud:** Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por la características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para acción.
- **Entorno:** Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo

transformados a lo largo del tiempo. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida. La reconfiguración iniciada por un mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta. (38)

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

### 2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **ADULTO:** Es aquel individuo, hombre o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos; económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras.
- **ETAPA DE VIDA ADULTO:** Es el ciclo vital del ser humano constituido por varones y mujeres comprendidos desde los 30 hasta los 59 años de edad.
- **ACTIVIDAD FÍSICA:** cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas.
- **INACTIVIDAD FÍSICA:** Actividad física escasa o nula en el trabajo, en las tareas domésticas, en el tiempo de ocio y en el desplazamiento de un lugar a otro.

- **SEDENTARISMO:** Poca agitación o movimiento. Es un tipo de vida que implica la ausencia de ejercicio físico habitual o que tiende a la ausencia de movimiento.
- **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):** es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).
- **OBESIDAD:** es la acumulación anormal o excesiva de grasa corporal, que puede ser perjudicial para la salud. Se considera que pertenecen a esta categoría todas aquellas personas con IMC igual o superior a 30.
- **SOBREPESO:** Se considera que pertenecen a esta categoría todas aquellas personas con IMC entre 25 y 29.9  $\text{kg}/\text{m}^2$ . Son personas en riesgo de desarrollar obesidad.
- **ALCOHOL:** El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos.
- **CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL:** consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en

general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales.

- **TABAQUISMO:** Es una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central. Es una de las drogas más adictivas, aún más que la cocaína y la heroína.
- **MALNUTRICIÓN:** es la carencia, exceso o desequilibrio en la ingesta de energía, proteínas y/u otros nutrientes.

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo con dos variables. Se dice de tipo cuantitativo porque son datos que provienen de un cálculo y contribuyen a conocer los hechos a identificar cuáles son los factores importantes que deben ser medidos.

El diseño de investigación se enmarca en la modalidad descriptiva por considerarse el más apropiado a la naturaleza del problema y correlacional por la relación entre las dos variables.

De corte transversal porque los datos fueron recolectados en un momento dado y grupo determinado.

## **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.2.1 POBLACIÓN**

El distrito de Pocollay está constituido por 50 Zonas de distinto tipo de vivienda entre Asociaciones de Vivienda, Junta de Compradores, Urbanizaciones, entre otras. (ver ANEXO N° 06)

#### **Asociación de Vivienda “Vista Alegre”**

Dentro de las Zonas Residenciales se encuentra La Asoc. de Vivienda “Vista Alegre”, conformada por 189 lotes distribuidos en 12 manzanas respectivamente. (ver ANEXO N° 07 y 08)

#### **Censo**

Se realizó un censo rápido de todas las viviendas, visitando las casas y utilizando los datos personales de los pobladores que fueron proporcionados por el Presidente de la Asociación; a su vez se utilizó la información provista por el Centro de Salud de Pocollay, obteniendo en total una población de 310 adultos de 30 a 59 años.

### 3.2.2 MUESTRA

La muestra estuvo representada por 91 adultos, que cumplían los criterios de inclusión.

**Muestreo:** Se realizó el muestreo no probabilístico por conveniencia.

A continuación se describen los siguientes criterios de inclusión y exclusión considerados:

#### **Criterios de Inclusión**

- Adultos que habiten en las viviendas de la jurisdicción de la Asoc. Vista Alegre de Pocollay.
- Adultos de sexo femenino y masculino cuyas edades oscilen entre los 30 y 59 años de edad que acepten participar de la investigación.

#### **Criterios de exclusión**

- Mujeres embarazadas.
- Mujeres que se encuentren en la Etapa de Puerperio

- Adultos que presenten alguna discapacidad mental o física que no le permita llevar a cabo la entrevista y sobre todo las mediciones correspondientes.
- Adultos que se nieguen a participar de la investigación.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se utilizó es la entrevista, y como instrumento el cuestionario el cual se aplicó en forma personal a cada adulto; por parte de la investigadora.

El instrumento fue diseñado de acuerdo a las dimensiones e indicadores de la Operacionalización de variables y lleva como título: “Factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas No transmisibles en adultos”. Consta de las siguientes partes:

#### **1<sup>era</sup> PARTE: Factores de riesgo biológicos no modificables**

Destinada a valorar los factores de riesgo biológicos no modificables de las ECNT tales como: edad, sexo y herencia (antecedentes familiares de ECNT). A su vez se tomaron en cuenta algunos datos sociodemográficos como: nivel de instrucción, estado civil y ocupación.

## **2<sup>da</sup> PARTE: Factores de riesgo biológicos modificables**

Se encuentra la valoración de mediciones físicas, para identificar de los factores de riesgo biológicos modificables como: el exceso de peso, obesidad; la hipertensión.

- a) **Peso:** Para la medición del peso fue empleada una balanza electrónica ubicada sobre una superficie plana, horizontal como el piso, los participantes debían pararse frente a la pantalla de la balanza, en su centro, erguidos, con los talones juntos y las puntas de los pies separadas, los brazos a los lados y el mentón paralelo al suelo. Previamente se verificaba que la persona no tuviera exceso de ropa para no sobreestimar el peso.
  
- b) **Talla:** La medición de la talla se realizó con tallímetros de 2 metros de longitud fijados con cinta adhesiva en superficies perpendiculares al piso, como paredes o puertas, solicitando al participante ubicarse de pie sin zapatos con su cuerpo pegado al tallímetro y las manos a cada lado del cuerpo.

**c) Perímetro de cintura (Perímetro abdominal) y cadera:** Para la medición del perímetro de cintura y cadera los participantes permanecieron de pie, con los pies juntos y las manos a cada lado del cuerpo. Se empleó cinta métrica de plástico de 2cm de ancho graduada en centímetros, ubicada directamente sobre la piel del participante en el punto intermedio entre la última costilla y la cresta iliaca para medir el perímetro de la cintura y en la parte más prominente de los glúteos para evaluar el perímetro de la cadera. Estas mediciones se realizaron tres veces y el valor asignado a cada participante correspondió al promedio.

Se emplearon los siguientes puntos de corte en la medición del perímetro abdominal para establecer la prevalencia de obesidad abdominal y clasificar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y alteraciones metabólicas relacionadas con obesidad, según la medida de la cintura, por sexo:

	Hombres	Mujeres
Obesidad abdominal	: < 94 cm	< 80 cm
Riesgo alto	: 94 -101cm	80-87cm
Riesgo muy alto	: ≥ 102 cm	≥ 88 cm

Se calculó la relación cintura/cadera para determinar la obesidad central y se categorizó teniendo en cuenta los siguientes puntos de corte:

	Hombres	Mujeres
Obesidad central	: > 1	> 0,85

**d) Presión Arterial:** La medición de presión arterial se realizó empleando el monitor automático marca CITIZEN®. Para establecer la alteración de la PA se tuvieron en cuenta los siguientes puntos de corte:

Normal	: < 120/ < 80 mmHg
Pre hipertensión	: 120 -139/ 80-89 mmHg
Hipertensión estadio 1	: 140 - 159/ 90-99 mmHg
Hipertensión estadio 2	: ≥160/ ≥100 mmHg

**e) Índice Masa Corporal:** El cálculo del IMC se realizó con base en mediciones de la talla y el peso en la población adulta de estudio, empleando la siguiente fórmula:  $IMC = Kg/ m^2$ , valor categorizado de la siguiente manera:

Normal	: 18,50 - 24,99 Kg/m <sup>2</sup>
Sobrepeso	: 25,00 - 29,99 Kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado I	: 30,00 - 34,99 Kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado II	: 35,00 - 39,99 Kg/m <sup>2</sup>
Obesidad grado III	: ≥ 40,00 Kg/m <sup>2</sup>

### **3<sup>era</sup> PARTE: Factores de riesgo conductuales**

Indaga sobre los factores de riesgo conductuales:

- a) Sedentarismo y/o Inactividad física:** Para esta valoración se tomaron en cuenta ítems del Cuestionario Mundial de Actividad Física (GPAQ, por sus siglas en inglés) para evaluar la frecuencia (n° de días), duración (tiempo de dedicación diario) e intensidad (vigorosa o moderada) de la realización semanal de actividad física en 3 dominios: trabajo, tiempo libre y desplazamiento. Para establecer la actividad física total y el nivel de actividad física de cada participante se calcularon equivalentes metabólicos por minuto en una semana (MET, por sus siglas en inglés); para esto, los minutos semanales de AF vigorosa se multiplicaron por 8 MET y los minutos de AF moderada y desplazamientos se multiplicaron por 4 MET (por

definición, los desplazamientos son considerados como actividad física de intensidad moderada). La actividad física de la población encuestada se describió empleando indicadores continuos (MET-minutos/semana y minutos/semana) y categóricos empleando los siguientes puntos de corte para establecer el nivel de AF.

- Activa (Alto): Participantes que cumplen con los siguientes criterios:
  - ✓ Actividad con intensidad vigorosa en al menos tres días alcanzando un mínimo de 1.500 MET min/sem.
  - ✓ 7 o más días de actividad física en cualquier dominio e intensidad alcanzando un mínimo de 3.000 MET min/sem.
  
- Insuficiente (Moderado): Participante que no alcance los criterios del nivel alto, pero que logre cualquiera de los siguientes tres criterios:
  - ✓ 3 o más días de AF con intensidad vigorosa de al menos 20 minutos diarios.

- ✓ 5 o más días de AF con intensidad moderada de al menos 30 minutos diarios.
- ✓ 5 o más días de AF de cualquier intensidad y dominio, alcanzando un mínimo de 600 MET min/sem.
- Bajo (Sedentario): Participante que no cumpla con los criterios expuestos en los niveles de AF activa e insuficiente.

**b) Régimen alimentario Inadecuado:** Para valorar este factor se realizó un mini test de alimentación que estuvo constituido por 14 ítems basados en la escala de Lickert bajo las alternativas de Siempre, Frecuentemente, A veces, Rara vez y Nunca con puntuaciones diferentes de acuerdo a cada ítem asignando valores del 0 al 4 de manera ascendente o descendente; considerándose:

- Alimentación adecuada : 38 – 56
- Alimentación medianamente adecuada: 20 – 37
- Alimentación inadecuada : 0 - 19

Dentro de este minitest se preguntó por el consumo de frutas y de verduras en una semana normal (nº de días de consumo y porciones diarias consumidas). Para establecer la conducta de riesgo se tuvo en cuenta la recomendación actual de consumo diario de al menos 5 porciones de frutas o verduras.

**c) Estrés:** Para determinar los niveles de estrés de cada participante se aplicó el test de estrés denominado “en el último mes” en el que se incluyó 10 ítems basados en la escala de Lickert, bajo las alternativas de Siempre, Frecuentemente, A veces, Rara vez y Nunca; cuya puntuación fue:

- Estrés Normal : 0 - 13
- Estrés moderado : 14 - 27
- Estrés severo : 28 – 40

**d) Consumo de Bebidas Alcohólicas:** El consumo de alcohol se estableció de acuerdo con la periodicidad (en el último año y último mes) y el nº de tragos consumidos. Los participantes fueron clasificados como:

- Consumidor/a actual:
  - ✓ Consumidor Excesivo
  - ✓ Consumo alto : >30 tragos en el último mes
  - ✓ Consumidor moderado : 1 - 30 tragos en el último mes
- Ex Consumidor/a: ausencia de consumo de bebida en los últimos 12 meses
- Nunca tomó

**e) Consumo de Tabaco:** Se indagó por el consumo actual y el consumo diario, edad de inicio de consumo, tiempo de abandono del consumo diario y conocimiento sobre el daño que causa el hábito nocivo de fumar. Por ello los participantes fueron clasificados como:

- Fumador/a actual : diario ( $\geq 1$  cigarrillo al día) + ocasional
- Ex Fumador/a : hace  $\geq$  de 6 meses
- Fumador(a) de primera intención
- Nunca fumó

#### **4<sup>ta</sup> PARTE: Enfermedades Crónicas No Transmisibles**

Consta de una pregunta cerrada sobre si tuvo, posee o no alguna de la siguientes Enfermedades:

- a) Enfermedad Cardiovascular
- b) Cáncer
- c) Enfermedad Respiratoria Crónica
- d) Diabetes Mellitus

El instrumento fue sometido a validez de contenido a través del juicio de 4 expertos entre ellos, (01) enfermera especialista en Enfermería en Salud Comunitaria y en áreas de investigación, (01) Profesional de enfermería encargada de la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del C.S de Pocollay, (01) Lic. En Nutrición del C.S de Pocollay y (01) estadístico, quienes proporcionaron sus aportes en la lista de cotejo para juicio de expertos.

A su vez se aplicó la prueba piloto a 20 adultos de la Asoc. Virgen de las Mercedes, los cuales reunían características similares a la muestra de estudio, con los resultados obtenidos se realizó la validez y confiabilidad estadística del instrumento mediante la aplicación de la fórmula: “Coeficiente de alfa de Crombach”. Estos procedimientos permitieron realizar las correcciones y modificaciones pertinentes a los fines de la investigación.

### **3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Primero, se realizó los trámites administrativos con la Jefatura de la Escuela de Enfermería, para la ejecución del trabajo de investigación. En cuanto a la autorización para la recolección de datos en la Asociación de vivienda se realizaron las coordinaciones pertinentes con el Presidente de la Asoc. Vista Alegre del Distrito de Pocollay, Sr. Mario Severino Colque Gutierrez.

Segundo, por muestreo no probabilístico, visitando casa por casa, se seleccionó a 91 adultos que cumplían los criterios de inclusión para participar de la investigación siendo en total 91 adultos de 30 a 59 años a quienes se les realizó una entrevista estructurada.

Paso 1: De manera didáctica se aplicaron la 1<sup>era</sup>, 3<sup>ra</sup> y 4<sup>ta</sup> parte del instrumento. (8 minutos)

Paso 2: Posteriormente se tomaron las mediciones físicas de la 2<sup>da</sup> parte del cuestionario, donde se le peso, tallo, midió el perímetro de cintura (perímetro abdominal) y cadera, y por último se realizó la medición de la presión arterial. (10 minutos)

### 3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenidos los datos mediante el instrumento elaborado, se codificó la información de manera dicotómica para el análisis estadístico respectivo:

1. **Edad:** 50 años a más = 1; de 30 a 49 años = 0
2. **Sexo:** Femenino = 1; Masculino = 0
3. **Herencia Familiar de ECNT:** Sí = 1; NO = 0
4. **Hipertensión arterial (140 - 159/ 90-99 mmHg):** Sí = 1; NO = 0
5. **Obesidad (IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>):** Sí = 1; NO = 0
6. **Sedentarismo (< 600 MET – min/sem):** Sí = 1; NO = 0
7. **Régimen alimentario inadecuado (MINI-TEST DE ALIMENTACIÓN: < 20 puntos):** Sí = 1; NO = 0
8. **Estrés (MINI-TEST “EN EL ÚLTIMO MES”: > 14 puntos):** Sí = 1; NO = 0
9. **Consumo de alcohol:** Sí = 1; NO = 0
10. **Consumo de tabaco:** Sí = 1; NO = 0

Luego de ordenar la información, esta se vació en una base de datos en el programa Excel de Microsoft Windows 2010.

Posteriormente se elaboró la sintaxis en el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V. 21.0, realizándose el control de calidad y aplicación estadística.

Para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva (frecuencia absoluta, frecuencia relativa, simple y acumulada). Para el análisis bivariado entre los Factores de riesgo con las Enfermedades Crónicas No transmisibles, se calculó el estadístico Odds Ratio (Razón de oportunidades) (ver ANEXO N° 9) para identificar la condición de riesgo de los factores estudiados (variable independiente) en relación a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (variable dependiente), a su vez se obtuvo los intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y el grado de significancia  $p < 0,05$ .

La presentación de la información procesada se realizó mediante tablas estadísticas de una y doble entrada, utilizando números absolutos y porcentuales, se adjuntó una breve descripción de las mismas; a su vez complementándose con representaciones gráficas como figuras que especifican y mejoran la visualización de los resultados reflejados en las tablas, todo ello según los objetivos formulados.

Además se hizo uso de:

- Índice de consistencia interna Alfa de Cronbach: Para la confiabilidad del instrumento, como para la prueba de significancia mediante el Chi Cuadrado con independencia de criterios.
- Distancia de puntos múltiples (DPP), Distancia Máxima (Dmax): Para establecer el grado de adecuación de los instrumentos.

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 RESULTADOS**

Una vez realizada la recolección de datos se elaboraron las siguientes tablas y figuras estadísticas, a continuación se muestran una breve descripción de las mismas.

