



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”**

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS EN  
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN LUIS  
NIVEL I-3 EN EL PERIODO AGOSTO A SEPTIEMBRE DEL 2021

**Línea de investigación:**

**Salud Pública**

Tesis Para Optar El Título Profesional De Médico-Cirujano

**Autor (a):**

Arenas Ramirez, Yerson Williams

**Asesor (a):**

Barboza Cieza, Renio

(ORCID: 0000-0001-5085-5515)

**Jurado:**

Tantalean Dafieno, José Alberto Javier

Cabrera Arroyo, Edwin Elard

García Gutiérrez, Edwin Teodosio

**Lima - Perú**

**2021**

**Referencia:**

Arenas Ramirez, Y. (2021). Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años en el Centro De Salud San Luis nivel i-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5500>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPOLITO UNANUE”

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS EN  
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD SAN LUIS  
NIVEL I-3 EN EL PERIODO AGOSTO A SEPTIEMBRE DEL 2021**

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis Para Optar El Título Profesional De Médico-Cirujano

**Autor:**

Arenas Ramirez, Yerson Williams

**Asesor:**

Barboza Cieza, Renio

(ORCID: 0000-0001-5085-5515)

**Jurado:**

Tantalean Dafieno, José Alberto Javier

Cabrera Arroyo, Edwin Elard

García Gutiérrez, Edwin Teodosio

**Lima – Perú**

**2021**

## **Dedicatoria**

A mis padres, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis hermanos por todo su amor, apoyo y motivación.

Agradezco las incontables veces que me brindaron su apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, y a mi querido hermano por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes.

Gracias Wilman Arenas y Luzmila Ramírez.

## **Agradecimiento**

Agradezco a mis tutores Dr. Huarachi, Dr. Barboza, Dr. Zandoval,

por sus consejos, enseñanzas y guías.

A mis padres por todo el apoyo brindado  
de manera incondicional en todos estos años.

Al centro de salud san Luis por haberme abierto las puertas  
así hecho real esta tesis

## Índice

Resumen .....	vi
Abstract.....	vii
I. Introducción .....	1
1.1. Descripción y formulación del problema.....	2
1.1.1. Descripción del problema.....	2
1.1.2. Formulación del problema general.....	4
1.1.3. Formulación de los problemas específicos.....	4
1.2. Antecedentes .....	5
1.3. Objetivos .....	9
1.3.1. Objetivo general .....	9
1.3.2. Objetivos específicos: .....	9
1.4. Justificación .....	10
1.5. Hipótesis .....	11
1.5.1. Hipótesis alterna.....	11
1.5.2. Hipótesis nula.....	11
II. Marco teórico.....	12
2.1. Aproximación teórica.....	12
III. Método.....	19
3.1. Tipo de investigación.....	19
3.2. Ámbito temporal y espacial .....	19
3.3. Variables .....	20
3.4. Población y muestra.....	20
3.5. Instrumento .....	21
3.6. Procedimientos.....	21
3.7. Análisis de los datos .....	22
3.8. Consideraciones éticas .....	22
IV. Resultados.....	23
V. Discusión de resultados .....	46
VII. Conclusiones.....	48
VII. Recomendaciones.....	50

VIII. Referencias .....	51
IX. Anexos.....	56
Anexo N.º 01 Matriz de consistencia.....	56
Anexo N.º 02 Ficha de recolección de datos .....	60
Anexo N.º 03 Definición operacional de las variables .....	62

## Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo general determinar los factores de riesgo asociados en enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo 2021, por tanto, a nivel metodológico la investigación se desarrolla como uno retrospectivo, transversal, observacional, relacional, la muestra fue conformada por 189 pacientes y se utilizara como instrumento de recolecion de datos un ficha de registro. Los principales resultados revelan que los pacientes son del genero masculino en un 54%, entorno a la edad prevalencen los de 60 a 69 años en un 35% y el nivel de peso es obeso en un 37%. Se concluye que existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años con una significancia menor a 0,05 y se demostró que los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 durante el periodo 2021 son los habitos de consumo y los factores metabólicos..

**Palabras clave:** factores de riesgo, enfermedades cronicas, habitos de consumo, factores metabólicos.



## **Abstract**

The present research work had as a general objective to determine the risk factors associated with chronic diseases in patients older than 60 years at the San Luis Level I-3 Health Center in the period 2021, therefore, at a methodological level the research is developed As a retrospective, cross-sectional, observational, relational one, the sample consisted of 189 patients and a registry card was used as a data collection instrument. The main results reveal that 54% of the patients are male, around age 60 to 69 years prevail in 35% and the weight level is obese in 37%. It is concluded that there is a significant relationship between the prevalence of risk factors and chronic diseases in patients older than 60 years with a significance lower than 0.05 and it was demonstrated that the risk factors associated with chronic non-communicable diseases in patients older than 60 years at the San Luis Level I-3 Health Center during the period 2021 are consumption habits and metabolic factors

**Keywords:** risk factors, chronic diseases, consumption habits, metabolic factors.

## I. Introducción

El envejecimiento es uno de los temas más relevantes del siglo XXI, y la población de adultos mayores crecerá más rápidamente en las próximas décadas; con ellos, la tasa de enfermedades crónicas no transmisibles también va en aumento convirtiéndose en un problema emergente de salud pública que afecta a la sociedad. Se estima que las enfermedades no transmisibles representan el 70% de las muertes mundiales, además, se presumen que de las 28 millones de muertes anuales 46,2% se deben a enfermedades cardiovasculares, 21,7% a cáncer, 10,7% a enfermedades respiratorias y un 4% a diabetes (Kanti, et al., 2021).

Es importante referir que, a parte de ser enfermedades mortales estas en adultos mayores limitan la calidad de vida, se asocia a discapacidad y muerte prematura; así mismo, Bandar, et al (2020) refieren que estas enfermedades se convierten en una carga para el sistema de salud por el mayor uso de recursos e ingresos hospitalarios no planificados. En este sentido, es necesario que se controlen o regulen los factores que aumentan la prevalencia de estas enfermedades como el consumo de tabaco, dietas poco saludables, la actividad física insuficiente y el consumo nocivo de alcohol, dado que, su modificación puede generar cambios en la vida de los adultos mayores.

En base a lo referido, el desarrollo del estudio permitió obtener el conocimiento sobre los factores de riesgo en enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores y a partir de esto, se pueden desarrollar actividades de prevención, el diagnóstico y el tratamiento temprano en la sociedad. Además, se proporcionó información esencial para desarrollar pautas para pacientes con múltiples enfermedades crónicas y podría ayudar a las autoridades gubernamentales a asignar recursos para la atención de la salud de manera adecuada.

## **1.1. Descripción y formulación del problema**

### **1.1.1 Descripción del problema**

Las enfermedades crónicas no transmisibles son todos aquellos padecimientos o dolencias que tienen una evolución lenta en la persona como la diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias y otras, así mismo, a nivel mundial como refiere la Organización Mundial de La Salud (2021) aproximadamente estas cobran la vida al año de 41 millones de personas, lo cual equivale al 71% de las muertes que se producen en todo el mundo. Así mismo, dan a conocer que las principales enfermedades asociadas a la pérdida de la vida en adultos mayores son: las cardiovasculares con un promedio de 17,9 millones, seguidamente el cáncer con 9 millones, enfermedades respiratorias con 2,9 millones y la diabetes con 1,6 millones.

En consecuencia, se puede referir que estas 4 enfermedades causan más del 80% de las muertes por enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo, sin embargo, la OMS (2021) añade que esto viene suscitándose producto de un estilo de vida poco saludable como el consumo de tabaco, alcohol, estupefacientes, poca actividad física y alimentación poco saludable. Ahora bien, en el caso de Latinoamérica la Organización Panamericana de la Salud (2017) refiere que el 79%, es decir, casi cuatro de cinco muertes ocurren producto de enfermedades no transmisibles y las que tienen mayor incidencia son las cardiovasculares con un 38%, cáncer con un 25%, respiratorias con un 9% y diabetes con un 6%; las cuales son producto de hábitos y factores modificables en la vida de los adultos mayores.

Por otra parte, en el caso de Chile se estima que para el año 2017 según el Observatorio de envejecimiento (2021) un 84% de las muertes en el país fueron producto de enfermedades crónicas y para el 2019 esta cifra aumentó a un 86%; además para el grupo etario de 60 años a más las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa de descenso seguida de enfermedades respiratorias y neoplasias; así mismo, se ha estimado que estas enfermedades están asociadas negativamente en un 51,5% a estilo de vida poco adecuado, hábitos alimenticios poco saludables, sedentarismo, uso de tabaco y alcohol.