**TABLA N° 1**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES: EDAD >  
DE 50 AÑOS ASOCIADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA – 2014**

EVENTO	CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>		
	Enfermo		Aparentemente Sano		N°	%					
	N°	%	N°	%			N°	%			
EXPOSICIÓN	> 50 años	9	9,9%	19	20,9%	28	30,8%	3,257	1,099	9,646	0,028
	< 50 años	8	8,8%	55	60,4%	63	69,2%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

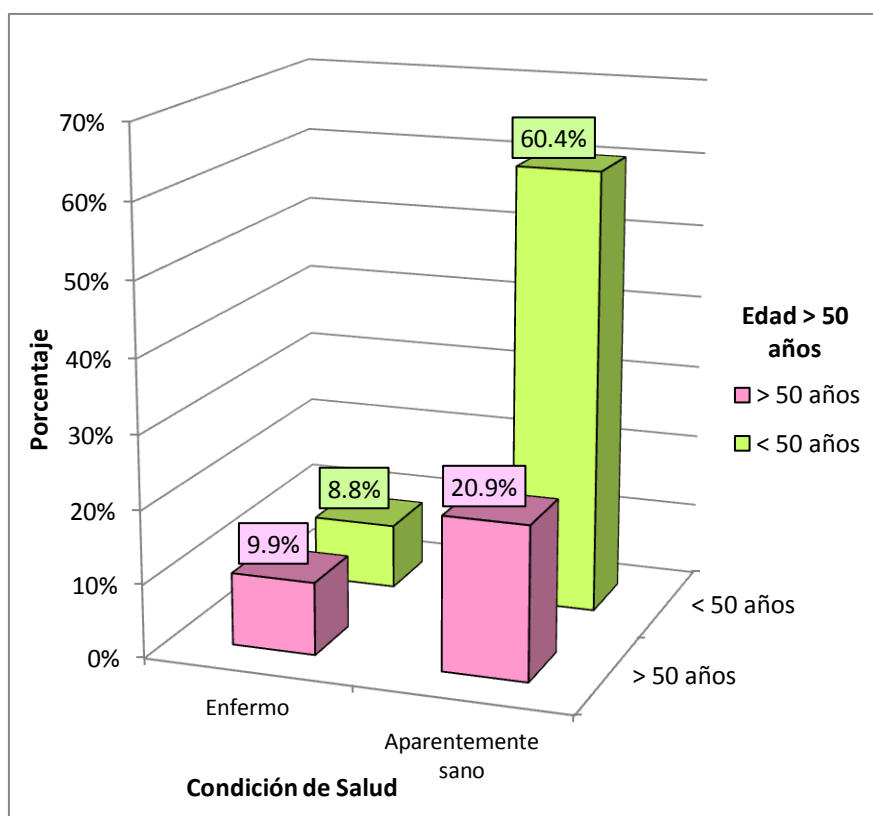
## DESCRIPCIÓN

En la Tabla N° 01, se aprecia que el 9,9% de los casos (enfermos) tienen una edad > de 50 años, lo que difiere sustancialmente del grupo control (aparentemente sanos) en el que este grupo etáreo representa el 20,9%.

Tras el análisis estadístico se determinó una asociación estadísticamente significativa en el grupo de personas mayores de 50 años con un OR=3,257; IC 95% 1,099 - 9,646;  $p=0,028$ , es decir los adultos encuestados que poseen más de 50 años tienen 3 veces más riesgo de sufrir alguna Enfermedad Crónica No Transmisible que aquellas menores de 50 años.

**FIGURA N° 1**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES: EDAD >  
DE 50 AÑOS ASOCIADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA – 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 2**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES:  
HERENCIA FAMILIAR ASOCIADA A ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS  
DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

EVENTO	CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>		
	Enfermo		Aparentemente Sano		N°	%					
	N°	%	N°	%							
EXPOSICIÓN					N°	%					
HERENCIA FAMILIAR	SÍ	13	14,3%	35	38,5%	48	52,7%	3,621	1,080	12,144	0,030
	NO	4	4,4%	39	42,9%	43	47,3%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

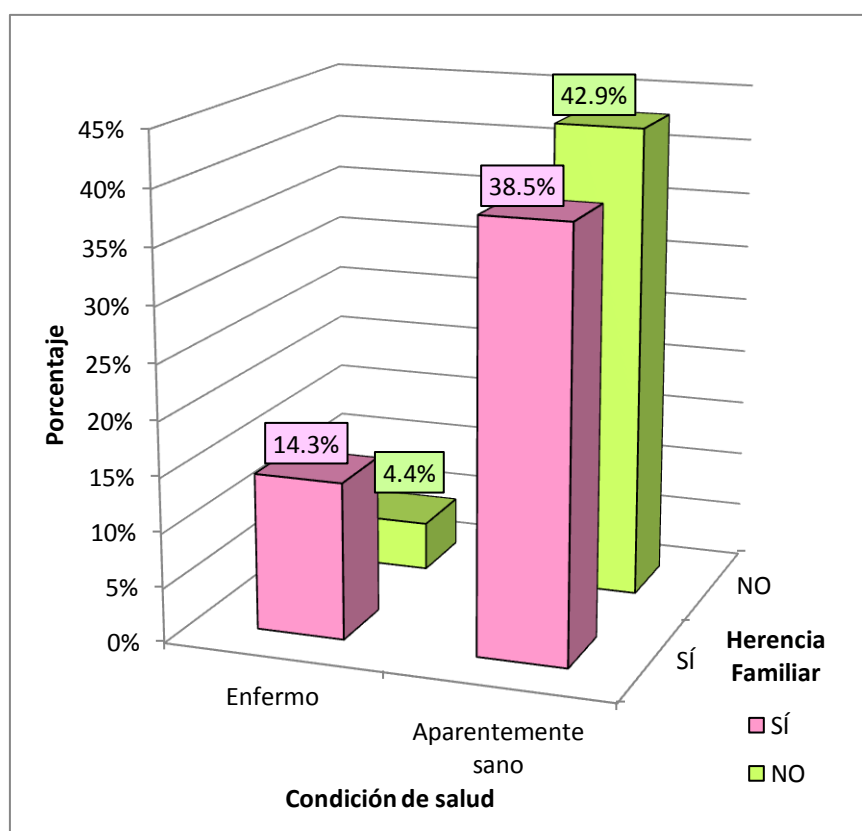
## **DESCRIPCIÓN**

En la Tabla N° 2, se observa que un 14,3% de los casos presentaron antecedentes familiares de enfermedades crónicas no transmisibles a diferencia del 38,5% presente en los controles.

Tras el análisis estadístico se evidencia que la presencia de antecedentes familiares presentan una asociación significativa con la ocurrencia de alguna ECNT con un OR=3,621; IC 95% 1,080 - 12,144;  $p=0,030$ , es decir que los adultos encuestados que presentan antecedentes familiares de parientes directos (abuelos, padre, madre, tíos, hermanos, etc.) tienen 3 veces más riesgo de padecer alguna enfermedad crónica no transmisible que aquellas que no tienen algún factor hereditario hacia estas enfermedades.

**FIGURA N° 2**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES:  
HERENCIA FAMILIAR ASOCIADA A ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS  
DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 3**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES:  
HIPERTENSIÓN ASOCIADA A ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS  
DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

EVENTO		CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>	
		Enfermo		Aparentemente Sano							
EXPOSICIÓN		N°	%	N°	%	N°	%				
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	SÍ	10	11,0%	19	20,9%	29	31,9%	4,135	1,380	12,395	0,008
	NO	7	7,7%	55	60,4%	62	68,1%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

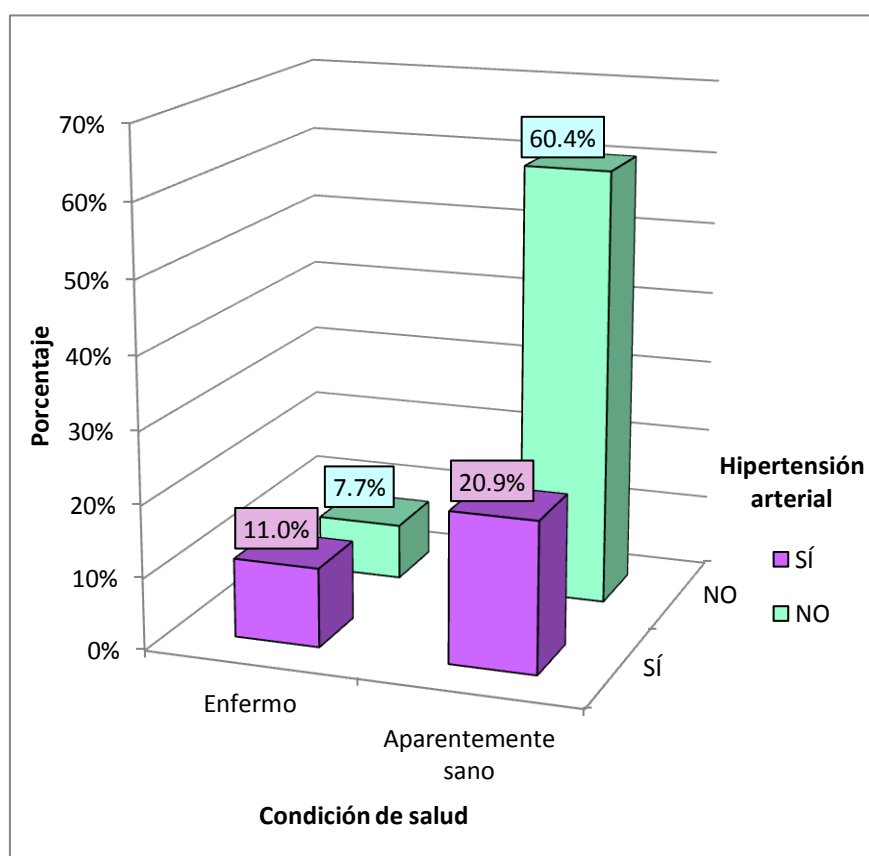
**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

## **DESCRIPCIÓN**

En la Tabla N° 03, se aprecia el 11,0% de los casos presenta hipertensión arterial mientras que un 20,9% en los controles presenta este factor. Luego del análisis estadístico se determinó que la hipertensión arterial presenta una asociación significativa con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, con un OR=4,135; IC 95% 1,380 - 12,395;  $p=0,008$ , es decir que los adultos que presentan Hipertensión Arterial tienen 4 veces más riesgo de sufrir una ECNT que aquellas que no tienen HTA.

**FIGURA N° 3**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES:  
HIPERTENSIÓN ASOCIADA A ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS  
DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA – 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 4**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES: OBESIDAD  
ASOCIADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA – 2014**

EVENTO		CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>	
		Enfermo		Aparentemente Sano							
EXPOSICIÓN		N°	%	N°	%	N°	%				
OBESIDAD	SÍ	11	12,1%	13	14,3%	24	26,4%	8,603	2,694	27,469	0,000
	NO	6	6,6%	61	67,0%	67	73,6%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

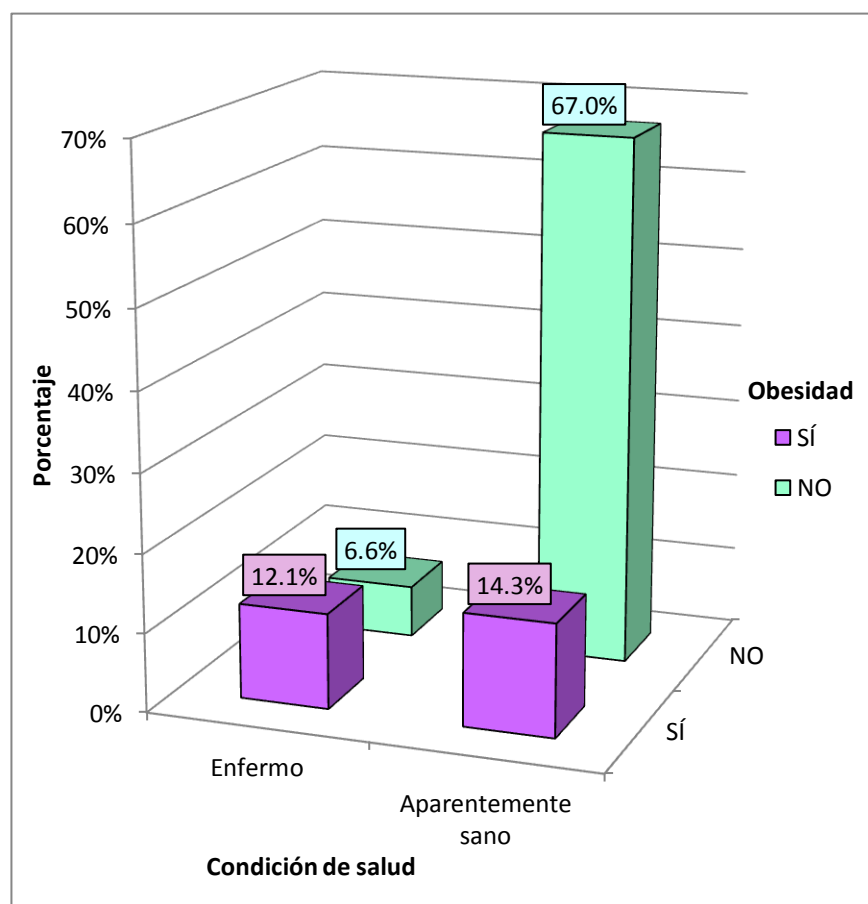
## **DESCRIPCIÓN**

En la Tabla N° 04, se observa que el 12,1% de los casos presenta obesidad similar al 14,3% del grupo de los controles.

Se demuestra a su vez que la obesidad presenta asociación estadística con la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles, con un OR=8,603; IC 95% 2,694 - 27,469;  $p=0,008$ , esto indica que los adultos que son obesos tienen 8 veces más riesgo de padecer una ECNT que aquellos que no han desarrollado Obesidad.

**FIGURA N° 4**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES: OBESIDAD  
ASOCIADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA – 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 5**

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES: SEDENTARISMO**

**ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO**

**TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA**

**ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,**

**POCOLLAY, TACNA - 2014**

EVENTO		CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>	
		Enfermo		Aparentemente Sano							
EXPOSICIÓN		N°	%	N°	%	N°	%				
<b>SEDENTARISMO</b>	<b>SÍ</b>	12	13,2%	28	30,8%	40	44,0%	<b>3,943</b>	<b>1,256</b>	<b>12,380</b>	<b>0,014</b>
	<b>NO</b>	5	5,5%	46	50,5%	51	56,0%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

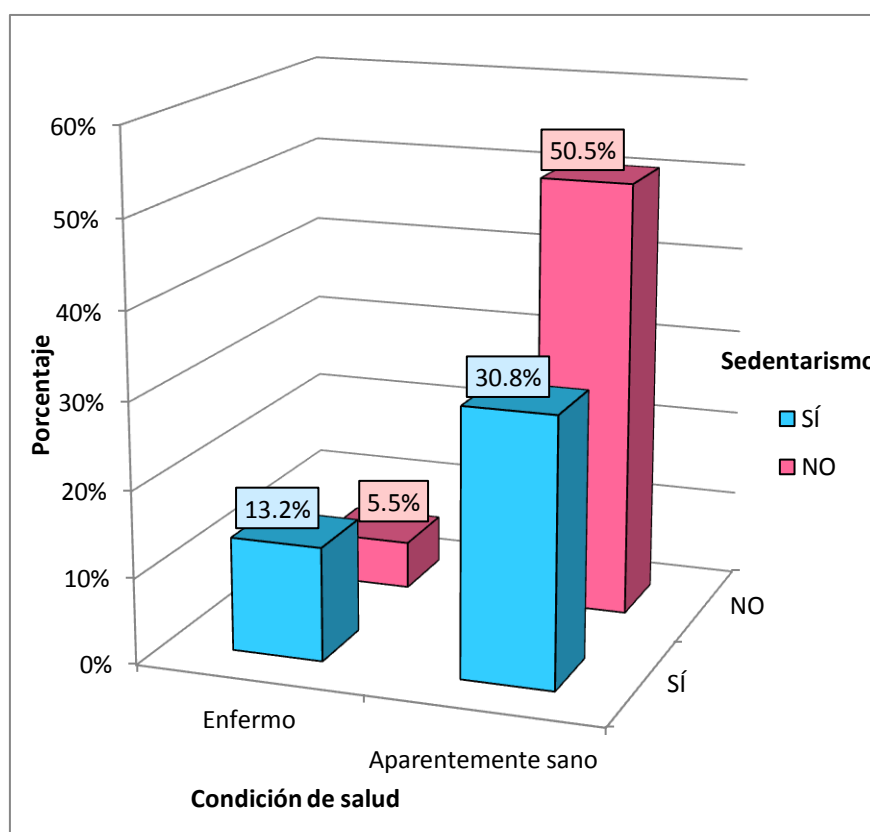
## **DESCRIPCIÓN**

La Tabla N° 05, muestra que el 13,2% del grupo de casos es sedentario frente a un 30,8% en el grupo de los controles.

Tras el análisis estadístico se determina que esta variable presente asociación significativa con la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, con un OR=3,943; IC 95% 1,256 - 12,380; p=0,014 es decir, que los adultos sedentarios tienen 3 veces más riesgo de presentar alguna ECNT que aquellos adultos que no poseen entrevistados un Nivel de Actividad Física adecuado.

**FIGURA N° 5**

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES: SEDENTARISMO  
ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA  
ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 6**

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES: RÉGIMEN ALIMENTARIO  
INADECUADO ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA – 2014**

EXPOSICIÓN	EVENTO	CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>	
		Enfermo		Aparentemente Sano		N°	%				
		N°	%	N°	%						
RÉGIMEN ALIMENTARIO INADECUADO	SÍ	14	15,4%	30	33,0%	44	48,4%	6,844	1,809	25,892	0,002
	NO	3	3,3%	44	48,4%	47	51,6%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

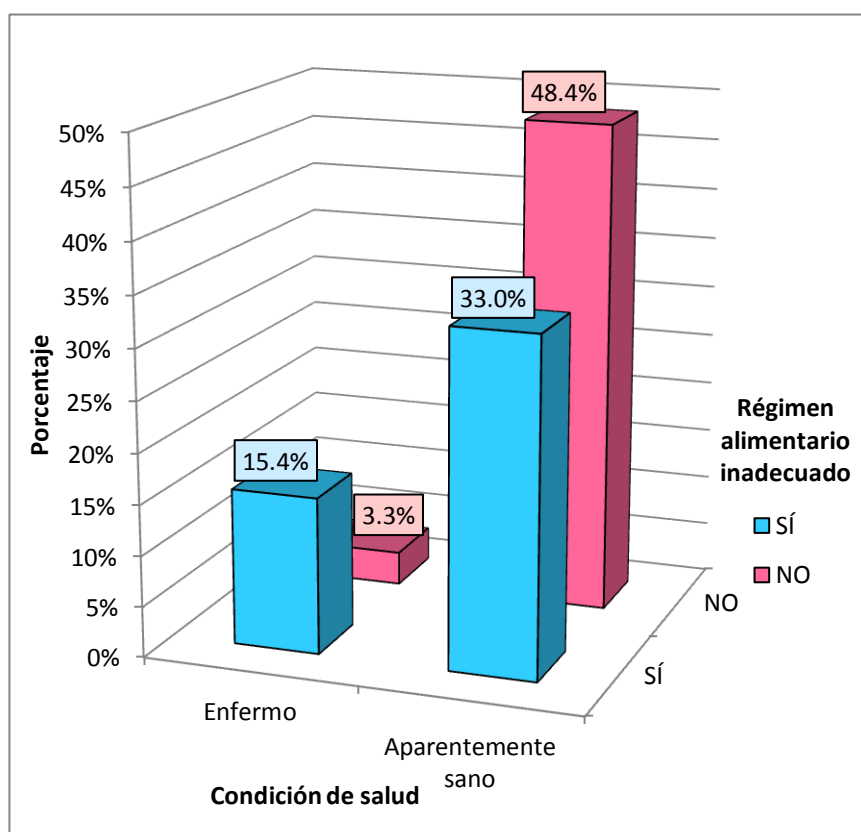
## **DESCRIPCIÓN**

En la Tabla N° 06, se observa el 15,4% de los casos presenta régimen alimentario inadecuado la mitad del 33,0% que representa el grupo de los controles.

Tras el análisis estadístico se demuestra que un régimen alimentario inadecuado posee una asociación significativa con las enfermedades crónicas no transmisibles representado por un OR=6,844; IC 95% 1,809 - 25,892;  $p=0,002$ , es decir que los adultos con un Régimen alimentario Inadecuado presentan 6 veces más riesgo de desarrollar alguna ECNT que aquellos adultos que no presentan este Régimen Alimentario.

FIGURA N° 6

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES: RÉGIMEN ALIMENTARIO  
INADECUADO ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA – 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 7**

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES: CONSUMO DE ALCOHOL  
ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA – 2014**

EVENTO		CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>	
		Enfermo		Aparentemente Sano							
EXPOSICIÓN		N°	%	N°	%	N°	%				
CONSUMO DE ALCOHOL	SÍ	8	8,8%	8	8,8%	16	17,6%	7,333	2,204	24,402	0,000
	NO	9	9,9%	66	72,5%	75	82,4%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

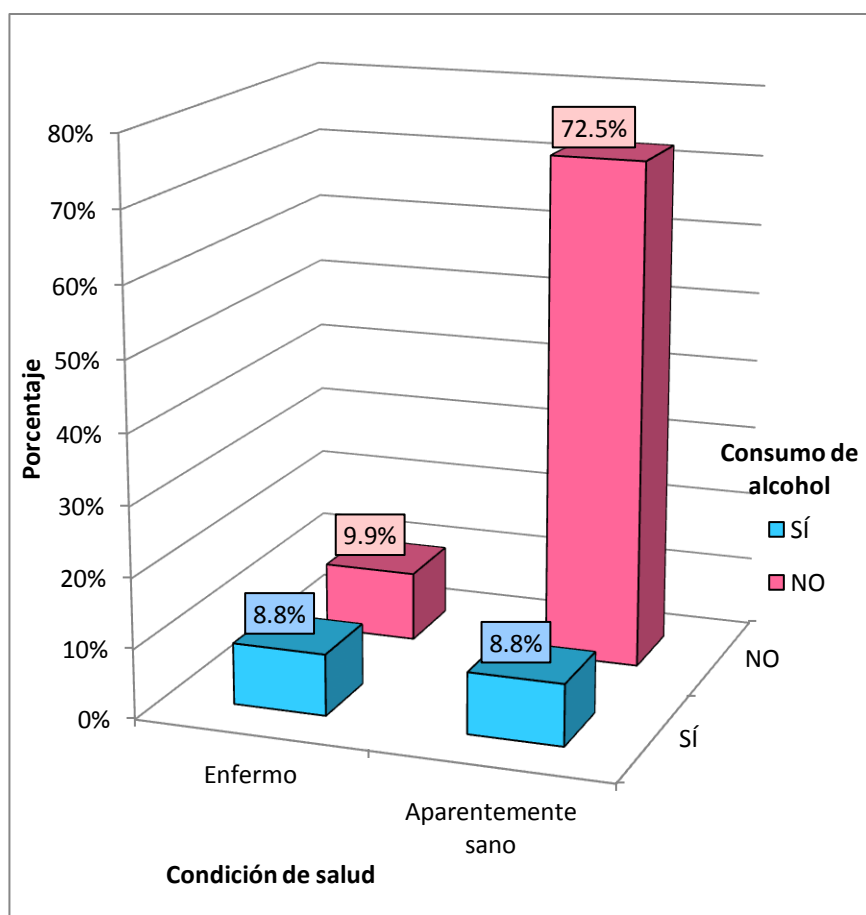
## **DESCRIPCIÓN**

En la Tabla N° 07, se aprecia que en el grupo de casos como en los controles el consumo de alcohol se presenta con un 8,8%.

Luego del análisis estadístico se estableció asociación significativa entre el consumo de alcohol y la ocurrencia de enfermedades crónicas no transmisibles con un  $OR=7,333$ ; IC 95% 2,204 - 24,402;  $p=0,000$ , es decir que los adultos entrevistados que poseen el hábito de Consumo de Alcohol tienen 7 veces más riesgo de sufrir un Enfermedad Crónica No Transmisible en comparación de las personas que no practican este hábito.

**FIGURA N° 7**

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES: CONSUMO DE ALCOHOL  
ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA – 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

## 4.2 DISCUSIÓN

El ascenso rápido de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representa un principal reto de salud para el desarrollo mundial. Mientras la amenaza de las ECNT en los países desarrollados ha ido largamente reconocida, el predominio de estas enfermedades en los países en desarrollo es de inquietud creciente. Al mismo tiempo, estas afecciones son en gran parte prevenibles. Existen evidencias probadas de que es posible evitar las defunciones prematuras por enfermedades crónicas, identifican e interviniendo en los factores de riesgo.

Los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles determinados en el presente estudio fueron: edad > 50 años, herencia familiar de ECNT, la hipertensión arterial, la obesidad, el sedentarismo, un régimen alimentario inadecuado y el consumo de alcohol.

En la Tabla N° 01, la edad > a 50 años se presenta una asociación estadística significativa como factor de riesgo biológico no modificable para Enfermedades Crónicas No Transmisibles, (OR=3,257; IC 95% 1,099 - 9,646; p=0,028), las personas mayores

de 50 años tienen 3 veces más riesgo de sufrir alguna ECNT que aquellas menores de 50 años.

Por consiguiente se reconoce plenamente lo que afirman, Bornaz G, Cáceres O, Bornaz S. (2006). Las personas mayores de 50 años tuvieron una prevalencia de HTA de 37,6%, (OR=2,19, IC 95% 1,34 a 3,82) superior a la encontrada en las personas de 30 a 49 años. (22)

También afirman, Bornaz G, Cáceres O, Bornaz S. (2006), que la prevalencia de HTA en mujeres mayores de 50 años tiende a igualarse con la de los hombres, posiblemente debido a que después de la menopausia se observó una asociación estadísticamente significativa entre HTA y los antecedentes familiares de HTA independiente de las demás variables, lo que confirma el posible componente genético de esta afección. No obstante afirma que esta asociación podría deberse a otros factores subyacentes que sólo se manifiestan al combinarse con determinadas circunstancias extrínsecas, como el sedentarismo y la alimentación inadecuada. (22)

Según DECODE (2003), la prevalencia de la Diabetes aumenta con la edad. Es inferior al 10% en personas menores de 60 años y entre el 10% al 20% entre los de 60 a 79 años de edad. (14)

Igualmente Szoke E, Sharayyef MZ, Messing S, Woerle HJ, Van Haeften TW, Meyer C, et al. (2008), en su estudio “El efecto del envejecimiento en la homeostasis de la glucosa”, señalan que la edad es un claro factor de riesgo para la diabetes. Si bien se puede inferir que la exposición a factores de riesgo para la diabetes (relacionados con estilos de vida como la dieta y la actividad física) se incrementa (y acumula) con la edad, aseguran que la secreción de insulina disminuye a una tasa aproximada de 0,7% al año. A su vez afirman que ello tal vez explique el incremento en los valores promedio de glucosa con la edad. (39)

En Tabla N° 2, observamos que en cuanto a los Antecedentes Familiares de enfermedades crónicas no transmisibles, las personas que presentan antecedentes familiares de parientes directos (abuelos, padre, madre, tíos, hermanos, etc.) tienen 3 veces más riesgo de padecer alguna Enfermedad Crónica No Transmisible que aquellas que no tienen algún factor hereditario

hacia estas enfermedades. (OR=3,621; IC 95% 1,080 - 12,144; p=0,030).

Estos hallazgos se encuentran relacionados con los resultados de Espinoza Gómez F, Ceja Espíritu G, Trujillo Hernández B, Uribe Araiza T, Abarca de Hoyos P, Flores Vázquez DP. (2004), México. Donde los antecedentes familiares de HTA mostraron asociación con la HTA (OR=2,16; IC 95% 1,21 - 3,188; p=0,009). (13)

Esto guarda relación con los resultados de la investigación de Rojas Ramos O. (2006), denominada “Hipertensión arterial prevalencia y factores de riesgo en el Hospital universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar”, en el cual más de la mitad (73%) de los pacientes hipertensos refirieron tener antecedentes familiares de hipertensión arterial, siendo la madre el familiar más afectado por la enfermedad (42,21%). (15)

De acuerdo a lo publicado por EHRICA (2003), el papel de enfermería en la prevención, detección y tratamiento de la hipertensión arterial, así como de todos los factores de riesgo cardiovascular es cada día más activo y relevante, ya que nuestro

trabajo no debe limitarse a la simple toma de la presión arterial, sino que participamos en el diagnóstico del paciente hipertenso, en el abordaje multifactorial, en la anamnesis de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico y en la educación sanitaria para modificar los hábitos del estilo de vida. (40)

En la Tabla N° 3, sobre la Hipertensión arterial como factor de riesgo biológico modificable, los adultos que presentan Hipertensión Arterial tienen 4 veces más riesgo de sufrir una Enfermedad Crónica No Transmisible que aquellas que no tienen HTA, (OR=4,35; IC 95% 1,380 – 12,395; p=0,008).

Lo que muestra concordancia con resultados de Escobedo de la Peña J, Buitrón Granados LV, Ramírez Martínez JC, Chavira Mejía R, Sachargrodsky H, Marcet Champagne B (2011), en su estudio “Diabetes en México. Estudio CARMELA”, donde se observa que los sujetos con Hipertensión arterial tienen 48% de exceso de riesgo de tener diabetes (RP=1,48; IC 95%= 1,01 – 1,26). (16)

El Grupo ENSA de México (2000) (47), en su estudio los resultados hallados se asemejan a los del presente trabajo de

investigación, la Encuesta Sanitaria Nacional de Salud (ENSA) realizada en el año 2000 en México confirma que la prevalencia de diabetes en la población hipertensa fue del 16,4%, mientras que en la población no hipertensa fue del 8,2%. Así, el ser hipertenso, representó un riesgo de ser diabético 2 veces mayor. Por otra parte, de toda la población diabética el 46,2% fue hipertenso, mientras que, de toda la población no diabética, la prevalencia de HTA fue de 28,1%. Lo anterior representó un riesgo de ser hipertenso de 1,6 veces más cuando se es diabético. (41)

A su vez estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Villar F, Banegas JR, Donado JM y Rodríguez Artalejos F (2004) (48), existe una relación gradual entre las cifras de presión arterial (sistólica > diastólica) con la mortalidad total y cardiovascular. El descenso efectivo de las cifras de presión arterial reduce la forma clara la incidencia de episodios cardiovasculares, sobre todo de las enfermedades cardiovasculares y sobre todo de la enfermedad cerebrovascular. La prevalencia de la hipertensión arterial en la población adulta española es aproximadamente el 45% y aumenta hasta más del 70% para la población mayor de 65 años. Se estima que la HTA está relacionada con el 25,5% de la

mortalidad total, el 42% de las muertes por cardiopatía isquémica y el 46% de las enfermedades cerebrovasculares. (42)

Según Long B. (1998) (49), las principales estrategias de enfermería en el cuidado de una persona con hipertensión arterial son la educación y asesoría. Por consiguiente el profesional de enfermería debe dirigir su intervención al paciente diabético teniendo en cuenta que éste tiene alta probabilidad de padecer y/o ya estar afrontando actualmente un cuadro de Pre hipertensión, por ello es muy importante incidir en el control de la presión arterial constante en estos pacientes y así mantener los parámetros normales de PA para retrasar o atenuar las complicaciones que pueden aparecer. (43)

En la Tabla N° 4, en cuanto a la Obesidad como factor de riesgo biológico modificable, los adultos que son obesos tienen 8 veces más riesgo de padecer una Enfermedad Crónica no Transmisible que aquellas que no han desarrollado Obesidad, (OR=8,603; IC 95% 2,694 – 27,469; p=0,000).

Este resultado es similar al obtenido en el estudio de Bornaz G., Cáceres O. Y Bornaz S. (2006), donde se encontró que la

obesidad muestra una asociación significativa con la HTA (OR=1,87; IC 95% 1,06 – 3,32; p=0,030). (22)

Según Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, et al., en su estudio de cohorte realizado en mujeres (n 84 991) con un seguimiento medio de 16 años concluyó que el factor de riesgo más importante para la Diabetes Mellitus tipo 2 era el IMC elevado. El riesgo relativo (RR) para mujeres con un IMC 23-24,9 era 2,67; IMC 25-29,9, RR 7,59; IMC 30-34,9, RR 20,1; IMC > 35, RR 38,8). (17)

Asimismo, Bornaz G., Cáceres O. Y Bornaz S. (2006) (25), en total 89 personas (35,6%) tenían sobrepeso (IMC > 27,3), el sobrepeso mostro una asociación muy significativa con la HTA, particularmente en mujeres. (22)

Al igual el Grupo ENSA de México (2000) (47), en sus resultados halló que la prevalencia de obesidad ponderada para la distribución poblacional y género fue del 24,4%. De éstos, el 46,8% registró hipertensión arterial al momento de la encuesta. Mientras que, la prevalencia de hipertensión arterial en la población no obesa fue del 24,6%. Lo anterior representó un riesgo de

aproximadamente 2,6 veces más de ser hipertenso si se es obeso.  
(41)

En la Tabla N° 5, los adultos entrevistados con un Nivel de Actividad Física Sedentaria tienen 3 veces más riesgo de presentar alguna Enfermedad Crónica No Transmisible que aquellos adultos que no son Sedentarios, (OR=3,943; IC 95% 1,256 – 12,380; p=0,014).

Resultados que se asemejan con los hallazgos del estudio de Espinoza Gómez F, Ceja Espíritu G, Trujillo Hernández B, Uribe Araiza T, Abarca de Hoyos P, Flores Vázquez DP. (2004), México, donde resaltan la interacción encontrada entre el sedentarismo con relación a la HTA, (OR=3,50; IC 95% 1,50 – 7,88; p=0,003).

Según Kilvington (1999), afirma que el 80% de los enfermos de asma experimentan un empeoramiento de los síntomas, a causa del ejercicio. El Asma Inducido por el Ejercicio (AIE) se manifiesta cuando se produce una constricción de la vía aérea, provocada durante o después del ejercicio. Se realizaron diferentes estudios que demostraban que la duración del ejercicio era un factor determinante en la función pulmonar del asmático. Así, un

ejercicio intenso de 1 a 2 minutos, producía una broncodilatación (ANDERSON, 1975; citado por KILVINGTON, 1999); mientras que un ejercicio de seis a doce minutos de duración, producía una broncoconstricción, que aparecía en los 10 minutos siguientes al ejercicio (SHAPIRO, 1984; citado por KILVINGTON, 1999). Algunas veces esta reacción se mostraba de forma tardía pasadas varias horas de la finalización del ejercicio.

Debido a estos hallazgos a mediados del presente siglo, se empieza a creer que la hiperventilación post-ejercicio es el desencadenante del llamado Asma Inducido por el Ejercicio (AIE).

La realización de determinadas actividades físicas es beneficiosa para los asmáticos, en contra de las antiguas recomendaciones, y de los intentos protectores de padres, familiares e incluso médicos. Dependiendo de las medidas higiénico-terapéuticas utilizadas para prevenir el asma, podemos observar una aparición de la crisis más o menos temprana y de una duración mayor o menor. El nivel de actividad física que se consigue, afecta directamente a la tolerancia del individuo que sufre un asma controlado (SANTUZ, 1997; citado por KILVINGTON, 1999).

Estudios realizados por la OMS (2009), describen que la inactividad física es la causa del 21-25% de los cánceres de mama y colon, 27% de la diabetes y un 30% de las cardiopatías isquémicas. (44)

Por otra parte, también se ha demostrado el efecto que el ejercicio físico y la pérdida de peso ejercen sobre la prevención de diabetes mellitus tipo 2. Así, en el estudio Diabetes Prevention Program (DPP) (2002), 3,234 individuos con intolerancia a la glucosa de más de 25 años fueron asignados de forma aleatorizada a modificaciones en el estilo de vida que incluían ejercicio físico (>150 minutos/semana de moderada intensidad), metformina o placebo. Tras 2,8 años de seguimiento, la incidencia de diabetes fue de 4,8, 7,8 y 11 casos/100 persona-año en estos tres grupos con una disminución de un 58% en la aparición de diabetes a los 2,8 años entre los individuos asignados a intervención sobre estilo de vida. Esta intervención supuso una pérdida ponderal media de 4 kg y un incremento (8-MET-h/semana) en la actividad física, siendo esta intervención más potente que el uso de metformina, que redujo la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en un 31%. (45)

Otro aspecto a resaltar son los hallazgos concordantes a los descritos en el estudio realizado por Pinilla A. (2005), donde se señala que la vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento de colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión. (46)

Según Warburton D, Whitney, Bredin S. (2006), demuestran que las personas con mejor aptitud física tienen menos riesgo de desarrollar diversas condiciones médicas discapacitantes y enfermedades crónicas en comparación con personas inactivas. (47)

De allí se destaca el papel imprescindible que debe realizar la enfermera(o) en la Promoción de Estilos de vida saludable como la práctica de actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, en el trabajo, tiempo libre, entre otros). También podemos resaltar que se halló un alto porcentaje de las personas sin ninguna ECNT que presentan un nivel de AF activa (49,5%) ya que la mayoría de adultos encuestados se desenvuelven en trabajos que les demandan estar activos frecuentemente.