Ahora bien, en el caso Perú de acuerdo con la OMS (2016, citado por Barboza, 2020) para el 2016 el 69% de las muertes en todo el país se debían a Enfermedades crónicas no transmisibles, donde un 21% de estas se debían a enfermedades cardiovasculares y seguidas del cáncer con un 17,6%; las cuales se ven asociadas de manera significativa a riesgos conductuales como baja actividad física, mala alimentación, consumo de tabaco y alcohol; además. En consecuencia, es necesario tomar acciones correctivas de manera paulatina para poder reducir las tasas de muerte producto de estas enfermedades.

En cuanto al ámbito local, a través de la observación y conversaciones mantenidas con el personal de salud y usuarios del Centro de Salud San Luis Nivel I-3 se presume que existe una alta tasa de enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores, las cuales podrían estar asociadas a ciertos factores de riesgos como malos hábitos alimenticios, dado que, algunos usuarios manifestaron consumir poca fruta, prefieren consumir comidas chatarra con contenido alto en sodio y grasas saturadas y al momento de tomar alguna bebida optan por las gaseosas o bebidas procesadas; en cuanto a la actividad física esta es escasa o casi nula según lo referido por los mismos, dado que, comunicaron salir a caminar o ejercitarse solo cuando sus hijos se los solicitan; referente al consumo de alcohol algunos refirieron que los fines de semana no pueden faltar y en cuanto al consumo de tabaco algunos comentan que este es un medio relajante para ellos.

En este sentido, se presume que ciertos factores de riesgo podrían estar relacionados con la prevalencia de estas enfermedades; en consecuencia, se desarrolla la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados en la prevalencia de enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo 2021? la resolución de esta interrogante permitirá contar con un panorama claro y certero acerca de la realidad vivida y con ello se podrán proporcionar sugerencias para tomar medidas correctivas en la comunidad y con ello aumentar la calidad de vida de los adultos mayores.

### **1.1.2 Formulación del problema general**

¿Cuál es la relación entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?

### **1.1.3 Formulación de los problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación entre la prevalencia de los factores de riesgo y las enfermedades en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?
- ¿Cuál es la relación entre la prevalencia de los factores de riesgo y la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?
- ¿Qué factores de riesgo se asocian al cancer en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?
- ¿Qué factores de riesgo se asocian las enfermedades cardiovasculares en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?
- ¿Qué factores de riesgo se asocian con la diabetes mellitus en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?
- ¿Qué factores de riesgo se asocian con la EPOC en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?

- ¿Qué factores de riesgo se asocian con las enfermedades renales en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?
- ¿Qué factores de riesgo se asocian con las enfermedades óseas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.
- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?

## **1.2. Antecedentes**

Se ha efectuado una revisión de investigaciones previas que se relacionan con el propósito de investigación, los cuales se presentan desde el ámbito internacional a continuación:

En el estudio titulado “Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín” realizado en Cuba durante el 2017 con una muestra conformada por 2 085 pacientes adultos, las variables analizadas fueron: edad, peso, estatura, índice de masa corporal, perímetro abdominal, perímetro de cadera, índice cintura/cadera, índice cintura/estatura, presión arterial, y complementarios de laboratorio. Algunos de los resultados arrojados fueron la tasa de prevalencia de enfermedades crónicas y factores asociados fueron sobrepeso:33,7%, obesidad:45,2%, obesidad abdominal: 68%, hipertensión arterial: 63%, diabetes mellitus: 39.5%, síndrome metabólico 56,5% . Concluyendo que los adultos mayores presentaron mayor deterioro de sus medidas antropométricas y alteración del perfil lipídico que los adultos no mayores. (Soca, et al., 2017)

Otro estudio con características similares es el siguiente “Factores de riesgo comunes de enfermedades crónicas no transmisibles entre los adultos mayores en China, Ghana, México, India, Rusia y Sudáfrica: el estudio sobre el envejecimiento global y la

salud de los adultos” realizado en Europa durante el 2018, el cual tuvo como muestra en los diferentes países de China (N = 13,157), Ghana (N = 4,305), India (N = 6,560), México (N = 2,318), la Federación de Rusia (N = 3.938) y Sudáfrica (N = 3.836). Se encontraron siete factores de riesgo comunes principales en los países mencionados para las ENT: consumo diario de tabaco, consumo frecuente de alcohol en exceso, actividad física de bajo nivel, ingesta insuficiente de frutas y verduras, índice cintura-cadera de alto riesgo, obesidad e hipertensión. Obteniendo los siguientes resultados del consumo diario de tabaco osciló entre el 7,7% (Ghana) y el 46,9% (India), el consumo frecuente de alcohol fue el más alto en China (6,3%) y el más bajo en India (0,2%), y la prevalencia más alta de baja actividad física fue en Sudáfrica (59,7%). La mayor prevalencia de encuestados con alto riesgo de relación cintura-cadera fue 84,5% en México, y la prevalencia de hipertensión autoinformada varió del 33% (India) al 78% (Sudáfrica). La obesidad fue más común en Sudáfrica, la Federación de Rusia y México (45,2%, 36% y 28,6%, respectivamente) en comparación con China, India y Ghana (15,3%, 9,7% y 6,4%, respectivamente). Concluyendo que la asimetría de los factores de riesgo por cada país fue muy marcada, y la información obtenida puede ayudar a los países y a los responsables de la formulación de políticas de salud a establecer intervenciones que aborden la epidemia mundial de enfermedades crónicas no transmisibles (Fan Wu, et al., 2015).

De igual manera se encuentra relacionado el estudio titulado “Prevalencia de las enfermedades pulmonares crónicas y su relación con factores de riesgo en el adulto mayor, en la consulta externa del servicio de medicina interna del hospital general Enrique Garcés, durante el primer semestre de 2018” realizado en Ecuador durante 2019, el cual tuvo como muestra 380 pacientes adultos mayores con sintomatología respiratoria crónica. Obteniendo los siguientes resultados que el uso de carburantes de biomasa se asocian fuertemente con los diferentes enfermedades crónicas en un 44,47%, y también se encontró en el 48,5% de los pacientes con EPOC. La prevalencia de EPOC fue de 34,7% , asma 7.6 % , EPID 4,2%. Concluyendo que las enfermedades crónicas predominan en el sexo femenino, el patrón espirométrico más observado fue el obstructivo, aunque este no se observa en la mayoría de pacientes etiquetados como EPOC lo que nos obliga a plantearnos la posibilidad de sobre diagnóstico de EPOC en los pacientes del hospital. Enrique Garcés, y que se estén subdiagnosticando otras patologías del grupo de EPID. (Revelo, 2019)

Finalmente, el ultimo estudio a nivel internacional relacionado es el titulado “Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 – 2009” Realizado en Argentina y publicado en el 2016. El mismo tuvo como objetivo evaluar el impacto de las enfermedades crónicas prevalentes en la población mayor de 65 años en Argentina en el período 2001 – 2009, para ello se desarrolla con una muestra conformada por la totalidad de población encontrada en los registros durante los periodos referidos, así mismo, se evaluaron las siguientes variables sexo y edad, diabetes, Accidente Cerebrovascular (ACV), Enfermedad Pulmonar Crónica, Hipertensión arterial (HTA), Osteoartritis y enfermedades cardiacas. Se concluye evidenciando un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles por factores como los hábitos de consumo y los factores metabólicos, tales como la diabetes y hipertensión en los adultos mayores producto de factores del sedentarismo, malos hábitos alimenticios y el consumo de tabaco (Conrado, 2016)

Ahora bien, en cuanto a las investigaciones a nivel nacional se encuentran las siguientes, “Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú” Realizada en Ayacucho durante el 2020, la cual tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los factores de riesgo, que tiene una asociación de a las enfermedades cardiovasculares en una población de 18 a 64 años de edad residentes del distrito de Ayacucho. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, correlacional en el que se aplicó una encuesta a una muestra de 421 pacientes, se les hizo exámenes de glucemia y perfil lipídico, y se les tomó peso, talla (antropometría) y presión arterial. Los resultados obtenidos fueron 64,8 de la población presentó al menos un factor de riesgo para sufrir de enfermedades cardiovasculares, también se observó prevalencia del 14,6 % y 7,8% para HTA y DM2, respectivamente. Concluyendo que HTA, DM2, dislipidemia y obesidad, están asociadas a factores de riesgo conductuales modificables, si se toman acciones correctivas se disminuiría el riesgo a adquirir enfermedades cardiovasculares. (Barboza, 2020).

Así mismo, se puede encontrar estudios como el siguiente titulado “Factores de riesgo asociados a complicaciones intrahospitalarias, en adultos mayores del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima, 2010” Realizado en Lima y publicado el 2015. El mismo tuvo como objetivo analizar los factores de riesgo asociados a complicaciones intrahospitalarias, en adultos mayores del Hospital Nacional Edgardo



Rebagliati Martins Lima, 2010, el mismo tuvo una muestra conformada por 228 adultos mayores y los principales resultados revelan que el cáncer, diabetes, enfermedades pulmonares, cardiovasculares son las principales enfermedades presentes en los adultos mayores. Se concluye que factores como presencia de comorbilidades, el estado funcional basal y las condiciones físicas y alimenticias son predominantes para el desarrollo de estas enfermedades (Lizarbe, Gamarra, & Parodi, 2015).

De igual forma se encuentran similitudes en el estudio titulado “Estilos de vida de los pacientes adultos mayores relacionado con la hipertension arterial de la estrategia Sanitaria de enfermedades crónicas no transmisibles del Hospital II-2 Sullana – Piura; Abril – Junio 2017” Realizado en el Callao presentado el 2018 . Cuyo objetivo de estudio terminar estilos de vida en los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la estrategia sanitaria de enfermedades crónicas no transmisibles del hospital II-2 Sullana-Piura –abril –junio 2019, con una muestra conformada por 220 pacientes adultos mayores. Se concluye que en relación a estilos de vida de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la estrategia sanitaria de enfermedades crónicas no transmisibles del hospital II-2 Sullana, el 67.06% de los pacientes tienen un estilo de vida no saludable y un 32.94% que tienen un estilo de vida poco saludable (Guevara & calderón, 2018).

Finalmente, el ultimo estudio a nivel nacional se titulada “Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la asociación Vista Alegre, Pocollay, Tacna – 2014” Realizado en Tacna publicado el 2014, cuyo objetivo de estudio fue determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la Asoc. Vista Alegre del distrito de Pocolla, para ello la muestra se conformó por 310, se evaluaron variables como edad, peso, talla de cintura, presión arterial e índice de masa corporal. Se concluye que los 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. y los factores de riesgo conductuales, como el nivel de actividad física sedentario (OR=3,943; IC 95% 1,256 - 12,380; p=0,014); el 114 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 (Sánchez, 2014).

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo 2021

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Identificar la relación entre la prevalencia de los factores de riesgo y las enfermedades en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.
- Identificar la relación entre la prevalencia de los factores de riesgo y la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021
- Identificar que factores de riesgo se asocian al cancer en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.
- Identificar que factores de riesgo se asocian las enfermedades cardiovasculares en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.
- Identificar que factores de riesgo se asocian con la diabetes mellitus en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.

- Identificar que factores de riesgo se asocian con la EPOC en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.
- Identificar que factores de riesgo se asocian con las enfermedades renales en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.
- Identificar que factores de riesgo se asocian con las enfermedades óseas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.
- Identificar los factores de riesgo asociados a la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.

#### **1.4. Justificación**

El estudio a nivel teórico se justifica porque se desarrolla a través de teorías y estudios previos que le permiten crear un cúmulo de conocimientos para la comprensión de la realidad en análisis y con ello, se gesta un estudio que servirá para otros investigadores que desarrollen un propósito similar al abordador. Ahora bien, en cuanto a su justificación social la obtención de los resultados permitirá al personal de salud iniciar una serie de estrategias, planes y programas educativos de estas enfermedades presentes en los adultos mayores con la intención que reducir, prevenir y controlar el desarrollo de estas y los factores de riesgo; en este sentido, el estudio se orienta a generar información que permitirá a los profesionales y usuarios efectuar cambios conductuales y de estilos de vida.

Finalmente, a nivel metodológico el estudio se justifica con el desarrollo de un instrumento que permitirá evaluar los factores de riesgo y la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores; el cual, servirá como un medio de evaluación de manera rutinaria en el centro de salud o bien como un instrumento de medición para cualquier investigador que desee abordar un propósito similar.

## **1.5. Hipótesis**

### **1.5.1. Hipótesis alterna**

Existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años

### **1.5.2. Hipótesis nula**

No existe relación significativa entre los factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años.

## **II. Marco teórico**

Ahora bien, se ha efectuado una revisión de las diversas teorías que engloban tanto los factores de riesgos como la prevalencia de enfermedades crónicas en pacientes mayores

### **2.1. Aproximación teórica**

#### **Modelo lineal de calidad de vida**

Wilson y Cleary (1995 citado por Oluwafem, et al., 2017) propusieron un modelo conceptual de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que integra los aspectos biológicos y psicológicos de los resultados de salud. A través de esto establecieron cinco niveles diferentes en su modelo, siendo estos: factores fisiológicos, estado de los síntomas, salud funcional, percepciones generales de salud y calidad de vida en general.

En consecuencia, establecieron que la calidad de vida general se percibe como un sentimiento subjetivo de felicidad y satisfacción con la vida que está determinado por factores individuales como el sexo, el estado civil, la reactividad emocional ante situaciones difíciles, las funciones cognitivas y el grado de motivación para emplear medidas correctivas; factores socioambientales, como la familia, los amigos, los vecinos, el lugar de trabajo y el sistema de apoyo general; factores biológicos, como el funcionamiento de células, órganos y sistemas biológicos; síntomas, o cómo el paciente percibe su propio estado físico, emocional y cognitivo como desviado de la norma; funcionamiento biopsicosocial, o la capacidad de un individuo para realizar tareas en diversas esferas de la vida relacionadas con su funcionamiento físico, social y psicológico y el juego de roles; y la percepción general de la salud, o la evaluación subjetiva de un individuo de su propio estado de salud (Sosnowski, et al.; 2017).

#### **Modelo de los efectos del afecto positivo**

De acuerdo con Pressman, et al.; (2019) este modelo es propuesto por Pressman y Cohen en 2015 y buscan explicar los efectos que tiene el afecto positivo durante el envejecimiento, dado que, a través de este se pueden promocionar hábitos saludables, actitudes y comportamientos favorables para una adecuada calidad de vida. Bajo este

perspectiva, la prevención y control de las enfermedades parte desde el acercamiento familiar y médico, a través de ello la calidad de vida de los adultos mayores puede alcanzar un grado óptimo tanto a nivel físico como psicológico y emocional.

### **Modelo de atención integrada**

El modelo de atención integradas se desarrolló para transformar el sistema de atención médica en un sistema equipado para enfermedades crónicas al ofrecer atención proactiva, centrada en el paciente e integrada. Este modelo combina las organizaciones comunitarias con el sistema de atención de la salud y tiene cuatro elementos clave interdependientes y basados en la evidencia. Los cuatro elementos clave son según Spooenber, et al., (2018):

1. Apoyo para la autogestión: La cual implica ayudar a los pacientes y sus familias a participar activamente en el proceso de atención de la salud mediante el uso de estrategias de apoyo para la autogestión basadas en la evidencia;
2. Diseño del sistema de prestación: Involucra la creación de equipos de atención primaria de salud que brinden y coordinen atención y apoyo proactivos, preventivos y coherentes, monitoreen tanto el proceso como la calidad de la atención y garanticen el seguimiento de los pacientes;
3. Apoyo a la toma de decisiones: Utilizar protocolos y guías de tratamiento basados en la evidencia por parte de profesionales y pacientes incorporándolos a la práctica diaria;
4. Sistemas de información clínica : Mediante un sistema electrónico de información del paciente que permite el acceso in situ a la información esencial del paciente por parte de profesionales y pacientes, planificación del tratamiento e incorporación de pautas.

Estos elementos coherentes e interactivos estimulan interacciones productivas entre un paciente informado y activado y un equipo de profesionales preparado y

proactivo, lo que en última instancia podría conducir a una mejor atención de las enfermedades crónicas y mejores resultados.