En la Tabla N° 6, los participantes adultos con un Régimen alimentario Inadecuado presentan 6 veces más riesgo de desarrollar alguna Enfermedad Crónica No Transmisible que aquellos adultos que no tienen un Régimen Alimentario Inadecuado, (OR=6,844; IC 95% 1,809 - 25,892; p=0,002).

Resultados que se corroboran en el estudio de Van Dam RM y cols. (2006), realizado en 42.000 profesionales sanitarios varones, una dieta con un alto consumo de carne roja, carne procesada, productos lácteos grasos, dulces y postres se asoció con un incremento del riesgo de Diabetes independientemente del IMC, la actividad física, la edad o la historia familiar, (OR=1,6; IC 95% 1,30 - 1,90). El riesgo era mayor (OR=11,2; IC 95% 8,07 – 15,6), si además los pacientes eran obesos (IMC>30Kg/m<sup>2</sup>). Por otro lado, los varones que realizan una dieta con alto consumo de vegetales, fruta, pescado y aves tenían una reducción del riesgo que rozaba la significación estadística (OR=0,8; IC 95% 0,7 - 1,0).

(18)

En la Tabla N° 7, los adultos entrevistados que poseen el hábito de Consumo de Alcohol tienen 7 veces más riesgo de sufrir un Enfermedad Crónica No Transmisible en comparación de las

personas que no presentan este hábito, (OR=7,333; IC 95% 2,204 – 24,402; p=0,000).

Igualmente señala Ko G y cols. (2007), en su estudio en Hong Kong encontraron como factor de riesgo para Enfermedades Crónicas en la población trabajadora, el consumo de alcohol, (OR=2,21; IC 95% 1,79 – 2,74; p=0,001). (19)

De todo esto se puede inferir que los factores de riesgo no actúan de forma aislada sino que lo hacen de manera conjunta e interrelacionada, lo cual fortalece en gran medida su efecto nocivo hacia la salud de los adultos. La acción combinada de los factores de riesgo evidencia que al actuar juntos siempre es mayor el riesgo que si se presentan independientemente. Por lo tanto, el valorar un factor de riesgo será razonablemente más aceptable si se consideran no sólo los efectos directos y aislados sino sus efectos en conjunto. Pues, la identificación de estos factores contribuye en gran medida a la prevención primaria, permitiendo identificar y atender a grupos de bajo, mediano y alto riesgo, así como para la prevención secundaria; es decir también promete un ayuda muy beneficiosa al respecto de la detección precoz y tratamiento oportuno de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

## CONCLUSIONES

A partir del estudio de investigación realizado en los adultos de la Asoc. Vista Alegre de Pocollay, se puede concluir que los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles determinados en el presente estudio fueron:

- Factores de riesgo biológicos no modificables, entre ellos la edad > de 50 años, (OR=3,257; IC 95% 1,099 - 9,646; p=0,028), al igual que los antecedentes Familiares de ECNT (Herencia Familiar), (OR=3,621; IC 95% 1,080 - 12,144; p=0,030), los cuales están asociados significativamente a las ECNT.
- Factores de riesgo biológicos modificables, siendo estos factores, la Hipertensión Arterial (OR=4,35; IC 95% 1,380 - 12,395; p=0,008), y a su vez la obesidad (OR=8,603; IC 95% 2,694 - 27,469; p=0,000), que presentan una asociación significativa con la aparición de ECNT.
- Factores de riesgo conductuales, como el nivel de actividad física sedentario (OR=3,943; IC 95% 1,256 - 12,380; p=0,014); el

régimen alimentario inadecuado (OR=6,844; IC 95% 1,809 - 25,892; p=0,002) y el consumo de alcohol (OR=7,333; IC 95% 2,204 - 24,402; p=0,000), los que presentan una asociación estadística con la ocurrencia de ECNT.

Mientras que los factores de riesgo como el sexo: masculino y femenino (Factores de riesgo biológicos no modificables), el estrés y el consumo de tabaco (Factores de riesgo conductuales), tras el análisis estadístico no muestran asociación con las ECNT.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda al C.S. Pocollay tomar en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio para que tanto la enfermera como otros profesionales de salud, diseñen e implementen programas educativos didácticos, innovadores y continuos dirigidos a la población de la Asoc. Vista Alegre y zonas vecinas, encaminados a combatir el sedentarismo, dieta inadecuada y consumo de tabaco en los pobladores.
- Debe ser una prioridad en el distrito de Pocollay, en la región de Tacna y en el Perú, que el Profesional de Enfermería como gestora del cuidado tenga en sus manos la promoción de estilos de vida saludable como la actividad física, mayor consumo de frutas y verduras, consumo de agua (2ltrs. al día), reducción de la ingesta de sal, reducción del consumo de tabaco y alcohol.
- A su vez en la promoción de una vida saludable desde edades tempranas en Tacna debe tener en consideración el control del consumo de alcohol, especialmente en los jóvenes de ambos

sexos para que puedan ser atendidos de manera oportuna y no se den casos de consumo excesivo de alcohol en la adultez.

- Incorporar nuevas habilidades y destrezas en las actividades diarias por ejemplo: cocinar saludable, elegir alimentos saludables, realizar ejercicios, realizar técnicas de afrontamiento y tolerancia al estrés son los desafíos en el distrito de Pocollay como en la región de Tacna.
- La prevención de enfermedades crónicas no transmisibles debe ser prioridad de la Política Pública en el ámbito distrital y regional por ello es necesaria la participación de diversos sectores sociales (salud, educación, transporte, agricultura, entre otros) para que de manera coordinada se implementen y mantengan estrategias de intervención poblacional dirigidas a la prevención y control de los factores de riesgo evaluados en el presenta trabajo de investigación evitando así la aparición de ECNT en un futuro.
- Asimismo, se requieren investigaciones que den cuenta de los determinantes o factores involucrados en el predominio de la inactividad física y en el no consumo de frutas y verduras, el

consumo de tabaco y alcohol en la población de Tacna, que tengan en cuenta particularidades provinciales y/o distritales.

- Fomentar en Tacna y el Perú, la investigación a través de estudios poblacionales como Encuestas de Factores de Riesgo de ECNT donde se incluyan: Cuestionarios de factores de riesgo, mediciones físicas y bioquímicas; a fin de objetivar la incorporación de estrategias para contrarrestar los factores de riesgo conductuales.
- Realizar estudios posteriores similares, para que pueda existir un patrón comparativo a fin de realizar la medición y análisis de resultados, para más adelante evaluar el progreso y el impacto de los programas de prevención en Salud en la población de Tacna.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Marzo 2013 [consultado 29 de abril del 2014]; Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades No transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable. Washington, D.C.: OPS; 2011.
3. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. Sexagésimo sexto período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; 2011 del 19 de septiembre al 19 de diciembre del 2011; Nueva York (NY), Estados Unidos. Nueva York: Naciones Unidas; 2011 (resolución A/RES/66/2) [consultado 1 de febrero del 2013]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/66/L.1>

4. Enfermedades no transmisibles son la causa del 75% de muertes en Perú y América Latina. La Primera Digital [Revista en línea] 2013 [Consultado 3 de mayo del 2014]. Disponible en: [http://www.diariolaprimeraperu.com/online/locales/enfermedades-no-transmisibles-son-la-causa-del-75-de-muertes-en-peru-y-america-latina\\_140132.html](http://www.diariolaprimeraperu.com/online/locales/enfermedades-no-transmisibles-son-la-causa-del-75-de-muertes-en-peru-y-america-latina_140132.html)
5. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación de Salud del Perú 2012. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2013.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2013. Lima: INEI; 2014.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2013. Lima: INEI; 2013.
8. Región de Salud Tacna. Análisis de la Situación de Salud 2012. Tacna: Dirección Ejecutiva de Epidemiología de la Región de Salud; 2012.
9. Región de Salud Tacna. Hipertensión por sexo y grupo de edad según establecimientos al I Trimestre 2014. Tacna: Dirección Ejecutiva de Epidemiología de la Región de Salud; 2014.

10. Región de Salud Tacna. Diabetes por sexo y grupo de edad según establecimientos al I Trimestre 2014. Tacna: Dirección Ejecutiva de Epidemiología de la Región de Salud; 2014.
11. Región de Salud Tacna. Asma y otros por sexo y grupo de edad según establecimientos al I Trimestre 2014. Tacna: Dirección Ejecutiva de Epidemiología de la Región de Salud; 2014.
12. Centro de Salud de Pocollay. Plan Salud Local 2011. Pocollay: PSL; 2011.
13. Espinoza Gómez F, Ceja Espíritu G, Trujillo Hernández B, Uribe Araiza T, Abarca de Hoyos P, Flores Vázquez DP. Análisis de los factores de riesgo de la hipertensión arterial en Colima, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2004; 16 (6):402-7.
14. Diabetes Epidemiology Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe (DECODE). Grupo de Estudio por edad y sexo específicos de prevalencia de la diabetes y la regulación de la glucosa en 13 cohortes europeas. *Rev. Diabetes Care*. 2003; 26:61-69.

15. Rojas Ramos O. Hipertensión arterial prevalencia y Factores de Riesgo [Tesis]. Venezuela: Hospital Universitario Ruiz y Páez. Escuela de Ciencias de la Salud, 2007.
16. Escobedo de la Peña J, Buitrón Granados LV, Ramírez Martínez JC, Chavira Mejía R, Sachargrotsky H, Marcet Champagne B. Diabetes en México. Estudio Carmela. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - Redalyc.org. 2011; 79 (5): 424-431.
17. 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. 2001; 345 (11):790-792.
18. Van Dam RM, Rimm EB, Willett WC, Stampfer MJ, Hu FB. Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S. men. Ann Intern Med. 2002; 136 (3): 201-9.
19. Ko G, Chan J, Tong S, Chan A, Wong P, Hui S et al. Associations between dietary habits and risk factors for cardiovascular diseases in a Hong Kong Chinese working population – the “Better Health for Better Hong Kong” (BHBHK) health promotion campaign. Asia Pac J Clin Nutr 2007; 16(4): 757-765.

20. Maguiña P. Factores de riesgo que predisponen a Hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro de Salud "Max Arias Schreiber" - 2013 [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Nacional de San Marcos, Facultad de Medicina; 2014.
21. Estrella Sinche E, Suárez Bustamante MA. Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres adultas de organizaciones de base de una población urbano marginal pobre de Lima, Perú. Rev. MPA e-j. med.fam.aten.prim. 2011; 5(2): 81-89
22. Bornaz G, Cáceres O y Bornaz S. Prevalencia y Factores de riesgo de Hipertensión en adultos de la ciudad de Tacna, 2006. Revista Ciencia y desarrollo de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. [Revista en línea] 2007 [Consultado 5 mayo 2014]; 10(1). Disponible en:  
<http://www.unjbg.edu.pe/coin2/pdf/01011001206.pdf>
23. Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. 1ª ed. España: Larousse Editorial S.L.; 2013.
24. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza: The World Health Organization; 2002.

25. Miettinen OS. Theoretical Epidemiology. Principles of Occurrence Research in Medicine. New York: Jhon Wiley & Sons, 1985.
26. Last JM. Dictionary of epidemiology. 4<sup>th</sup> ed. International Epidemiological Association Inc. Oxford University Press, New York, 2001.
27. Diccionario de la Lengua Española [Página principal en Internet]. Avance de la 23<sup>a</sup> edición. Madrid: Real Academia Española; 2014. Riesgo [consultado 21 mayo 2014]. Disponible en: <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/hacia-la-23a-edicion/consulta-de-las-modificaciones>
28. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. 2014 [consultado 19 de mayo del 2014]; Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
29. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza: The World Health Organization; 1998.

30. Senado J. Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Página principal en Internet]. 1999 [consultado 21 mayo 2014]; 15(4). Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251999000400018&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251999000400018&script=sci_arttext&tlng=es)
31. Sánchez Cárdenas M A. Conflictos éticos de cuidadores de personas con enfermedades crónicas en estado terminal [Tesis doctoral] Bogotá: Universidad El Bosque, Escuela Colombiana de Medicina, 2012.
32. Fagalde M, Del Solar J, Guerrero M y Atalah E. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una empresa de servicios financieros de la Región metropolitana. Revista Médica de Chile Scielo. [Revista en línea] Agosto 2005 [Consultado 5 mayo del 2014]; 133(8). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872005000800008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000800008)
33. Canada. Public Health Agency. Centre for Chronic Disease Prevention and Control (CCDPC). Integrated approach to chronic disease. 2003.

34. 47°. Consejo Directivo: Estrategia Regional y Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. Washington, D.C.; 25-29 de septiembre 2006. E.U.A., Washington, D.C.: OMS/OPS, 2006.
35. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, OMS. Ottawa; 17 – 21 de noviembre 1986. Ottawa, Canadá: OMS; 1986.
36. OPS/OMS [Página principal en internet]. Washington, D.C.: OPS/OMS; c2011 [Consultado 6 mayo 2014]. Disponible en: [http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com\\_catalog&view=article&id=4%3Awhatishhealthpromotion&catid=8%3Arecources&lang=es](http://www.paho.org/hpd/index.php?option=com_catalog&view=article&id=4%3Awhatishhealthpromotion&catid=8%3Arecources&lang=es)
37. REGIÓN DE SALUD TACNA, Análisis Situacional de la etapa de vida adulto 2010. Tacna: Dirección Ejecutiva de Epidemiología de la Región de Salud Tacna; 2010.
38. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. Madrid: Elsevier España; 2012. Capítulo 21.

39. Szoke E, Shrayyef MZ, Messing S, Woerle HJ, van Haeften TW, Meyer C, et al. Efecto del envejecimiento en la homeostasis de la glucosa. *Diabetes Care*. 2008; 31(3): 539-543.
40. EHRICA. Guías de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería. Madrid: EHRICA; 2003.
41. GRUPO ENSA 2000. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Medigraphic*.2000;72(1):71-84
42. Villar F, Banegas JR, Donado JM y Rodríguez Artalejos F. Las Enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe SEA 2003. Madrid: Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA); 2004.
43. Long B, Phips W, Cassmeyer V. *Enfermería Médico Quirúrgica*. 3<sup>ra</sup> Ed. Tomo I. España: Harcourt Mosby;1998.
44. Global Health Risks: Mortality And Burden Of Disease Attributable To Selected Major Risks. World Health Organization. Report: 2009.
45. Knowler WC, Barret-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM, Diabetes Prevention Program

Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med.* 2002; 346: 393-403.

46. Pinilla AE, Cárdenas ML. Guía Académica. Hipertensión arterial sistémica. En prensa 2005.
47. Warburton D, Whitney, Bredin S. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006; 174 (6): 801-9

# **ANEXOS**

# **ANEXO N° 1**

## **CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014” , cuyo objetivo es determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asociación Vista Alegre del distrito de Pocollay, Tacna - 2014

Estoy consciente de que los procedimientos para lograr el objetivo mencionado consiste en la aplicación de un cuestionario y toma de mediciones físicas (peso, talla, perímetro abdominal y de cadera, medición de presión arterial); y que no representa riesgo alguno a mi persona.