### **Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem**

La teoría del déficit de autocuidado se desarrolló como resultado de que Dorothea E. Orem trabajara hacia su objetivo de mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de su estado. Según Khademian, et al. (2020) el modelo interrelaciona conceptos de tal manera que crea una forma diferente de ver un fenómeno en particular. La teoría es relativamente simple, pero generalizable para aplicarla a una amplia variedad de pacientes y este puede ser utilizado para orientar y mejorar la práctica:

Los principales supuestos de la teoría del déficit de autocuidado de Orem son según Ferreira et al., (2021)

:

1. Las personas deben ser autosuficientes y responsables de su cuidado, así como de otros miembros de su familia que necesitan cuidados.
2. Las personas son individuos distintos.
3. La enfermería es una forma de acción. Es una interacción entre dos o más personas.
4. Cumplir con éxito los requisitos de autocuidado universal y de desarrollo es un componente importante de la prevención de la atención primaria y la mala salud.
5. Es necesario que una persona conozca los posibles problemas de salud para promover comportamientos de autocuidado.
6. El autocuidado y el cuidado de personas dependientes son conductas aprendidas en un contexto sociocultural.

En este sentido, esta teoría incluye el autocuidado, la cual es la práctica de actividades que un individuo inicia y realiza en su propio nombre para mantener la vida, la salud y el bienestar; agencia de autocuidado, que es una habilidad humana que es “la habilidad de participar en el autocuidado”, condicionada por la edad, el estado de desarrollo, la experiencia de vida, la orientación sociocultural, la salud y los recursos disponibles; demanda de autocuidado terapéutico, que es el total de acciones de autocuidado que se deben realizar durante un período específico para cumplir con los

requisitos de autocuidado mediante el uso de métodos válidos y conjuntos de operaciones y acciones relacionadas; y requisitos de autocuidado, que incluyen las categorías de requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud.

## **2.2. Factores de riesgo**

De acuerdo con Tumas et al., (2021) se puede calificar como factores de riesgos a todas aquellas actitudes y comportamiento no saludables que pueden llegar a desencadenar enfermedades crónicas, así mismo, refiere que estos pueden ser transmitidos a través de las costumbres familiares, el entorno donde viven y gradientes demográficos. Por otra parte, Carvalho et al., (2020) refieren que los factores de riesgos son cualquier característica o circunstancia detectable en una persona que puede asociarse con el desarrollo de una enfermedad, de igual forma añade que estos se relacionan con un daño a la salud.

Así mismo también puede referirse según Bista et al.; (2021) son todos aquellos hábitos, costumbres alimentarias, prácticas y estilos de vida presentes en un individuo que puede incrementar la posibilidad de padecer algún tipo de enfermedad o lesión; ocasionando con ello un deterioro en su vida. En base a lo anterior la variable se evaluará de acuerdo a las siguientes dimensiones:

### **Factor etario**

Hace referencia a la edad que tiene el paciente, aunque, todas las edades están en riesgo del desarrollo de las mismas, incluso antes del nacimiento. Estas enfermedades pueden comenzar en los primeros años de vida y seguir progresando durante la infancia, la adolescencia y la vejez; sin embargo, estas enfermedades son más difíciles de tratar cuando la persona tiene una edad superior a los 60; en consecuencia se evaluarán como indicadores el riesgo I: de 60 a 69, riesgo II: de 70 a 79 y riesgo III: más de 80 (Zenu, et al 2020).

### **Factor sexo**

El sexo se considera un factor predominante para el desarrollo de diversas enfermedades, entre ellas las mujeres tienen una alta tendencia al desarrollo de cáncer de



mama, mientras que los hombres tienden a desarrollar enfermedades cardiovasculares por el alto consumo de comidas sobrecargadas en grasas y sodio; sin embargo, ambos sexos están predispuestos al desarrollo de cualquier enfermedad, en consecuencia, se evaluarán como indicadores pacientes que sean del sexo masculino y femenino (Zenu, et al 2020).

### **Factor hábitos**

Se consideran como todas aquellas costumbres dietéticas y de estilo de vida que lleva una persona, las cuales pueden predisponer al individuo al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (Sarma, et al., 2019). En consecuencia se evalúan como indicadores el consumo de tabaco, la cual se conceptualiza como el consumo de cualquier forma de tabaco, el segundo indicador es la alimentación, refiriéndose al tipo de dieta llevado; el tercer indicador es la actividad física haciendo referencia a la regularidad de ejercitarse durante la semana y como último indicador se evalúa el consumo de drogas, siendo este el consumo de cualquier tipo de estupefaciente.

### **Factor metabólico**

De acuerdo con Gbadamosi & Tlo (2020) son factores relacionados con el individuo y su comportamiento para llevar una vida sana, entre estos factores se evalúa el sobrepeso, siendo este un peso corporal mayor de lo considerado normal; el segundo indicador a evaluar es la presión arterial, el cual es un factor de riesgo significativo para muchas enfermedades, como la enfermedad coronaria, la enfermedad renal crónica y los accidentes cerebrovasculares; otro indicador a evaluar es el nivel de glucosa, siendo este el nivel de azúcar presente en la sangre; el cuarto indicador a evaluar es el nivel de colesterol, siendo este la cantidad de lípidos presentes en la sangre que no permiten su circulación adecuada; el quinto indicador a evaluar es el nivel de triglicéridos, siendo este los valores de grasas presentes en la sangre; como sexto indicador se evalúa la hiperglucemia, siendo este el nivel alto de azúcar en la sangre y como último indicador se evalúa la hiperlipidemia, siendo este el aumento de grasas en el organismo del individuo.

### 2.3. Prevalencia e enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades se denominan con frecuencia transmisibles o no transmisibles. Las enfermedades transmisibles comprenden enfermedades infecciosas como la tuberculosis y el sarampión, mientras que las enfermedades no transmisibles (ECNT) son en su mayoría enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Ahora bien, las enfermedades crónicas no transmisibles también conocidas como enfermedades crónicas, son afecciones médicas que se asocian con una larga duración y un progreso lento. a mayoría de las ENT no son infecciosas y son el resultado de varios factores, incluidos factores genéticos, fisiológicos, conductuales y ambiente (Budreviciute, et al., 2020)

Por otra parte, Blundell y Hine (2019) refieren que el término enfermedad crónica no transmisible se extiende para abarcar un amplio espectro de problemas de salud, incluidos problemas de salud mental, discapacidades (incluidas ceguera y sordera), trastornos genéticos, traumatismos, enfermedades renales, trastornos endocrinos, trastornos neurológicos, trastornos hematológicos, enfermedades gastroenterológicas, enfermedades hepáticas, problemas musculoesqueléticos y afecciones dermatológicas. A partir de lo anterior se evaluarán dos dimensiones, siendo estas:

#### **Enfermedades**

De acuerdo con Budreviciute et al., (2020) se considera enfermedad a cualquier lesión o alteración grave o leve del funcionamiento normal del organismo del individuo o bien de alguna de sus partes producto de una causa externa o interna. En consecuencia para el presente estudio se evaluarán enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, siendo este producto de tres categorías, que incluyen: (i) carcinógenos biológicos (por ejemplo, infecciones virales, bacterianas o parasitarias, factores hormonales y genéticos); (ii) carcinógenos químicos (como contaminación de alimentos y agua y tabaquismo); y (iii) carcinógenos físicos (como radiación ultravioleta e ionizante). Sin embargo, el tabaquismo se considera la principal causa de cáncer, seguido de una mala alimentación.

El segundo indicador a evaluar son enfermedades cardiovasculares, las cuales son un grupo de trastornos que no solo están relacionados con afecciones cardíacas, como

enfermedad cardíaca isquémica (CI), accidente cerebrovascular, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica y enfermedad cardíaca reumática, sino también con la sangre. vasos que involucran hipertensión y condiciones asociadas con la circulación cerebral, carotídea y periférica.

El tercer indicador a evaluar es la diabetes, siendo esta una enfermedad donde los niveles de la azucar estan por encima de lo normal, asi mismo, se refiere que los dos tipos principales de diabetes conducen a la hiperglucemia. El cuarto indicador a evaluar es el EPOC, siendo esta una enfermedad pulmonar obstructiva crónica que se genera a traves de la obstruccion del flujo de aire en los pulmones. El quinto indicador a evaluar obesidad, siendo este un transtorno que se caracteriza por la acumulacion excesiva de grasa en el cuerpo; el sexto a indicador a evaluar son las enfermedades renales, siendo estos padecimientos que afectan el sistema renal del individuo y se desarrollan de manera lenta. Finalmente como último indicador se evaluan las enfermedades óseas, siendo estas todo tipo de padecimiento que afectan el sistema oseo del individuo como la artritis, osteoporosis, entre otras.