Es de mi consentimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que lo desee.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DNI:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA-2014**

*CONTROL DE ENFERMERÍA: Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles*

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES								
1	EDAD	[ ][ ] años			FECHA:			
2	SEXO	Femenino	[ 0 ]	Masculino	[ 1 ]	N° DE ENCUESTA		
3	HERENCIA (ANTECEDENTES FAMILIARES) ¿Algún familiar (abuelos, padres, tíos, primos, hermanos, etc) padeció, padece o falleció por alguna de las siguientes enfermedades?	Enfermedad		NO	SÍ	Parentesco		
		Diabetes mellitus		0	1			
		Obesidad		0	1			
		Hipertensión arterial		0	1			
		Infarto al corazón		0	1			
		Derrame cerebral		0	1			
		Cáncer:.....		0	1			
		Síndrome Obstructivo bronquial		0	1			
		Asma		0	1			
		Insuficiencia Renal crónica		0	1			
Enfermedad mental:.....		0	1					
Otra:.....		0	1					
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS								
4	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	0	Ninguna		3	Secundaria incompleta		
		1	Primaria incompleta		4	Secundaria completa		
		2	Primaria completa		5	Estudios Técnicos - Superiores		
5	ESTADO CIVIL	0	Soltero(a)		3	Divorciado(a)		
		1	Casado(a)		4	Viudo(a)		
		2	Conviviente					
6	OCUPACIÓN	0	Ama de casa		2	Trabajo dependiente:		
		1	Estudiante		3	Trabajo independiente:		
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES								
MEDICIONES FÍSICAS								
7	PESO	[ ][ ][ ]	[ ][ ]	Kg				
8	TALLA	[ ][ ][ ]	[ ][ ]	cm				
9	Perímetro de cintura	[ ][ ][ ]	[ ][ ]	cm				
10	Perímetro de cadera	[ ][ ][ ]	[ ][ ]	cm				
11	PA	Sistólica:	[ ][ ][ ]	mmHg	Diastólica:	[ ][ ][ ]	mmHg	
12	IMC	[ ][ ][ ]	[ ][ ]	Kg/m <sup>2</sup>				
FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES								
a) ACTIVIDAD FÍSICA - SEDENTARISMO								
13	CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA							
En el trabajo	1. ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA							
	¿En los últimos 7 días realizó alguna actividad física intensa como: cargar pesos, cavar o trabajos de construcción, etc. durante al menos 10 min. consecutivos?				Sí	<input type="checkbox"/>	No*	<input type="checkbox"/>
					* Pase a la 2			
	En la semana ¿cuántos días?	N°	[ ][ ]	En un día típico, ¿cuánto tiempo?	Horas : minutos [ ][ ] : [ ][ ]			
Para desplazarse	2. ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA							
	¿En los últimos 7 días realizó alguna actividad física de intensidad moderada como: caminar deprisa, transportar pesos ligeros, etc. durante al menos 10 min. consecutivos?				Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	En la semana ¿cuántos días?	N°	[ ][ ]	En un día típico, ¿cuánto tiempo?	Horas : minutos [ ][ ] : [ ][ ]			
Para desplazarse	¿Ud. camina o usa una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?				Sí	<input type="checkbox"/>	No*	<input type="checkbox"/>
	En la semana ¿cuántos días?	N°	[ ][ ]	En un día típico, ¿cuánto tiempo?	Horas : minutos [ ][ ] : [ ][ ]			

En el tiempo libre	<b>1. ACTIVIDAD FÍSICA VIGOROSA</b>						
	¿Practica deportes intensos como: levantar pesas, aeróbicos, futbol, voley, basquet, natación, etc. durante al menos 10 min. consecutivos?						
	Sí	<input type="checkbox"/>	No*	<input type="checkbox"/>	* Pase a la 2		
	En la semana ¿cuántos días?	Nº		En un día típico, ¿cuánto tiempo?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/>		
En el tiempo libre	<b>2. ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA</b>						
	¿En su tiempo libre practica Ud. alguna actividad física de intensidad moderada como: caminar deprisa, ir en bicicleta a un ritmo regular, nadar, etc. durante al menos 10 min. consecutivos?						
	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>			
	En la semana ¿cuántos días?	Nº		En un día típico, ¿cuánto tiempo?	Horas : minutos <input type="text"/> : <input type="text"/>		
<b>b) ALIMENTACIÓN - RÉGIMEN ALIMENTARIO INADECUADO</b>							
14	En una semana normal ¿cuántos días come frutas?		Nº de días				
15	¿Cuántas porciones de frutas come durante un día?		Nº de porciones				
16	En una semana normal ¿cuántos días come verduras?		Nº de días				
17	¿Cuántas porciones de verduras come durante un día?		Nº de porciones				
18	<b>MINI - TEST DE ALIMENTACIÓN</b>					Marcar con un aspa "X" la alternativa seleccionada  Siempre (Todos los días)  Frecuentemente (3 o 4 veces/sem)  A veces (1 o 2 veces/sem)  Rara vez (1 vez/sem)	
	¿Consume 4 a 5 frutas al día?	S	F	A	R		N
	4	3	2	1	0		
	¿Consume 4 a 5 porciones de verduras al día?	4	3	2	1		0
	Cuando come carne de pollo, ¿se come el pellejo?	0	1	2	3		4
	¿Incluye en su dieta habitual cereales integrales como: avena, arroz, trigo, salvado de trigo, etc.?	4	3	2	1		0
	¿Consume carnes rojas más de 2 veces a la semana?	0	1	2	3		4
	Cuando come carne de res, alpaca, cordero, cerdo u otras, ¿se come la grasa?	0	1	2	3		4
	¿Consume pescado por lo menos 1 vez a la semana?	4	3	2	1		0
	¿Utiliza aceite de oliva en la preparación de sus alimentos?	4	3	2	1		0
	¿Le agrega sal a su comida ya servida?	0	1	2	3		4
	¿Consume: pizza, hamburguesas, chifa, salchipapas, salchipollo, etc.?	0	1	2	3		4
¿Consume golosinas como: chupetes, caramelos, chicles, galletas, chocolates, etc.?	0	1	2	3	4		
¿Toma de 4 a 8 vasos de agua al día?	4	3	2	1	0		
¿Prefiere cocer al vapor sus alimentos antes que freírlos?	4	3	2	1	0		
¿Consume gaseosas, jugos artificiales, u otras bebidas azucaradas?	0	1	2	3	4		
<b>c) SALUD MENTAL - ESTRÉS</b>							
19	<b>EN EL ÚLTIMO MES</b>					Marcar con un aspa "X" la alternativa seleccionada  Siempre (Todos los días)  Frecuentemente (3 o 4 veces/sem)  A veces (1 o 2 veces/sem)  Rara vez (1 vez/sem)	
	¿Ha estado enojado por cosas que estaban fuera de control?	S	F	A	R		N
	0	1	2	3	4		
	¿Se ha sentido nervioso(a) o tenso(a)?	0	1	2	3		4
	¿Se ha sentido aburrido(a), sin ganas de hacer nada?	0	1	2	3		4
	¿Ha dormido bien?	4	3	2	1		0
	¿Se ha sentido cansado(a) todo el tiempo?	0	1	2	3		4
	¿Ha tenido dolores frecuentes de cabeza, cuello y hombros?	0	1	2	3		4
	¿Ha tenido dificultad para tomar decisiones?	0	1	2	3		4
	¿Ha llorado con frecuencia?	0	1	2	3		4
¿Se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4		
¿Ha sufrido de mala digestión? (diarrea, estreñimiento, hinchazón, etc)	0	1	2	3	4		

<b>d) CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS</b>					
20	¿Ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en su vida?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No* <input type="checkbox"/> 0	* Pase a la 26	
21	Aproximadamente ¿qué edad tenía cuando tomó por primera vez?	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> Años			
22	¿Ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 12 meses?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No* <input type="checkbox"/> 0	* Pase a la 26	
23	Consumo actual: ¿Ha consumido bebidas alcohólicas en el último mes?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No* <input type="checkbox"/> 0	* Pase a la 26	
24	¿Qué tipo de bebida alcohólica suele consumir?	0	Cerveza	3	Whisky
		1	Vino	4	Coctel
		2	Ron	5	Otro:
25	¿Con qué frecuencia toma bebidas alcohólicas?	0	Ocasional		
		1	Fines de semana		
		2	Diariamente		
<b>e) CONSUMO DE TABACO</b>					
26	¿Ha fumado alguna vez en su vida?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No* <input type="checkbox"/> 0	* Pase a la 34	
27	¿Qué edad tenía cuando fumó por primera vez?	Edad: <input type="text"/> <input type="text"/> Años			
28	¿Ha fumado 100 o más cigarrillos en su vida? 100 cigarros=5 cajetillas	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0		
29	FUMADOR: ¿Fuma actualmente?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No* <input type="checkbox"/> 0	* Pase a la 32	
30	¿Con qué frecuencia fuma en la actualidad?	A diario	0	1 vez a la semana	3
		4 - 5 días a la semana	1	Otros, Especifique:	4
		2 - 3 días a la semana	2		
31	¿Cuántos cigarrillos fuma?	1 cigarrillo diario	0	1 cajetilla diaria	3
		Entre 2 a 4 cigarrillos diarios	1	Otros, Especifique:	4
		½ cajetilla diaria	2		
32	EX - FUMADOR: ¿Fumaba antes?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No* <input type="checkbox"/> 0	* Pase a la 34	
33	¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?	<input type="text"/> años <input type="text"/> meses			
34	¿Cree Ud. Que fumar daña la salud del fumador?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0		
35	¿Cree Ud. Que fumar daña la salud de las personas que estan alrededor de la persona que fuma?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0		
<b>f) CONTROL DE SALUD (Exámenes médicos)</b>					
36	<b>VARÓN</b>				
	¿Ud. se ha realizado un Examen para evaluar el PSA*?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0		
	¿Ud. se ha realizado el Examen de Tacto rectal?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0		
37	<b>MUJER</b>				
	¿Ud. Se ha realizado El Papanicolau?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0		
	¿Ud. Se ha realizado una Mamografía?	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0		
<b>ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES</b>					
38	¿Ud. presenta o presentó alguna de estas enfermedades?	Enfermedad Cardiovascular (Derrame cerebral, HTA**, Infarto al miocardio)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0	
		Cáncer (Mama, Cuello uterino, próstata, colon)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0	
		Enfermedad respiratoria Crónica (Asma / SOB***)	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0	
		Diabetes Mellitus	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0	
		Otras:	Sí <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 0	

\*PSA: Prostate specific antigen: Antígeno prostático específico    \*\*HTA: Hipertensión arterial    \*\*\*SOB: Síndrome Obstructivo Bronquial

## **ANEXO N° 2**

### **FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

#### **INSTRUCCIONES:**

La validación del instrumento tiene como objetivo recoger información útil de personas especializadas en el tema:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS  
DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014”

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

- 1: Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
- 2: Representa una abolición escasa de la interrogante.
- 3: Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
- 4: Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 5: Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una “X” en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

### HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
1. ¿Considera Ud. Que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera Ud. Que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?	1	2	3	4	5
3. ¿Considera Ud. Qué los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?	1	2	3	4	5
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?	1	2	3	4	5
5. ¿Considera Ud. qué los conceptos utilizados en este instrumento, son datos y cada uno de ellos, propios de las variables?	1	2	3	4	5
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?	1	2	3	4	5
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es claro, sencillo y da lugar a diversas interpretaciones?	1	2	3	4	5
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?	1	2	3	4	5
9. ¿Estima Ud. qué las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?	1	2	3	4	5
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, que aspectos tendrá que incrementar o que aspectos habría que suprimirse? ..... ..... .....					

---

FIRMA DEL EXPERTO

### PROCEDIMIENTO:

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

ÍTEM	EXP1	EXP2	EXP3	EXP4	PROMEDIO
1	5	4	4	4	4,25
2	5	4	5	5	4,75
3	4	4	4	4	4
4	4	5	4	5	4,5
5	5	5	5	5	5
6	4	5	5	5	4,75
7	5	4	3	4	4
8	5	4	5	4	4,5
9	5	4	5	3	4,25

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X_1 - Y_1)^2 + (X_2 - Y_2)^2 + \dots + (X_9 - Y_9)^2}$$

$$DPP = \sqrt{(5 - 4,25)^2 + (5 - 4,75)^2 + \dots + (5 - 4,25)^2}$$

$$DPP = \sqrt{2,75}$$

$$DPP = 1,66$$

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$Dmax. = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots (X_9 - 1)^2}$$

$$Dmax. = \sqrt{(5 - 1)^2 + (5 - 1)^2 + \dots (5 - 1)^2}$$

$$Dmax. = \sqrt{137}$$

$$Dmax. = 11,70$$

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a Dmáx. Se divide el Dmáx. hallado con el valor máximo de la escala la cual es 5.

$$\frac{11.70}{5} = 2,34$$

6. A continuación se construye la escala partiendo desde 0 y sumando el resultado de 2.34, para luego verificar en donde se ubica nuestra DPP (distancia de puntos múltiples). Dividiéndose la escala en intervalos iguales. Llamando a cada intervalo con las letras A, B, C, D, E

Siendo:

A y B : Adecuación total  
C : Adecuación promedio  
D : Escasa adecuación  
E : Inadecuación

**A.**

0,00    2,34

**B.**

2,34    4,68

**C.**

4,68    7,02

**D.**

7,02    9,36

**E.**

9,36    11,70

7. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En este caso, el valor DPP fue **1,66** el cual se sitúa en la zona “**A**” lo que significa una ***adecuación total*** del instrumento y por ende puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

## **ANEXO N° 3**

### **CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

#### **Validez**

Los instrumentos fueron validados por la autora, para ello se sometió al juicio y criterios de expertos que fueron: (01) enfermera especialista en Enfermería en Salud Comunitaria y en áreas de investigación, (01) Profesional de enfermería encargada de la Estrategia Sanitaria Nacional de Daños No Transmisibles del C.S de Pocollay, (01) Lic. En Nutrición del C.S de Pocollay y (01) estadístico

#### **Prueba piloto**

El instrumento utilizado en la presente investigación fue aplicado en una muestra de 20 adultos de la Asoc. Virgen de las Mercedes del distrito de Pocollay que representa a un 22% de la población a investigar, además se tomó en cuenta que la población piloto tuviese características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

## Confiabilidad

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (Índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron lo siguiente:

<b>CUESTIONARIO</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Nº de elementos</b>
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	0,790	48

Que  $\alpha=79.0\%$  de confiabilidad. Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad, y el valor de 0.790 obtenido en el cálculo de la confiabilidad para el instrumento “Factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas No Transmisibles” se puede decir que el instrumento aplicado en la presente investigación posee un buen grado de confiabilidad. El resultado obtenido indica alta confiabilidad en este instrumento.

**Escala: TODAS LAS VARIABLES**

**Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,790	48

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	37,05	28,576	,067	,792
P2	37,05	28,050	,229	,787
P3	37,05	27,313	,461	,781
P4	37,00	28,526	,132	,790
P5	37,15	26,555	,513	,777
P6	37,00	28,526	,132	,790
P7	37,05	28,261	,164	,789
P8	37,10	28,832	-,019	,795
P9	37,05	27,313	,461	,781
P10	37,20	26,484	,483	,777
P11	37,20	27,116	,341	,783
P12	37,05	27,945	,262	,786
P13	37,10	27,147	,422	,781
P14	37,05	28,050	,229	,787
P15	37,15	27,292	,334	,784
P16	37,10	27,042	,450	,780
P17	36,95	28,892	,000	,791
P18	37,00	27,789	,446	,784
P19	37,00	28,000	,356	,785
P20	36,95	28,892	,000	,791
P21	37,15	27,397	,309	,785
P22	37,20	27,537	,248	,787
P23	37,30	25,905	,552	,774
P24	37,10	27,674	,281	,786
P25	37,30	27,800	,165	,791
P26	37,15	27,187	,359	,783
P27	37,20	29,747	-,217	,804
P28	37,10	28,305	,116	,791
P29	37,15	27,292	,334	,784
P30	37,10	28,200	,143	,790
P31	37,15	27,818	,209	,788
P32	37,05	28,050	,229	,787
P33	37,20	26,379	,507	,776
P34	37,15	26,239	,591	,774
P35	37,00	28,421	,177	,789
P36	37,10	27,884	,226	,787
P37	37,30	27,589	,207	,789
P38	37,05	28,366	,132	,790
P39	37,05	28,366	,132	,790
P40	37,05	27,734	,328	,785
P41	37,15	27,713	,234	,787
P42	37,15	27,713	,234	,787
P43	37,15	28,976	-,057	,797
P44	37,35	27,187	,277	,786
P45	37,35	28,239	,075	,795
P46	37,80	28,484	,070	,792
P47	37,80	28,695	,016	,794
P48	37,80	28,063	,179	,789

## ANEXO N° 4

### DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE ALIMENTACIÓN

#### METODO DE STURGEST

Hallando los niveles generales:

1.  $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 56 - 0 = 56$

2.  $I = R/3 = 56/3=18,7$

3. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 18,7)$$

$$a = 18,7$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 18,7 + 18,7$$

$$b = 37,4$$

#### Categorías:

Mala Alimentación : 0 - 19

Alimentación inadecuada : 20 - 37

Alimentación adecuada : 38 - 56

**ANEXO N° 5**  
**DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES DE ESTRÉS**  
**METODO DE STURGEST**

Hallando los niveles generales:

1.  $R = \text{MAX} - \text{MIN}: 40 - 0 = 40$

2.  $I = R/3 = 40/3=13,3$

3. Primer punto:

$$a = \text{MIN} + I$$

$$a = (0 + 13,3)$$

$$a = 13,3$$

4. Segundo punto:

$$b = a + I$$

$$b = 13,3 + 13,3$$

$$b = 26,6$$

**Categorías:**

Estrés Normal : 0 - 13

Estrés moderado : 14 - 27

Estrés severo : 28 - 40

## **ANEXO N° 6**

### **ZONAS DEL DISTRITO DE POCOLLAY**

#### **Fines Industria - Artesanía (5)**

- AAPITAC
- Asociación de vivienda Taller “Intiorko”
- Asociación de Bloqueteros “Francisco Antonio de Zela”
- Asociación “Tacna Heroica”
- Parque Industrial

#### **Fines Pecuarios (4)**

- Asociación de criadores “Santa Bárbara”
- Asociación de criadores de porcinos “Vilauta”
- Asociación de criadores de porcinos “10 de octubre”
- Asociación pecuaria de cuyes “Los Alamos”

#### **Zonas Residenciales**

- Asentamiento Humano Bolognesi
- Asociación de vivienda “Alto Mirador”
- Asociación de vivienda “El Coco”
- Asociación de vivienda “Federico Barreto”

- Asociación de vivienda “Jerusalén Nueva Esperanza”
- Asociación de vivienda “La Colina”
- Asociación de vivienda “Las Américas”
- Asociación de vivienda “Las Colmenas”
- Asociación de vivienda “Los Damascos”
- Asociación de vivienda “los Geranios”
- Asociación de vivienda “los Virreyes”
- Asociación de vivienda “Manco Capac”
- Asociación de vivienda “Nueva Esperanza”
- Asociación de vivienda “Primavera”
- Asociación de vivienda “Sol Naciente”
- Asociación de vivienda “Villa El Salvador”
- Asociación de viviendas “Villa Las Palmeras”
- Asociación de vivienda “Virgen de las Mercedes I”
- Asociación de vivienda “Virgen de las Mercedes II”
- Asociación de vivienda “Virgen del Rosario”
- **Asociación de vivienda “Vista Alegre”**
- Asociación Residencial “El Gramadal”
- Junta de Compradores “El Imperio”
- Junta de Compradores “Las Casuarinas”
- Junta de Compradores “Las Peñas”

- Junta de Compradores Asociación de Vivienda “Villa Capanique”
- Pueblo Joven “Francisco Antonio de Zela”
- Pueblo Tradicional de Pocollay
- Urbanización “Blanco Benvenuto”
- Urbanización “Capanique”
- Urbanización “El Bosque”
- Urbanización “Héctor Vélez”
- Urbanización “Las Magnolias”
- Urbanización “Severo Vildoso”
- Urbanización “Tacna”
- Urbanización “Villa Jesús”
- Urbanización “Villa Las Flores”
- Urbanización “Villa Takana”
- Villa Universitaria

### **Zonas Rurales**

- Pago Peschay
- Pago Sobraya

## **ANEXO N° 7**

### **MAPA DE UBICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE VIVIENDA “VISTA ALEGRE”**



## **ANEXO N° 8**

### **ASOCIACIÓN DE VIVIENDA “VISTA ALEGRE**

#### **DISTRIBUCIÓN POR MANZANAS Y LOTES**

- Manzana “A”: 17 lotes
- Manzana “B”: 17 lotes
- Manzana “C”: 15 lotes
- Manzana “D”: 25 lotes
- Manzana “E”: 20 lotes
- Manzana “F”: 26 lotes
- Manzana “G”: 13 lotes
- Manzana “H”: 20 lotes
- Manzana “I”: 10 lotes
- Manzana “J”: 14 lotes
- Manzana “K”: 4 lotes
- Manzana “L”: 8 lotes

## ANEXO N° 9

### ODDS RATIO (OR)

**Definición:** medida de asociación que se obtiene dividiendo la odds de enfermedad en los expuestos entre la odds de enfermedad en los no expuestos.