### **Calidad de vida**

De acuerdo con Aponte (2015) se puede definir a la calidad de vida como el bienestar y satisfacción que puede tener un individuo con la vida, el mismo puede denominarse como un estado óptimo de salud, emocional, físico y social, el cual puede describirse como estado de bienestar. En consecuencia, se evalúan los siguientes indicadores: Autonomía, el cual hace referencia ala posibilidad de realizar actividades basicas e instrumentales sin la necesidad de apoyo; el segundo indicador a evaluar son las condiciones ambientales, haciendo referencia al entorno y personas relacionadas con el adulto mayor que le permiten cuidar de si mismo y como ultimo indicador se evalua el manejo de la enfermedad, el mismo se refiere a la capacidad que tiene el individuo de controlar su enfermedad y tener una vida de manera normal.

### **III. Método**

#### **3.1. Tipo de investigación**

- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos en que capta información el estudio se caracterizó como retrospectivo, dado que, la información será analizada de periodos posteriores al presente (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014). Es decir, la información se analizará del periodo 2021.

- Según el periodo y secuencia de estudio este se clasificó por ser transversal, dado que, las variables se analizan en un solo momento en el tiempo (Kerlinger & Howard, 2002). Es decir, las variables serán abordadas durante el transcurso del año del 2021.

- Según la interferencia del investigador este se caracterizó por ser observacional, dado que no se intervendrá en el proceso, solo se describirá y se medirá los hechos entre las variables durante la investigación, (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2014) Es decir solo se presentará los hechos tal y como suceden en la realidad sin intervención del investigador.

- Por el análisis y alcance de los resultados este se posicionó como uno relacional, dado que, el proceso abordado busca analizar la relación existente entre las variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) En otras palabras, se busca conocer la relación entre la prevalencia de los factores y las enfermedades crónicas no transmisibles.

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

El presente estudio se desarrolló en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3, así mismo, el mismo se ejecuta durante el año 2021.

### 3.3. Variables

#### 3.3.1. Variables independientes

➤ **Factores de riesgo**

Factor etario (Riesgo I: de 60 A 69, Riesgo II: de 70 A 79, Riesgo III: más DE 80)

Factor sexo (Femenino Masculino)

Factor hábitos (Consumo de tabaco = Consume / No consume, Alimentación = Adecuado / Inadecuado, Actividad física = Regular /Sedentarismo, Consumo de drogas =Consume / No consume)

Factor Metabólico (Sobrepeso, Presión arterial, Nivel de glucosa, Nivel de colesterol, Nivel de triglicéridos, Hiperglucemia e Hiperlipidemia)

#### 3.3.1. Variables dependientes

➤ **Enfermedades crónicas no transmisibles**

Enfermedades (Cáncer, Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, EPOC, Renales y Óseas)

Calidad de vida (Autonomía, condiciones ambientales y manejo de la enfermedad)

### 3.4. Población y muestra

La población se concibe como todos los integrantes que poseen características similares para el recojo de información en un estudio. (Van Rijnsoever, 2017) Para la presente investigación la población estuvo conformada por 373 pacientes mayores de 60 años que acuden por alguna enfermedad al Centro de Salud San Luis de Nivel I-3.

Ahora bien, en cuanto a la muestra está se concibe como una porción representativa de la población, de la cual se extraen los datos, así mismo, el tamaño de la misma es determinado mediante un muestreo no probabilístico que corresponde al

aleatorio simple, es decir, se basa en el empleo de una fórmula estadística para determinar la cantidad y la selección de los integrantes se basa en el azar. En consecuencia, la muestra se conformó por 189 pacientes y fue determinada en base a la siguiente fórmula:

$$\frac{373 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (373 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 189$$

#### 3.4.1. Criterios de selección

##### ➤ Criterios de inclusión

Pacientes de 60 años a más

Pacientes atendidos durante el mes de agosto a septiembre del 2021

##### ➤ Criterios de exclusión

Pacientes con datos clínicos mal llenados.

Pacientes con una edad menor a 60 años.

#### 3.5. Instrumento

Para el logro de cada uno de los objetivos específicos se procedió a emplear las siguientes técnicas y herramientas: Los datos encontrados en las historias clínicas de los pacientes que estén dentro de este grupo de enfermedades crónicas no transmisibles del centro de Salud San Luis, fueron vaciados a una ficha de recolección de datos lo cual facilitara tener una nómina ordenada para poder subir al computador y pasarlo al programa estadístico.

#### 3.6. Procedimientos

Para el recojo de datos lo primero a ejecutar fue una solicitud de autorización del Centro de Salud San Luis para obtener acceso a las historias clínicas de aquellas pacientes comprendido dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles; una vez que se obtuviera la aprobación del documento se procedió a la recolección de la información en el instrumento desarrollado, consecuentemente se procedió a codificar la información para poder analizarla de manera estadística.

### **3.7. Análisis de los datos**

Para el análisis de datos se realizó una matriz de datos, en donde se ordenaron mediante el programa informático Microsoft Excel para ejecutar el análisis descriptivo de las variables, posteriormente se trasladó la información al programa estadístico SPSS donde se aplicaron las pruebas estadísticas para conocer la prevalencia de los factores de riesgo y su relación con la prevalencia mediante una prueba de Chi Cuadrado y Rho Spearman.

### **3.8. Consideraciones éticas**

El presente estudio fue evaluado por el comité institucional de ética en investigación del centro del Centro de Salud San Luis. Además, se ha procurado seguir las normas éticas establecidas para este tipo de estudio dadas por la Asociación Médica Mundial (AMM) a través de la declaración de Taipei en el año 2016, es decir, el estudio buscó garantizar la confidencialidad y anonimato de los sujetos de estudio, como tal el estudio no requiere de ningún consentimiento informado por parte de los pacientes. Además, el estudio cumplió con el principio de no maleficencia pues con el estudio no se realiza ningún daño o se perjudica a otros, también con el principio de beneficencia pues se busca beneficiar al paciente al conocer los factores asociados y poder desarrollar medidas de salud que no lo perjudiquen. Se realizó el estudio no teniendo ningún tipo de vínculo, relación o compromiso económico entre los investigadores y los sujetos de estudio que condicione su participación a lo largo del trabajo de investigación.

## IV. Resultados

### 4.1. Caracterización de la muestra

**Tabla 1.**

*Caracterización de la muestra*

	Calificación	Frec.	%
Género	Masculino	103	54%
	Femenino	86	46%
Edad	60 - 69	69	37%
	70 – 79	66	35%
	80 o más	54	29%
Nivel de peso	Bajo	59	31%
	Normal	0	0%
	Sobrepeso	60	32%
	Obeso	70	37%

En la tabla 1 se puede observar que de los 189 pacientes el 54% (103) son del género masculino y el 46% (86) pertenecen al género femenino, referente a la edad el 37% (69) se ubica entre los 60 a 69 años, el 35% (66) tiene entre 70 a 79 años y el 29% tiene 80 o más edad. Por último, entorno a al nivel de peso el 37% (70) es considerado como obeso y el 32% (60) presenta sobrepeso.

### 4.2. Análisis descriptivo

#### 4.2.1. Riesgo etario

**Tabla 2.**

*Riesgo etario*

Clasificación	Frec.	%
I: Bajo	70	37%
II: Medio	68	36%
III: Alto	51	27%

En la tabla 2 se puede observar que de los 189 pacientes el 37% (70) presentan un riesgo bajo, seguidamente el 36% (68) se encuentran en un riesgo medio y el 27% (51) presentan un riesgo alto debido a su edad.