		Daño a la salud (variable dependiente)		
		Presente C	Ausente C <sup>-</sup>	
Factor de riesgo (variable independiente) exposición	E (expuesto)	Número de sujetos expuestos que desarrollan la enfermedad [a]	Número de sujetos expuestos que <b>no</b> desarrollan la enfermedad [b]	a + b
	Ē (no expuesto)	Número de sujetos <b>no</b> expuestos que desarrollan la enfermedad [c]	Número de sujetos <b>no</b> expuestos que <b>no</b> desarrollan la enfermedad [d]	c + d
		a + c	b + d	a + b + c + d = n

$$\text{Odds enfermedad expuestos} = a/b \quad \text{Odds enfermedad no expuestos} = c/d$$

$$\text{Odds ratio o razón de odds (OR)} = \frac{\frac{a}{b}}{\frac{c}{d}} = \frac{(a)(d)}{(b)(c)}$$

**Interpretación del OR:** un valor de 1 se interpreta como igual posibilidad de enfermar entre los expuestos y no expuestos. Un valor mayor de 1 significa que la posibilidad de enfermar es mayor en los expuestos que en los no expuestos. Un valor menor a 1 significa que la posibilidad de enfermar es mayor en los no expuestos que en los expuestos.

## **ANEXO N° 10**

### **TABLAS Y FIGURAS**

**TABLA N° 8**

**FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES: SEXO FEMENINO  
ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA  
ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

EVENTO	CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>		
	Enfermo		Aparentemente Sano		N°	%					
	N°	%	N°	%							
EXPOSICIÓN					N°	%					
SEXO FEMENINO	SÍ	12	13,2%	47	51,6%	59	45,1%	1,379	0,438	4,335	0,582
	NO	5	5,5%	27	29,7%	32	35,2%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 9**

**FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES: SEXO MASCULINO  
ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA  
ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

EVENTO	CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>		
	Enfermo		Aparentemente Sano		N°	%					
	N°	%	N°	%							
<b>SEXO MASCULINO</b>	<b>EXPOSICIÓN</b>										
	<b>SÍ</b>	5	5,5%	27	29,7%	32	35,2%	<b>0,725</b>	<b>0,231</b>	<b>2,281</b>	<b>0,582</b>
	<b>NO</b>	12	13,2%	47	51,6%	59	45,1%				
	<b>Total</b>	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 10**

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES: ESTRÉS ASOCIADO A  
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN  
ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

EXPOSICIÓN	EVENTO	CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>	
		Enfermo		Aparentemente Sano		N°	%				
		N°	%	N°	%						
ESTRÉS	SÍ	10	11,0%	31	34,1%	41	45,1%	1,982	0,679	5,780	0,206
	NO	7	7,7%	43	47,3%	50	54,9%				
	Total	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 11**

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES: CONSUMO DE TABACO  
ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

EVENTO		CONDICIÓN DE SALUD				Total		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%	p<0,05 <sup>3</sup>	
		Enfermo		Aparentemente Sano							
		EXPOSICIÓN		N°	%	N°	%	N°	%		
CONSUMO DE TABACO	SÍ	2	2,2%	4	4,4%	6	6,6%	2,333	0,391	13,928	0,341
	NO	15	16,5%	70	76,9%	85	93,4%				
	Total	17	18,7%	74	81,3%	91	100%				

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.

(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

TABLA N° 12

**ANÁLISIS MULTIVARIADO DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS  
Y NO ASOCIADOS A LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**

FACTORES DE RIESGO		OR <sup>1</sup>	IC <sup>2</sup> 95%		p<0,05 <sup>3</sup>
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES	Sexo Femenino	1,379	0,438	4,335	0,582
	Sexo Masculino	0,725	0,231	2,281	0,582
	Edad > a 50 años	3,257	1,099	9,646	0,028
	Herencia familiar de ECNT	3,621	1,080	12,144	0,030
FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES	Hipertensión Arterial	4,135	1,380	12,395	0,008
	Obesidad (IMC > 30 kg/m <sup>2</sup> )	8,603	2,694	27,469	0,000
FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES	Sedentarismo	3,943	1,256	12,380	0,014
	Régimen alimentario inadecuado	6,844	1,809	25,892	0,002
	Estrés	1,982	0,679	5,780	0,206
	Consumo de alcohol	7,333	2,204	24,402	0,000
	Consumo de tabaco	2,333	0,391	13,928	0,341

(1) Odds Ratio > a 1,0 indica que la exposición es un factor de riesgo para la enfermedad en estudio.



(2) Intervalo de Confianza al 95%

(3) Grado de significancia

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

Factor de riesgo asociado   
Factor de riesgo no asociado 

**TABLA N° 13**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES DE  
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA - 2014**

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES		N°	%
EDAD	30 - 39	22	24,2%
	40 - 49	41	45,1%
	50 - 59	28	30,8%
	Total	91	100%
SEXO	Femenino	59	64,8 %
	Masculino	32	35,2 %
	Total	91	100 %
HERENCIA	SI	48	52,7%
	NO	43	47,3%
	Total	91	100%

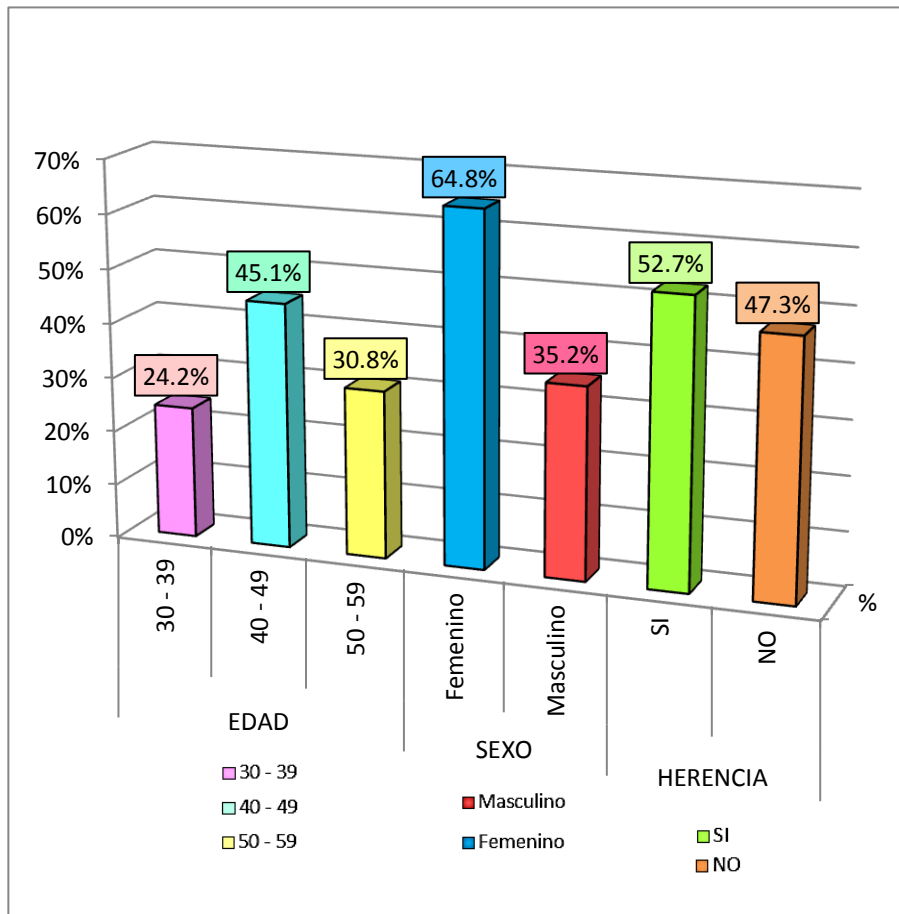
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

FIGURA N° 13

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES DE  
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 14**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES DE**

**ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES**

**EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN**

**VISTA ALEGRE, POCOLLAY,**

**TACNA - 2014**

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES		N°	%
Presión Arterial	Normal	62	68,1%
	Pre hipertensión	24	26,4%
	Hipertensión Estadio 1	5	5,5%
	Hipertensión Estadio 2	0	0%
	Total	91	100%
IMC	Normal	31	34,1%
	Sobrepeso	36	39,6%
	Obesidad grado I	19	20,9%
	Obesidad grado II	5	5,5%
	Obesidad grado III	0	0%
	Total	91	100%

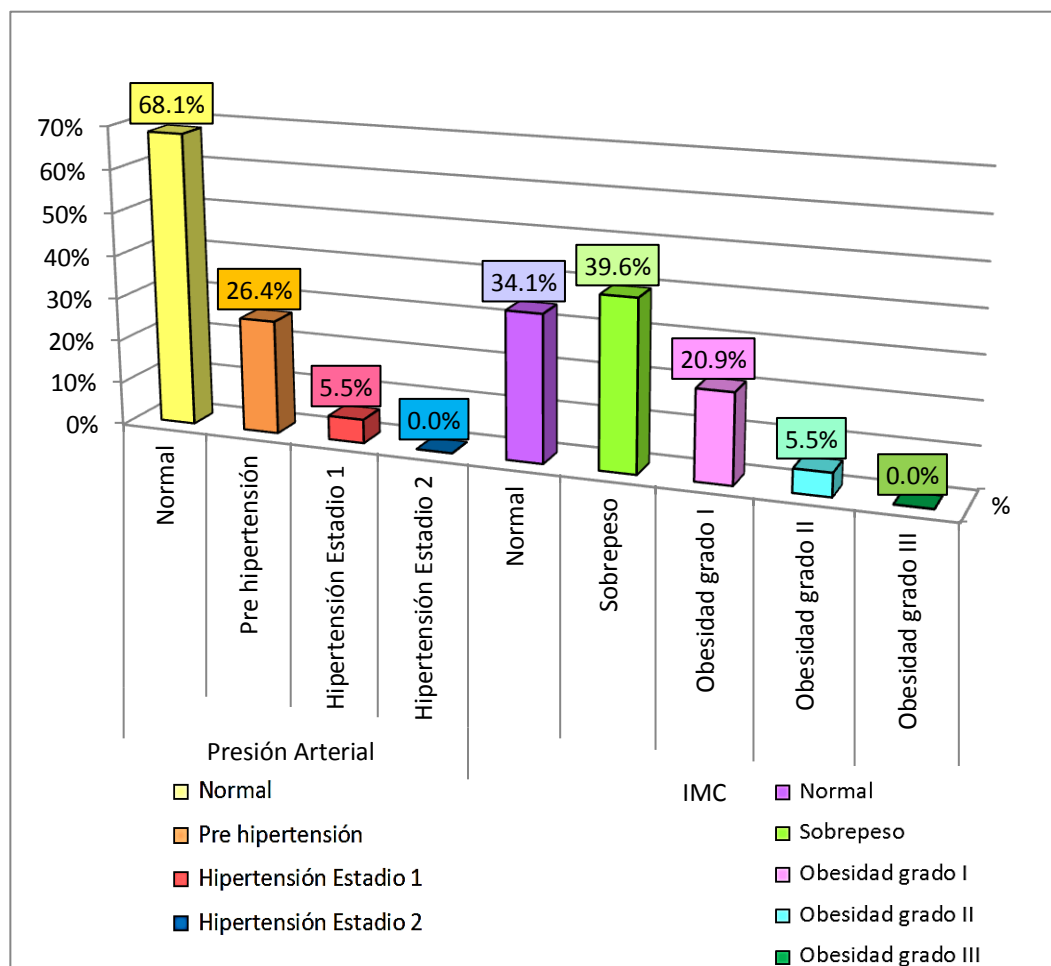
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

FIGURA N° 14

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES DE  
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES  
EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA - 2014



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocolay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 15**

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES DE ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA  
ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA - 2014**

FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES		N°	%
Actividad Física	Sedentaria	40	44,0%
	Moderada	21	23,1%
	Activa	30	33,0%
	<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>
Alimentación	Alimentación inadecuada	9	9,9%
	A. Medianamente adecuada	35	38,5%
	Alimentación adecuada	47	51,6%
	<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>
Nivel de estrés	Estrés Normal	50	54,9%
	Estrés Moderado	35	38,5%
	Estrés Severo	6	6,6%
	<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>
Consumo de Alcohol	Nunca tomó	0	0%
	Ex Consumidor(a)	16	17,6%
	Consumidor moderado	62	68,1%
	Consumo alto	12	13,2%
	Consumo excesivo	1	1,1%
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>	
Consumo de Tabaco	Nunca fumó	42	46,2%
	Fumó en 1 <sup>era</sup> intensión	43	47,3%
	Ex fumador(a)	4	4,4%
	Fumador(a) actual	2	2,2%
	<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

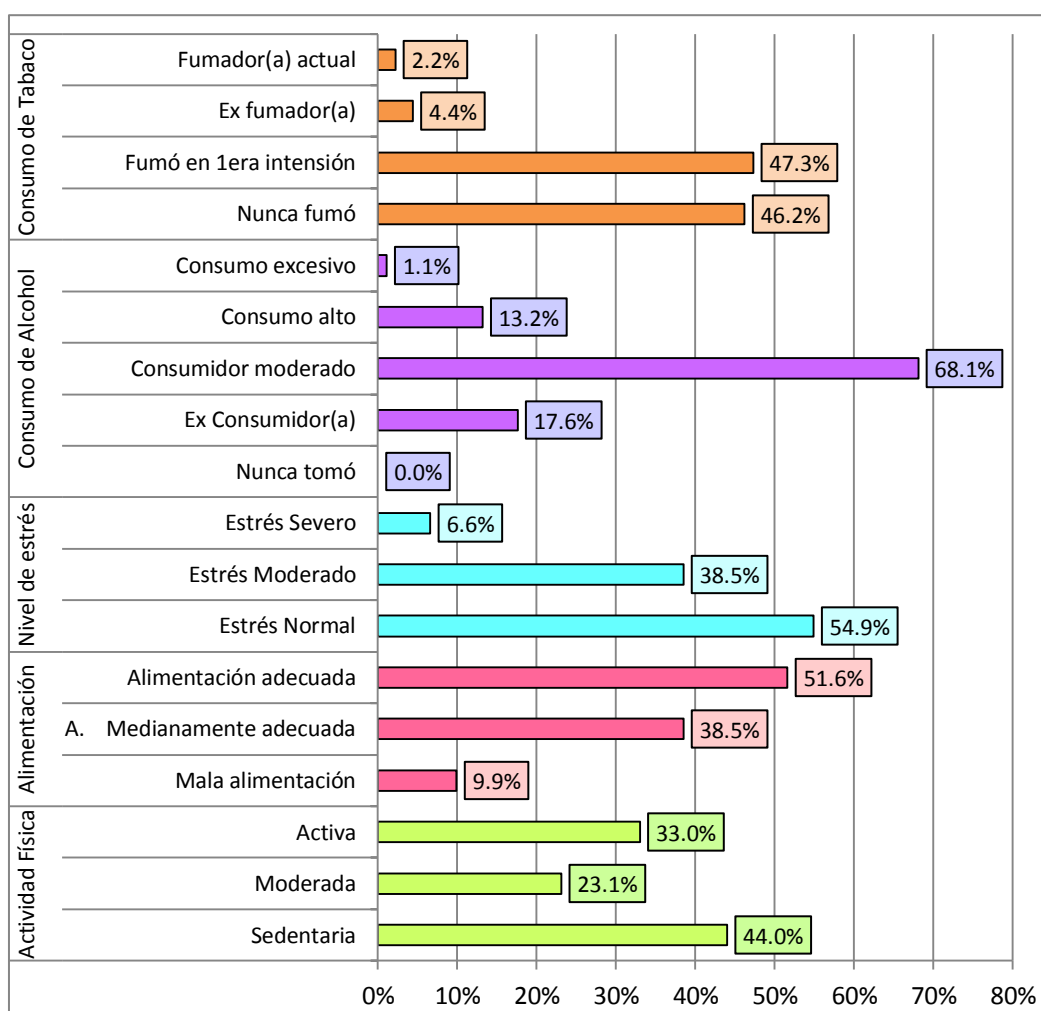
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