### 4.2.2. Hábitos de consumo

**Tabla 3.**  
*Análisis descriptivo de los hábitos de consumo*

		Clasificación	Frec.	%
Tabaco	Consumo	No	124	66%
		Si	65	34%
	Frecuencia	Nunca	127	67%
		Casi nunca	48	25%
		A veces	11	6%
		Casi siempre	3	2%
Cantidad	Poco	121	64%	
	Regular	50	26%	
Alcohol	Consumo	Mucho	9	5%
		No	67	35%
	Frecuencia	Si	122	65%
		Nunca	78	41%
		Casi nunca	80	42%
		A veces	17	9%
	Cantidad	Casi siempre	10	5%
		Poco	73	39%
	Consumo	Regular	84	44%
		Mucho	26	14%
Comida saludable	Consumo	No	119	63%
		Si	70	37%
	Frecuencia	Nunca	119	63%
		Casi nunca	51	27%
		A veces	4	2%
		Casi siempre	12	6%
	Cantidad	Poco	115	61%
		Regular	35	19%
Comida rápida	Consumo	Mucho	37	20%
		No	80	42%
	Frecuencia	Si	109	58%
		Nunca	94	50%
		Casi nunca	35	19%
	Cantidad	A veces	24	13%
Casi siempre		21	11%	
	Poco	81	43%	
	Regular	57	30%	
	Mucho	19	10%	

En la tabla 3 se puede observar el análisis descriptivo entorno a los hábitos de consumo de los 189 pacientes con su frecuencia y cantidad, en este sentido, en cuanto al

consumo de tabaco el 66% (124) no consume tabaco y el 34% (65) refiere que si consume con una frecuencia del 67% (127) para nunca, el 25% (48) refirió que casi nunca, seguidamente el 6% (11) refiere que a veces y el 2% (3) manifiesta que siempre consume; finalmente entorno a la cantidad el 64% (121) considera que poco, el 26% (50) refiere que la cantidad es regular y el 5% (9) considera que mucho.

Entorno al consumo de alcohol el 35% (67) no consume alcohol y el 65% (34) refiere que, si consume, ahora bien la frecuencia de consumo está representada de la siguiente forma el 41% (78) refiere que nunca, el 42% (80) refirió que casi nunca, seguidamente el 9% (17) refiere que a veces y el 5% (10) manifiesta que siempre consume; finalmente entorno a la cantidad el 39% (73) considera que poco, el 44% (84) refiere que la cantidad es regular y el 14% (26) considera que mucho.

Los pacientes manifiestan que un 63% (119) no consume comida saludable mientras que el 37% (70) de ellos refiere que sí. La frecuencia de consumo está representada de la siguiente forma el 63% (119) refiere que nunca, el 27% (51) refirió que casi nunca, seguidamente el 2% (4) refiere que a veces y el 6% (12) manifiesta que siempre consume; finalmente entorno a la cantidad el 61% (115) considera que poco, el 19% (35) refiere que la cantidad es regular y el 19% (35) considera que mucho.

Por último, en cuanto al consumo de comida rápida manifiestan que un 42% (80) no consume comida rápida mientras que el 58% (109) de ellos refiere que sí. La frecuencia de consumo está representada de la siguiente forma el 50% (94) refiere que nunca, el 19% (35) refirió que casi nunca, seguidamente el 13% (24) refiere que a veces y el 11% (21) manifiesta que siempre consume; finalmente entorno a la cantidad el 43% (81) considera que poco, el 30% (57) refiere que la cantidad es regular y el 10% (19) considera que mucho.

### 4.2.3. Factor metabólico

**Tabla 4.**  
*Análisis descriptivo de los hábitos de consumo*

	Clasificación	Frec.	%
Colesterol	Aceptable	155	82%
	Limite	33	17%
	Alto	1	1%
Glucosa	Hipo	10	5%
	Normal	3	2%
	Elevado	61	32%
Hiperglucemia	Hiper	115	61%
	Aceptable	4	2%
	Limite	125	66%
Hiperlipidemia	Alto	60	32%
	Aceptable	120	63%
	Limite	69	37%
Presión arterial	Alto	0	0%
	Bajo	91	48%
	Normal	40	21%
Sobrepeso	Alta	58	31%
	Bajo	60	32%
	Normal	0	0%
Triglicéridos	Elevado	62	33%
	Hiper	67	35%
	Aceptable	72	38%
creatinina	Limite	55	29%
	Alto	62	33%
	Bajo	140	74%
	Normal	6	3%
	Alta	43	23%

En la tabla 4 se puede observar el análisis descriptivo entorno a los factores metabólicos de los pacientes, donde el 82% (155) presenta un nivel de colesterol aceptable, seguidamente el 17% (33) presenta un nivel en limite y el 1% (1) presenta un nivel alto; referente a la glucosa los valores se encuentran en normal en 2% (3), seguido del hipo en 5% (10), 32% (61) en elevado e hiper en un 61% (115), en cuanto a la hiperglucemia el 2% presenta un nivel aceptable, el 66% (125) presenta valores en el límite y el 32% (60) en aceptable; por otro lado, los valores de hiperlipidemia se presenta en un nivel aceptable por el 63% (120) y el 37% (69) se encuentra al límite; entorno a la presión arterial el 48% (91) presenta un nivel bajo, el 21% (40) tiene valores normales y el 31% (58) tiene valores alto.

Referente al nivel de sobrepeso este es bajo en un 32% (60), elevado en un 35% (67) e hiper, el 33% (62) en elevado y el 0% (0) en normal; entorno a los triglicéridos el 38% (72) presenta valores aceptables, el 29% (55) presenta valores al límite y el 33% (62) presenta valores altos; por último, la creatinina presenta valores se encuentran en bajo por el 74% (140), seguido del nivel alto 23% (43) y normal en un 3% (6)

#### 4.2.4. Prevalencia de enfermedades

**Tabla 5.**

*Análisis descriptivo de las enfermedades y el estado*

Enfermedad			Frec.	%
Cáncer	Presencia	Si	15	8%
		No	174	92%
		Leve	171	90%
	Estado	Moderado	15	8%
		Grave	3	2%
Cardiovascular	Presencia	Si	127	67%
		No	62	33%
		Leve	59	31%
	Estado	Moderado	45	24%
		Grave	74	39%
Diabetes	Presencia	Si	88	47%
		No	101	53%
		Leve	97	51%
	Estado	Moderado	39	21%
		Grave	39	21%
EPOC	Presencia	Si	43	23%
		No	145	77%
		Leve	137	72%
	Estado	Moderado	40	21%
		Grave	8	4%
Renales	Presencia	Si	13	7%
		No	176	93%
		Leve	171	90%
	Estado	Moderado	13	7%
		Grave	5	3%
Óseas	Presencia	Si	62	67%
		No	127	33%
		Leve	125	66%
	Estado	Moderado	34	18%
		Grave	19	10%

En la tabla 5 se presenta la descripción de la prevalencia en los pacientes, donde se observa que un 92% (174) no padece de cáncer y el 8% (15) si presenta tal enfermedad, el estado de la misma es leve en un 90% (171) moderado 8% (15) y grave representado por el 2% (3); referente a la presencia de enfermedades cardiovasculares el 33% (62) no padece y el 67% (127) si presenta tal enfermedad, el estado de la misma es leve en el 31% (59), moderado en un 24% (45) y grave representado por el 39% (74). En cuanto a la diabetes el 53% (101) no sufre de la enfermedad y el 47% (88) la tiene, el estado de la misma es leve en un 51% (97) moderado en un 21% (39) y grave representado por el 21% (39).

Además, se observa que a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) esta no tiene una presencia del 77% (145) y el 23% (43) presenta la misma, referente al estado de esta es leve en un 72% (137) moderado en un 21% (40) y grave representado por el 4% (8); así mismo, las enfermedades renales no tienen una presencia del 93% (176) en los pacientes y el 7% (13) presenta; y el estado de la misma es leve en un 90% (171) moderado en un 7% (13) y grave representado por el 4% (5). Finalmente, las enfermedades Óseas, estas no se presentan en el 67% (127) y el 33% (62) si las presenta, por último, el estado de la misma es leve en un 66% (125), moderado en un 18% (34) y grave en un 10% (19).

#### 4.2.5. Calidad de vida

**Tabla 6.**  
*Análisis descriptivo de la calidad de vida*

Calificación	Frec.	%
Bajo	163	86%
Medio	26	14%
Alto	0	0%
Total	189	100%

En la tabla 6 se presenta el análisis descriptivo de la calidad de vida de los pacientes, donde se observa que el 86% (163) presenta un nivel bajo y el 14% (26) presenta un nivel medio.