FIGURA N° 15

**FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES DE ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA  
ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pucallpa, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 16**

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA - 2014**

<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ninguna	8	8,8 %
Primaria incompleta	8	8,8 %
Primaria completa	13	14,3 %
Secundaria incompleta	9	9,9 %
Secundaria completa	36	39,6 %
Estudios Técnicos - Superiores	17	18,7 %
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100 %</b>

**NOTA:** Cuestionario “Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles”, aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación “Vista Alegre” del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 17**

**ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA - 2014**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltero(a)	9	9,9 %
Casado(a)	36	39,6 %
Conviviente	32	35,2 %
Divorciado(a)	8	8,8 %
Viudo(a)	6	6,6 %
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100 %</b>

**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 18**

**OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY,  
TACNA - 2014**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Ama de casa	22	24,2
Estudiante	4	4,4
Trabajo dependiente	21	23,1
Trabajo independiente	44	48,4
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>100 %</b>

**NOTA:** Cuestionario “Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles”, aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación “Vista Alegre” del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 19**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES  
ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA  
ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

Factor de riesgo	ECNT	ECNT										Total	
		SÍ				NO							
		DIABETES		ECV		ERC		CANCER		NINGUNO		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SEXO	Femenino	2	2,2%	5	5,5%	4	4,4%	1	1,1%	47	51,6%	59	64,8%
	Masculino	4	4,4%	1	1,1%	0	0,0%	0	0,0%	27	29,7%	32	35,2%
	<b>Total</b>	6	6,6%	6	6,6%	4	4,4%	1	1,1%	74	81,3%	91	100%
EDAD	30 - 39	0	0,0%	2	2,2%	0	0,0%	0	0,0%	20	22,0%	22	24,2%
	40 - 49	0	0,0%	3	3,3%	3	3,3%	0	0,0%	35	38,5%	41	45,1%
	50 - 59	6	6,6%	1	1,1%	1	1,1%	1	1,1%	19	20,9%	28	30,8%
	<b>Total</b>	6	6,6%	6	6,6%	4	4,4%	1	1,1%	74	81,3%	91	100%
HERENCIA	NO	3	3,3%	0	0,0%	1	1,1%	0	0,0%	39	42,9%	43	47,3%
	SI	3	3,3%	6	6,6%	3	3,3%	1	1,1%	35	38,5%	48	52,7%
	<b>Total</b>	6	6,6%	6	6,6%	4	4,4%	1	1,1%	74	81,3%	91	100%

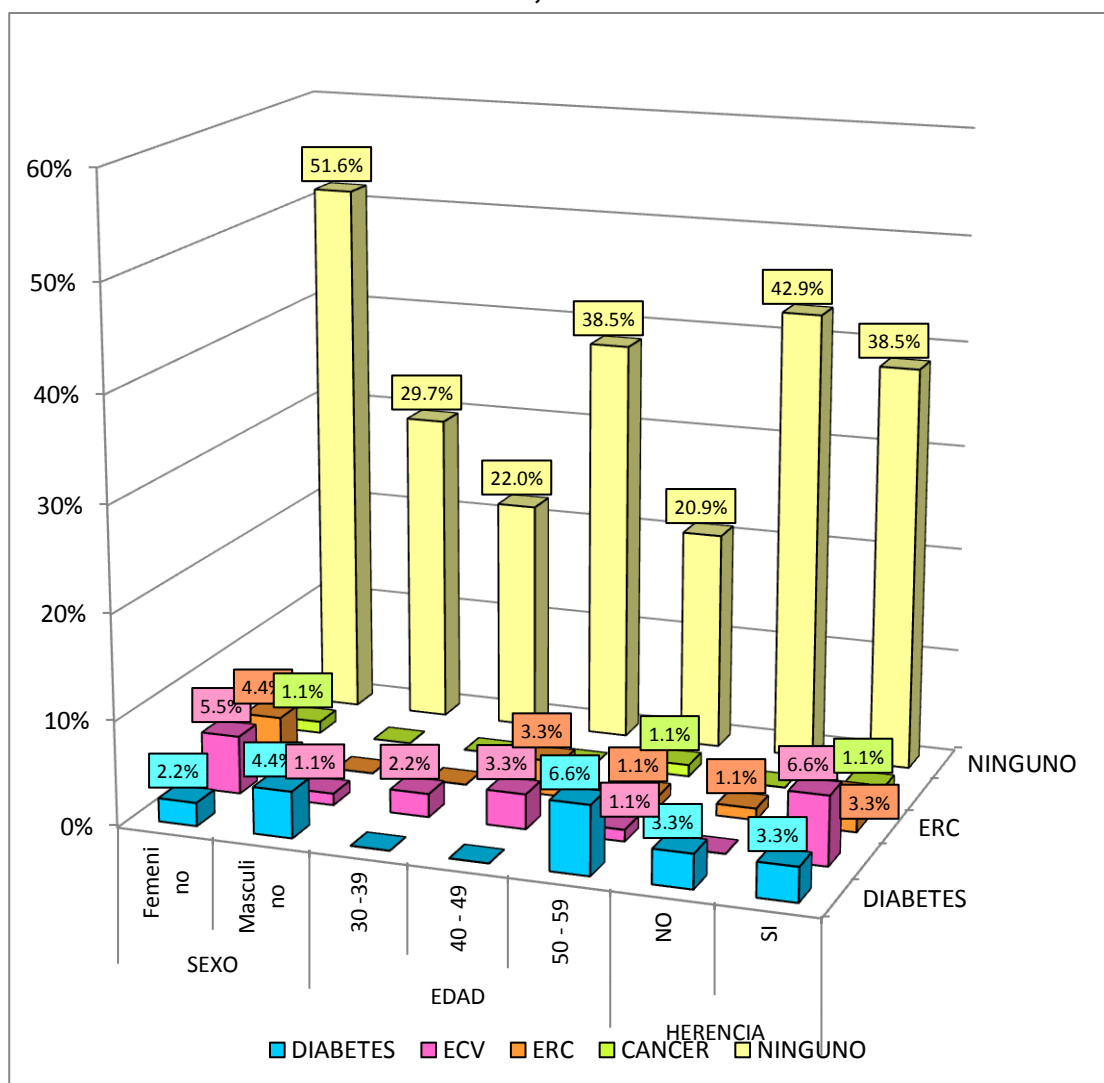
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocolay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**FIGURA N° 19**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS NO MODIFICABLES ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocolay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 20**

**FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES ASOCIADOS  
A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN  
ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

Factor de riesgo		ECNT	SI				NO NINGUNO	Total
			DIABETES	ECV	ERC	CANCER		
<b>PRESIÓN ARTERIAL</b>	Normal	N°	1	3	3	0	55	62
		%	1,1%	3,3%	3,3%	0,0%	60,4%	68,1%
	Pre Hipertensión	N°	5	3	1	1	14	24
		%	<b>5,5%</b>	<b>3,3%</b>	1,1%	1,1%	15,4%	26,4%
	Hipertensión estadio I	N°	0	0	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,5%	5,5%
	Hipertensión estadio II	N°	0	0	0	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<b>Total</b>		N°	6	6	4	1	74	91
		%	6,6%	6,6%	4,4%	1,1%	81,3%	100%
<b>IMC</b>	Normal	N°	0	0	3	0	28	31
		%	0,0%	0,0%	3,3%	0,0%	30,8%	34,1%
	Sobrepeso	N°	2	1	0	0	33	36
		%	<b>2,2%</b>	1,1%	0,0%	0,0%	36,2%	39,5%
	Obesidad grado I	N°	4	5	1	1	8	19
		%	<b>4,4%</b>	<b>5,5%</b>	1,1%	1,1%	8,8%	20,9%
	Obesidad grado II	N°	0	0	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,5%	5,5%
Obesidad grado III	N°	0	0	0	0	0	0	
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
<b>Total</b>		N°	6	6	4	1	74	91
		%	6,6%	6,6%	4,4%	1,1%	81,3%	100%

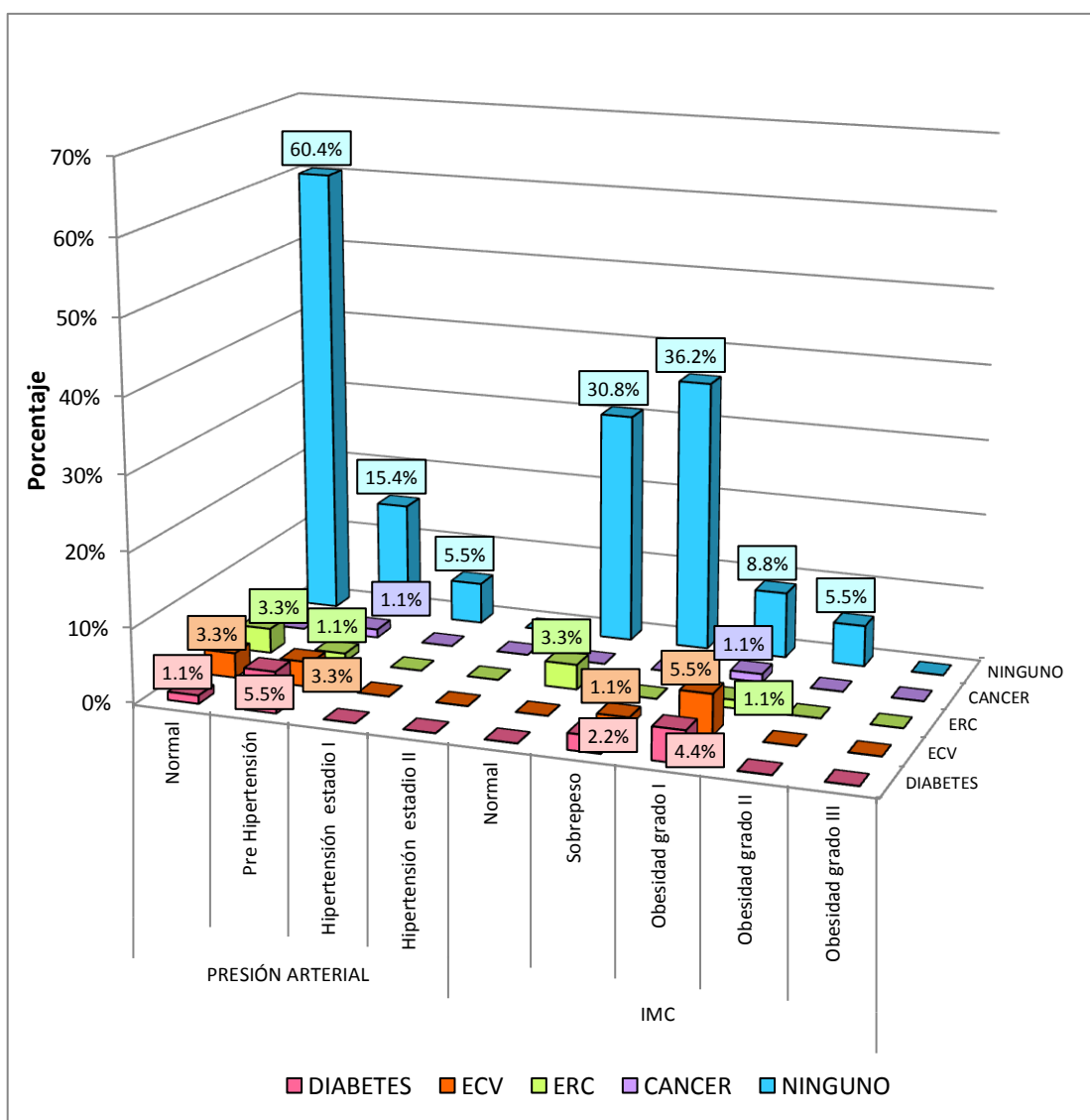
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

FIGURA N° 20

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS MODIFICABLES ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014



NOTA: Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

FUENTE: Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

ELABORADO: Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 21**

**NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA ASOCIADOS A ENFERMEDADES  
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS  
DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE,  
POCOLLAY, TACNA - 2014**

ACTIVIDAD FÍSICA		ECNT					Total
		DIABETES	ECV	ERC	CANCER	NINGUNO	
Sedentaria	N°	2	5	4	1	28	40
	%	2,2%	5,5%	4,4%	1,1%	30,8%	44,0%
Moderada	N°	1	0	0	0	20	21
	%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	22,0%	23,1%
Activa	N°	3	1	0	0	26	30
	%	3,3%	1,1%	0,0%	0,0%	28,6%	33,0%
Total	N°	6	6	4	1	74	91
	%	6,6%	6,6%	4,4%	1,1%	81,3%	100%

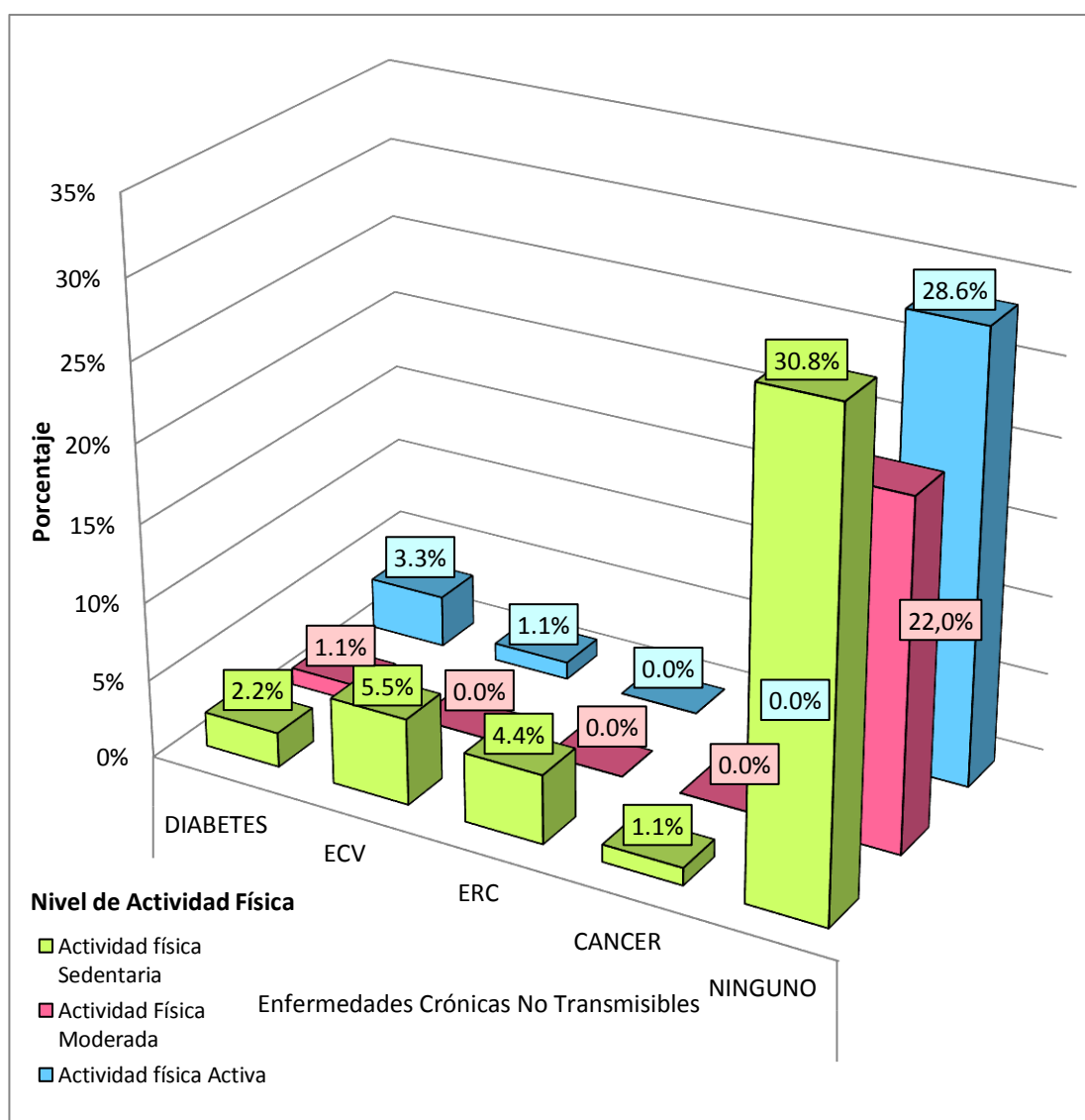
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**FIGURA N° 21**

**NIVELES DE ACTIVIDAD FÍSICA ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 22**

**CONSUMO DE ALCOHOL ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS  
NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**

CONSUMO DE ALCOHOL		ECNT					Total
		DIABETES	ECV	ERC	CANCER	NINGUNO	
Ex	N°	1	4	3	0	8	16
Consumidor(a)	%	1,1%	4,4%	3,3%	0,0%	8,8%	17,6%
Consumidor(a)	N°	3	2	1	1	55	62
moderado	%	3,3%	2,2%	1,1%	1,1%	60,4%	68,1%
Consumo alto	N°	2	0	0	0	10	12
	%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	11,0%	13,2%
Consumo excesivo	N°	0	0	0	0	1	1
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	1,1%
Total	N°	6	6	4	1	74	91
	%	6,6%	6,6%	4,4%	1,1%	81,3%	100%