### 4.3.Análisis de asociación

#### 4.3.1. Factores de riesgo y enfermedades

**Tabla 7.**

*Tabla cruzada entre el riesgo etario y las enfermedades*

Riesgo etario		Las enfermedades	
		Ausencia	Presencia
I. Bajo	Recuento	68	2
	% del total	36.00%	1.10%
II. Medio	Recuento	59	9
	% del total	31.20%	4.80%
III. Alto	Recuento	47	4
	% del total	24.90%	2.10%
Cardiovascular			
I. Bajo	Recuento	25	45
	% del total	13.20%	23.80%
II. Medio	Recuento	18	50
	% del total	9.50%	26.50%
III. Alto	Recuento	19	32
	% del total	10.10%	16.90%
Diabetes			
I. Bajo	Recuento	34	36
	% del total	18.00%	19.00%
II. Medio	Recuento	51	17
	% del total	27.00%	9.00%
III. Alto	Recuento	16	35
	% del total	8.50%	18.50%
EPOC			
I. Bajo	Recuento	62	7
	% del total	32.80%	3.70%
II. Medio	Recuento	51	17
	% del total	27.00%	9.00%
III. Alto	Recuento	32	19
	% del total	16.90%	10.10%
Renales			
I. Bajo	Recuento	63	7
	% del total	33.30%	3.70%
II. Medio	Recuento	65	3
	% del total	34.40%	1.60%
III. Alto	Recuento	48	3
	% del total	25.40%	1.60%
Óseas			
I. Bajo	Recuento	50	20

	% del total	26.50%	10.60%
II. Medio	Recuento	54	14
	% del total	28.60%	7.40%
III. Alto	Recuento	23	28
	% del total	12.20%	14.80%

En la tabla 7 se presenta el análisis de asociación entre el riesgo etario y la prevalencia de enfermedades, donde, los valores más altos en aquellos que no presentan cáncer tienen un rango etario bajo en un 36%, seguidamente aquellos con un rango etario medio presentan enfermedades cardiovasculares en un 26%, así mismo entorno a la diabetes los valores más altos se encuentran en aquellos que no presentan la enfermedad con un rango etario medio en un 27%, de igual forma aquellos que no presentan EPOC tienen un rango etario bajo en un 32%, en cuanto a las enfermedades renales aquellos que no las presentan tienen un rango medio por el 34% y, por último, aquellos que no tienen enfermedades Óseas presentan un rango etario medio por el 28%.

**Tabla 8.**

*Análisis de asociación entre el riesgo etario y las enfermedades*

	Enfermedades					
	Cáncer	Cardiovasculares	Diabetes	EPOC	Renales	Óseas
Chi-cuadrado de Pearson	0.79	0.37	0.00	0.00	0.41	0.00

En la tabla 8 se puede observar que los factores etarios se asocian significativamente con las enfermedades (diabetes, EPOC y Óseas), dado que, el valor de significancia fue menor a 0,05, sin embargo, no presentan asociación con el cáncer las enfermedades cardiovasculares y las renales al tener un p. valor mayor a 0,05.

## Hábitos de consumo y enfermedades

**Tabla 9.**

*Tabla cruzada entre los hábitos de consumo: tabaco y las enfermedades*

		Cáncer		Cardiovasculares		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
No	Recuento	113	11	43	81	58	66	93	31	116	8	77	47
	% del total	59.8%	5.8%	22.8%	42.9%	30.7%	34.9%	49.2%	16.4%	61.1%	4.2%	42.3%	24.9%
Si	Recuento	61	4	19	46	43	22	52	12	60	5	50	15
	% del total	32.3%	2.1%	10.1%	24.3%	22.8%	11.6%	27.5%	6.3%	31.7%	2.6%	26.5%	7.9%

En la tabla 9 se puede observar el análisis de asociación entre los hábitos de consumo y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que no consumen tabaco no presentan cáncer en un 59%, así mismo aquellos que no consumen tabaco no presentan enfermedades cardiovasculares en un 42%, mientras que aquellos que no consumen tabaco no presentan diabetes en un 34%, por otra parte, aquellos que no consumen tabaco presentan EPOC en un 49%, de igual manera también no presentan enfermedades renales en un 61% y enfermedades óseas en un 40%.

**Tabla 10.**

*Tabla cruzada entre los hábitos de consumo: alcohol y las enfermedades*

		Cáncer		Cardiovasculares		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
No	Recuento	64	3	34	33	25	42	50	17	64	3	44	23
	% del total	33.9%	1.6%	18.0%	17.5%	13.2%	22.2%	26.5%	9.0%	33.9%	1.6%	23.3%	12.2%
Si	Recuento	110	12	28	94	76	46	95	26	112	10	83	39
	% del total	58.2%	6.3%	14.8%	49.7%	40.2%	24.3%	50.3%	13.8%	59.3%	5.3%	43.9%	20.6%

En la tabla 10 se puede observar el análisis de asociación entre los hábitos de consumo y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que no consumen alcohol no presentan cáncer en un 58%, así mismo aquellos que si consumen alcohol si presentan enfermedades cardiovasculares en un 49%, sin embargo, aquellos que si consumen alcohol no presentan diabetes en un 40% y de la misma forma presenta EPOC en un 50%, enfermedades renales en un 59% y óseas en un 43%.



**Tabla 11.***Tabla cruzada entre los hábitos de consumo: comida saludable y las enfermedades*

		Cáncer		Cardiovasculares		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
No	Recuento	108	11	35	84	67	52	89	30	109	10	80	39
	% del total	57.1%	5.8%	18.5%	44.4%	35.4%	27.5%	47.1%	15.9%	57.71%	5.3%	42.3%	20.6%
Si	Recuento	61	4	27	43	34	36	56	13	67	3	47	23
	% del total	34.9%	2.1%	14.3%	22.8%	18.0%	19.6%	29.6%	6.9%	35.4%	1.6%	24.9%	12.2%

En la tabla 11 se puede observar el análisis de asociación entre los hábitos de consumo y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que no consumen comida saludable no presentan cáncer en un 57%, así mismo aquellos que no consumen comida saludable si presentan enfermedades cardiovasculares en un 44%, pero aquellos que no consumen comida saludable no presentan diabetes en un 35%, EPOC en un 47%, renales en un 57% y óseas en un 42%.

**Tabla 12.***Tabla cruzada entre los hábitos de consumo: comida rápida y las enfermedades*

		Cáncer		Cardiovasculares		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
No	Recuento	75	5	31	49	46	34	65	15	76	4	57	23
	% del total	39.7%	2.6%	16.4%	25.9%	24.3%	18.0%	34.4%	7.9%	40.2%	2.1%	30.2%	12.2%
Si	Recuento	99	10	31	78	55	54	80	28	100	9	70	39
	% del total	52.4%	5.3%	16.4%	41.3%	29.1%	28.6%	42.3%	14.8%	52.9%	4.8%	37.0%	20.6%

En la tabla 12 se puede observar el análisis de asociación entre los hábitos de consumo y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que si consumen comida rápida no presentan cáncer en un 52%, por otro lado, los valores con aquellos que si consumen comida rápida presentan enfermedades cardiovasculares en un 41%, pero

aquellos que si consumen si presentan diabetes en un 28%, sin embargo, no presentan EPOC en un 42%, ni renales en un 52% y óseas en un 37%.

**Tabla 13.**

*Tabla cruzada entre los hábitos de consumo: drogas y las enfermedades*

		Cáncer		Cardiovasculares		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
No	Recuento	169	13	62	120	98	84	138	43	171	11	121	61
	% del total	89.4%	6.9%	32.8%	63.5%	51.9%	44.4%	73.0%	22.8%	90.5%	5.8%	64.0%	32.3%
Si	Recuento	5	2	0	7	3	4	7	0	5	2	6	1
	% del total	2.6%	1.1%	0.0%	3.7%	1.6%	2.1%	3.7%	0.0%	2.6%	1.1%	3.2%	.5%

En la tabla 13 se puede observar el análisis de asociación entre los hábitos de consumo y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que no consumen droga no presentan cáncer en un 89%, de igual manera aquellos que no consumen presentan enfermedades cardiovasculares en un 63%, por otra parte, aquellos que no consumen no presentan diabetes en un 51%, EPOC en un 73%, renales en un 90% y óseas en un 64%.

**Tabla 14.**

*Análisis de asociación entre los hábitos de consumo y las enfermedades*

	Hábitos de consumo	Enfermedades					
		Cáncer	Cardiovasculares	Diabetes	EPOC	Renales	Óseas
Chi-cuadrado de Pearson	Tabaco	0,51	0,44	0,01	0,24	0,74	0,39
	Alcohol	0,19	0,00	0,01	0,63	0,33	0,74
	Comida saludable	0,38	0,19	0,30	0,25	0,28	0,99
	Comida rápida	0,46	0,13	0,33	0,35	0,38	0,30
	Drogas	0,40	0,40	0,56	0,33	0,21	0,28

En la tabla 14 se puede observar que los hábitos de consumo como el tabaco solo se asocian significativamente con la diabetes, así mismo, el alcohol se asocia con las cardiovasculares y diabetes mientras que la comida saludable, comida rápida y drogas no

presenta ningún tipo de asociación con las enfermedades, dado que, el valor de significancia fue mayor a 0,05.