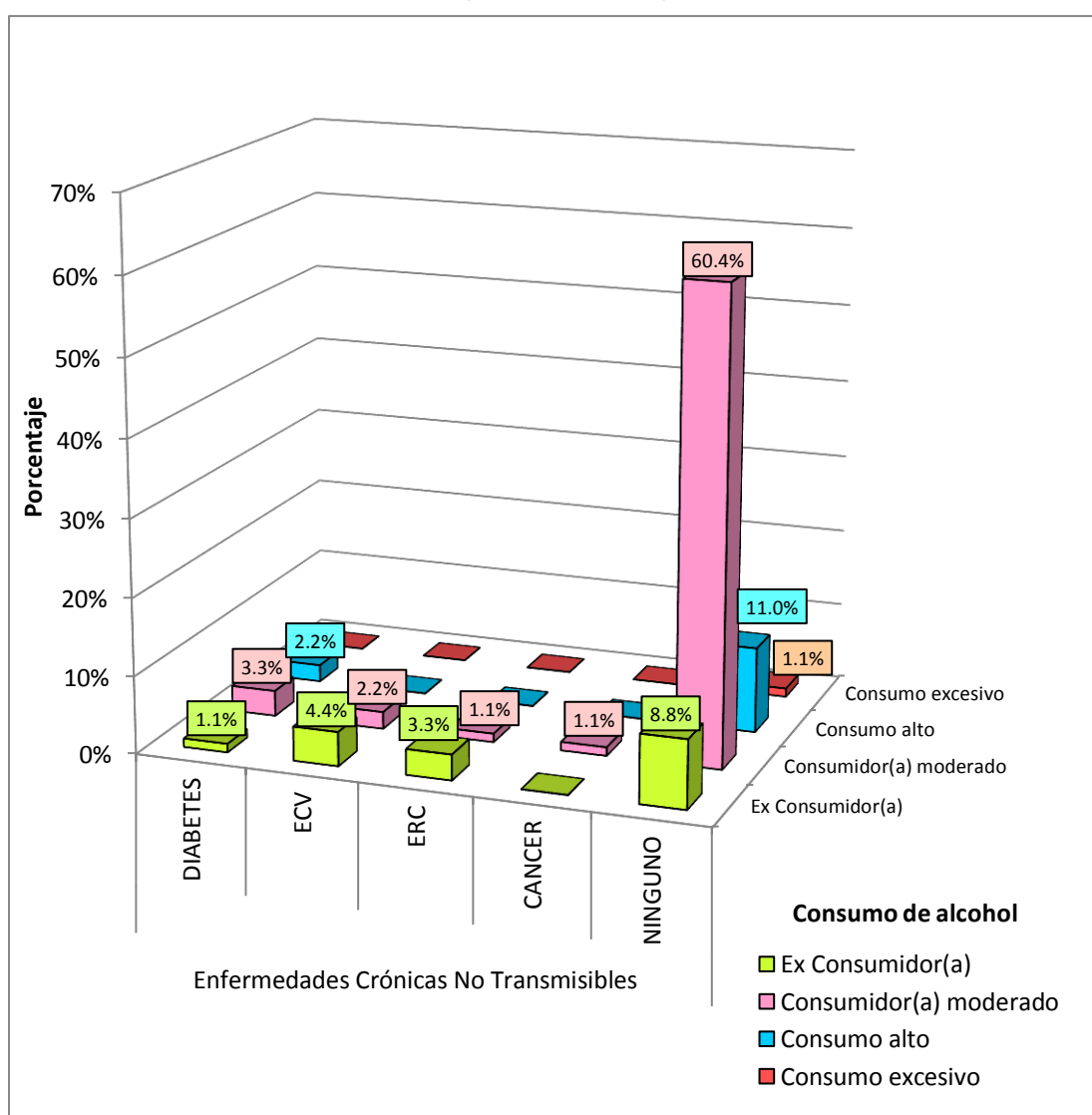
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**FIGURA N° 22**

**CONSUMO DE ALCOHOL ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS  
NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 23**

**CONSUMO DE TABACO ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS**

**NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN**

**VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**

CONSUMO DE TABACO		ECNT					Total
		DIABETES	ECV	ERC	CANCER	NINGUNO	
Nunca fumó	N°	3	3	0	1	35	42
	%	3,3%	3,3%	0,0%	1,1%	38,5%	46,2%
Fumó en primera intención	N°	3	3	4	0	33	43
	%	<b>3,3%</b>	<b>3,3%</b>	<b>4,4%</b>	0,0%	36,3%	47,3%
Ex fumador(a)	N°	0	0	0	0	4	4
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	4,4%
Fumador actual	N°	0	0	0	0	2	2
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	2,2%
Total	N°	6	6	4	1	74	91
	%	6,6%	6,6%	4,4%	1,1%	81,3%	100%

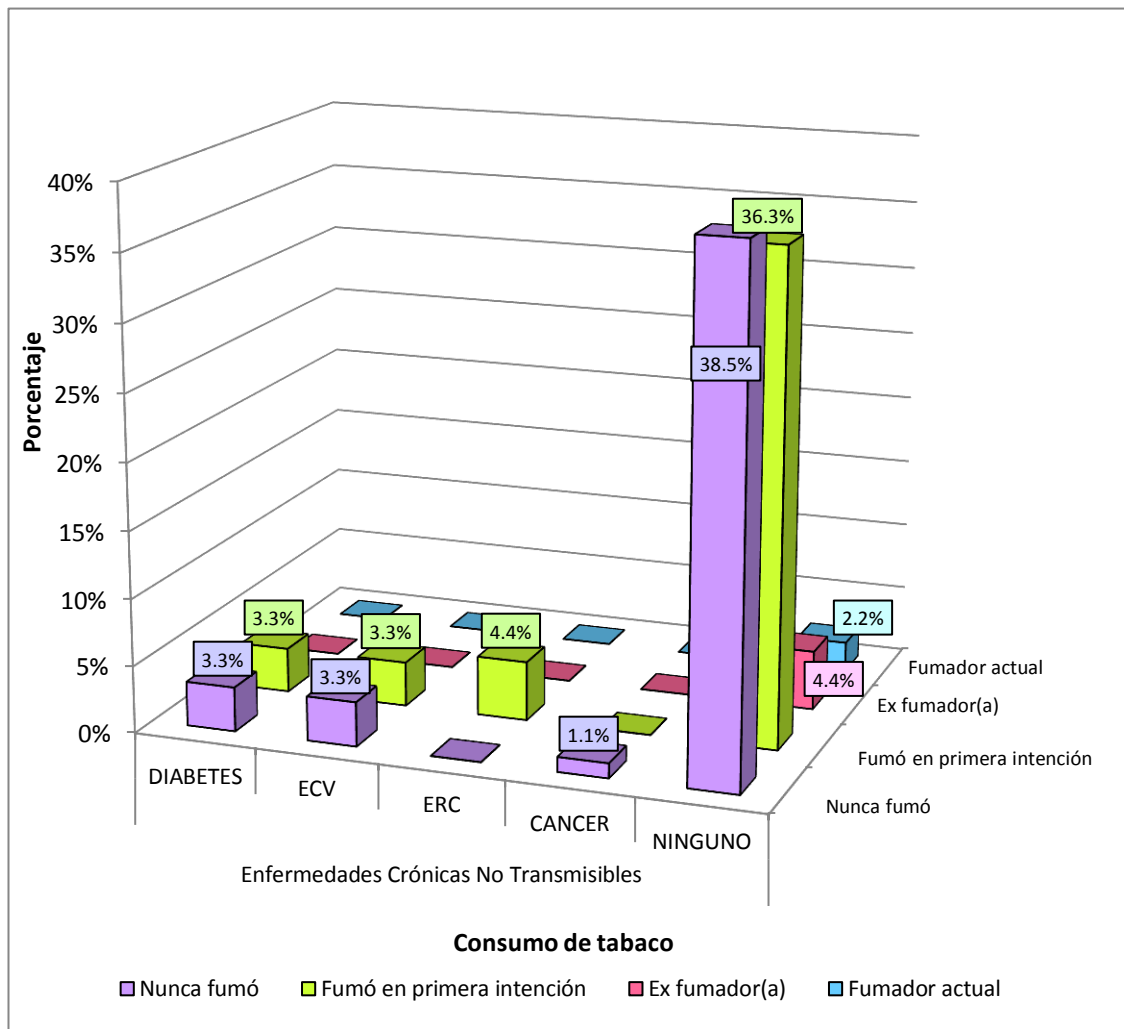
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**FIGURA N° 23**

**CONSUMO DE TABACO ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS  
NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 24**

**RÉGIMEN ALIMENTARIO ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS  
NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**

ALIMENTACIÓN		ECNT					Total
		DIABETES	ECV	ERC	CANCER	NINGUNO	
Alimentación inadecuada	N°	1	0	1	0	7	9
	%	1,1%	0,0%	1,1%	0,0%	7,7%	9,9%
Alimentación medianamente adecuada	N°	4	6	1	1	23	35
	%	<b>4,4%</b>	<b>6,6%</b>	1,1%	1,1%	25,3%	38,5%
Alimentación adecuada	N°	1	0	2	0	44	47
	%	1,1%	0,0%	2,2%	0,0%	48,4%	51,6%
Total	N°	6	6	4	1	74	91
	%	6,6%	6,6%	4,4%	1,1%	81,3%	100%

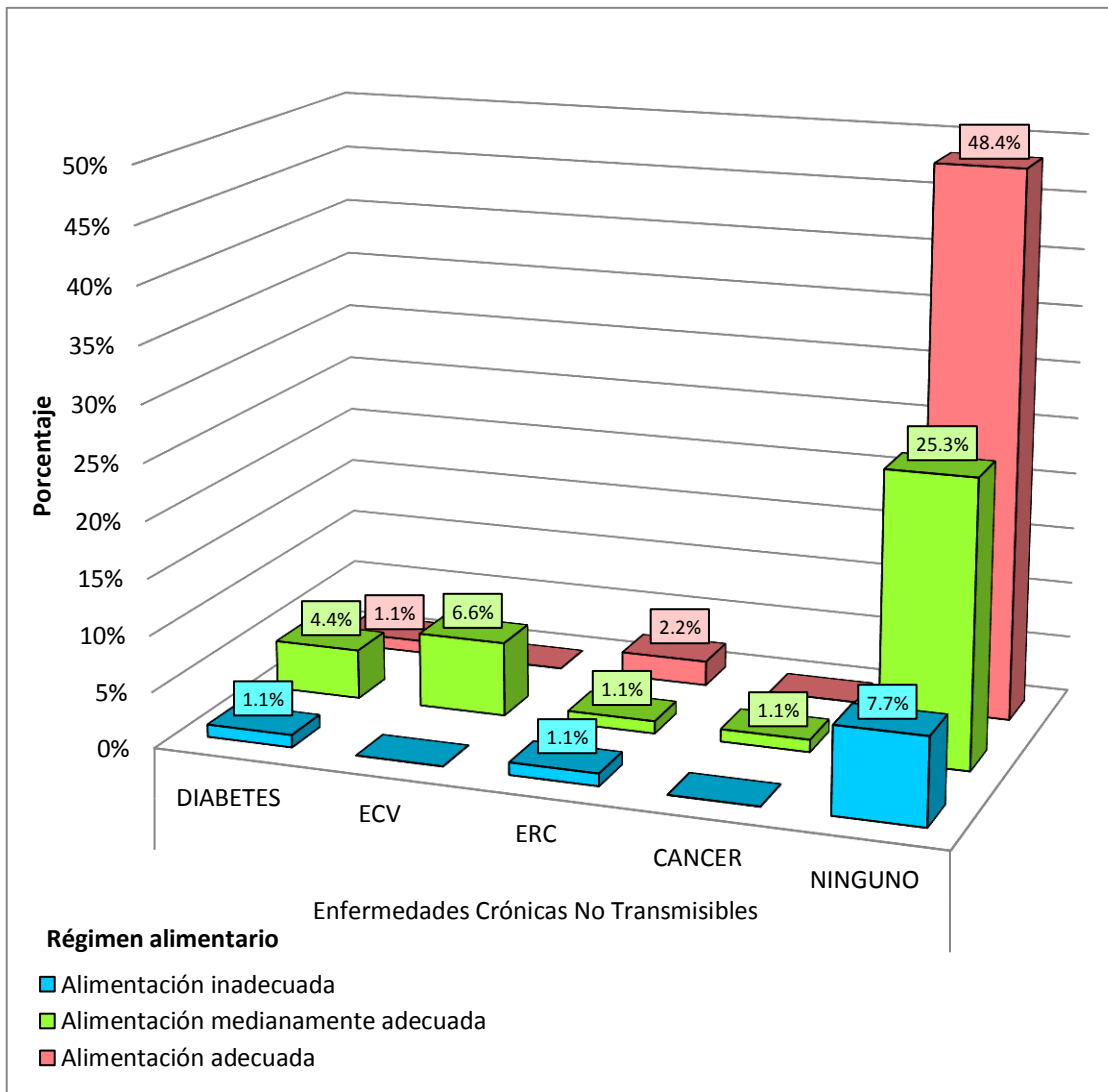
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

FIGURA N° 24

**RÉGIMEN ALIMENTARIO ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS  
NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

**TABLA N° 25**

**NIVEL DE ESTRÉS ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN  
VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014**

NIVEL DE ESTRÉS		ECNT					Total
		DIABETES	ECV	ERC	CANCER	NINGUNO	
Estrés Normal	N°	3	3	0	1	43	50
	%	3,3%	3,3%	0,0%	1,1%	47,3%	54,9%
Estrés Moderado	N°	3	3	4	0	25	35
	%	<b>3,3%</b>	<b>3,3%</b>	<b>4,4%</b>	0,0%	27,5%	38,5%
Estrés Severo	N°	0	0	0	0	6	6
	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,6%	6,6%
Total	N°	6	6	4	1	74	91
	%	6,6%	6,6%	4,4%	1,1%	81,3%	100%

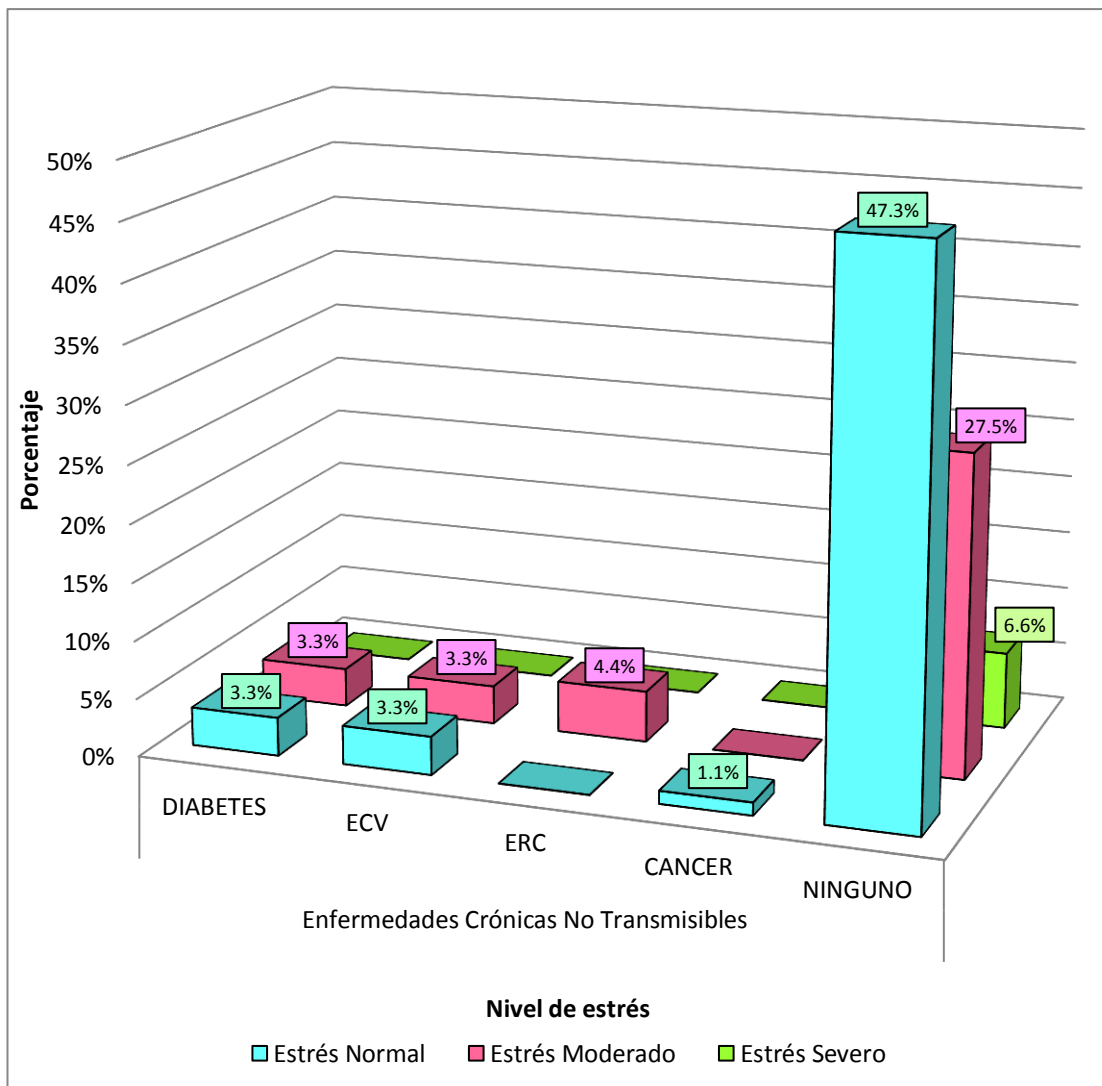
**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocollay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).

FIGURA N° 25

NIVEL DE ESTRÉS ASOCIADO A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN ADULTOS DE LA ASOCIACIÓN VISTA ALEGRE, POCOLLAY, TACNA - 2014



**NOTA:** Cuestionario "Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles", aplicado en adultos de 30 a 59 años.

**FUENTE:** Asociación "Vista Alegre" del distrito de Pocolay, Setiembre - Octubre del 2014.

**ELABORADO:** Instrumento STEPS de la OMS (adaptado por Bach. Gabriela del Rosario Sanchez Espillico).