### Factor metabólico y enfermedades

**Tabla 15.**

*Tabla cruzada entre los factores metabólicos: colesterol y las enfermedades*

Colesterol	Categoría	Recuento	Enfermedades												
			Cáncer		Cardiovascular		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas		
			No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	
Aceptable	Recuento	142	13	54	101	83	72	113	41	144	11	100	55		
	% del total	75.1%	6.9%	28.6%	53.4%	43.9%	38.1%	59.8%	21.7%	76.2%	5.8%	52.9%	29.1%		
	Limite	Recuento	31	2	7	26	18	15	31	2	31	2	26	7	
		% del total	16.4%	1.1%	3.7%	13.8%	9.5%	7.9%	16.4%	1.1%	16.4%	1.1%	13.8%	3.7%	
		Alto	Recuento	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0
			% del total	.5%	0.0%	.5%	0.0%	0.0%	.5%	.5%	0.0%	.5%	0.0%	.5%	0.0%

En la tabla 15 se puede observar el análisis de asociación entre los factores metabólicos y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que presentan un nivel aceptable de colesterol no presentan cáncer en un 75%, mientras que aquellos con un nivel aceptable si presentan enfermedades cardiovasculares en un 53%, pero no presentan diabetes en un 43%, ni EPOC en un 59%, renales en un 76% y óseas en un 52%.

**Tabla 16.**

*Tabla cruzada entre los factores metabólicos: glucosa y las enfermedades*

Glucosa	Categoría	Recuento	Enfermedades												
			Cáncer		Cardiovascular		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas		
			No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	
Norma	Recuento	2	1	1	2	2	1	3	0	3	0	2	1		
	% del total	1.1%	0.5%	0.5%	1.1%	1.1%	0.5%	1.6%	0.0%	1.6%	0.0%	1.1%	0.5%		
	Hipo	Recuento	10	0	3	7	7	3	9	1	10	0	7	3	
		% del total	5.3%	0.0%	1.6%	3.7%	3.7%	1.6%	4.8%	0.5%	5.3%	0.0%	3.7%	1.6%	
		Elevado	Recuento	59	2	24	37	10	51	43	17	54	7	40	21
			% del total	31.2%	1.1%	12.7%	19.6%	5.3%	27.0%	22.8%	9.0%	28.6%	3.7%	21.2%	11.1%
Hiper	Recuento	103	12	34	81	82	33	90	25	109	6	78	37		
	% del total	54.4%	6.3%	18.0%	42.9%	43.4%	17.5%	47.6%	13.2%	57.7%	3.2%	41.3%	19.6%		

En la tabla 16 se puede observar el análisis de asociación entre los factores metabólicos y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que presentan un nivel hiper de glucosa no presentan cáncer en un 54%, mientras que aquellos con un nivel hiper si presentan enfermedades cardiovasculares en un 42%, sin embargo, aquellos con un nivel elevado presentan diabetes en un 27%, aquellos con un nivel hiper no presentan EPOC en un 47%, renales en un 57.7% y óseas en un 41.3%.

**Tabla 17.**

*Tabla cruzada entre los factores metabólicos: hiperglucemia y las enfermedades*

			Cardiovascu											
			Cáncer		lar		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
			No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Hiperglucemia	Aceptable	Recuento	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
		% del total	0.5%	0.0%	0.0%	0.5%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%	0.5%	0.0%
	Límite	Recuento	120	13	38	95	78	55	104	29	123	10	93	40
% del total		63.5%	6.9%	20.1%	50.3%	41.3%	29.1%	55.0%	15.3%	65.1%	5.3%	49.2%	21.2%	
Alto		Recuento	53	2	24	31	22	33	40	14	52	3	33	22
		% del total	28.0%	1.1%	12.7%	16.4%	11.6%	17.5%	21.2%	22.8%	27.5%	1.6%	17.5%	11.6%

En la tabla 17 se puede observar el análisis de asociación entre los factores metabólicos y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que presentan un nivel límite en hiperglucemia no presentan cáncer en un 63%, mientras que aquellos con un nivel limite si presentan enfermedades cardiovasculares en un 50%, pero si presentan diabetes en un 29%, pero no presentan EPOC en un 55%, renales en un 65% y no presentan óseas en un 49%.

**Tabla 18.**

*Tabla cruzada entre los factores metabólicos: hiperlipidemia y las enfermedades*

			Cardiovascu											
			Cáncer		lar		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
			No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Hiperlipidemia	Aceptable	Recuento	109	11	45	75	73	47	95	25	116	4	84	36
		% del total	57.7%	5.8%	23.8%	39.7%	38.6%	24.9%	50.3%	13.2%	61.4%	2.1%	44.4%	19.0%
	Limite	Recuento	65	4	17	52	28	41	50	18	60	9	43	26
% del total		34.4%	2.1%	9.0%	27.5%	14.8%	21.7%	26.5%	9.5%	31.7%	4.8%	22.8%	13.8%	

En la tabla 18 se puede observar el análisis de asociación entre los factores metabólicos y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que presentan un nivel aceptable de hiperlipidemia no presentan cáncer en un 57%, mientras que aquellos con un nivel aceptable si presentan enfermedades cardiovasculares en un 39%, pero no presentan diabetes en un 38%, EPOC en un 50%, renales en un 61% y óseas en un 44%.

**Tabla 19.**

*Tabla cruzada entre los factores metabólicos: presión arterial y las enfermedades*

			Cardiovascular											
			Cáncer		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas			
			No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si		
Presión arterial	Bajo	Recuento	88	3	33	58	44	47	78	13	87	4	58	33
		% del total	46.6%	1.6%	17.5%	30.7%	23.3%	24.9%	41.3%	6.9%	46.0%	2.1%	30.7%	17.5%
	Normal	Recuento	36	4	24	16	22	18	26	14	38	2	33	7
		% del total	19.0%	2.1%	12.7%	8.5%	11.6%	9.5%	13.8%	7.4%	20.1%	1.1%	17.5%	3.7%
	Alto	Recuento	50	8	5	53	35	23	41	16	51	7	36	22
		% del total	26.5%	4.2%	2.6%	28.0%	18.5%	12.2%	21.7%	8.5%	27.0%	3.7%	19.0%	11.6%

En la tabla 19 se puede observar el análisis de asociación entre los factores metabólicos y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que presentan un nivel bajo de presión arterial no presentan cáncer en un 46%, sin embargo, aquellos con una presión arterial baja si presentan enfermedades cardiovasculares en un 30%, así mismo si presentan diabetes en un 24%, pero no presentan EPOC en un 41%, ni enfermedades renales en un 46% y óseas en un 30%.

**Tabla 20.***Tabla cruzada entre los factores metabólicos: sobrepeso y las enfermedades*

			Cardiovascu												
			Cáncer		lar		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas		
			No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	
Sobrepeso	Hipo	Recuento	53	7	23	37	40	20	47	12	1	56	4	48	12
		% del total	28.0%	3.7%	12.2%	19.6%	21.2%	10.6%	24.9%	6.3%	.5%	29.6%	2.1%	25.4%	6.3%
	Elevado	Recuento	56	6	12	50	39	23	46	16	0	59	3	43	19
		% del total	29.6%	3.2%	6.3%	26.5%	20.6%	12.2%	24.3%	8.5%	0.0%	31.2%	1.6%	22.8%	10.1%
	Hiper	Recuento	65	2	27	40	22	45	52	15	0	61	6	36	31
		% del total	34.4%	1.1%	14.3%	21.2%	11.6%	23.8%	27.5%	7.9%	0.0%	32.3%	3.2%	19.0%	16.4%

En la tabla 20 se puede observar el análisis de asociación entre los factores metabólicos y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que presentan un nivel hiper de sobrepeso no presentan cáncer en un 34%, sin embargo, aquellos con un nivel elevado si presentan enfermedades cardiovasculares en un 26%, aquellos con un nivel hiper presentan diabetes en un 23%, los que tienen un nivel hiper no presentan EPOC en un 27%, ni enfermedades renales en un 32%, sin embargo, aquellos con un nivel hipo si presentan enfermedades óseas en un 25%.

**Tabla 21.***Tabla cruzada entre los factores metabólicos: triglicéridos y las enfermedades*

			Cardiovascu											
			Cáncer		lar		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
			No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Triglicéridos	Aceptable	Recuento	66	6	26	46	54	18	60	11	71	1	64	8
		% del total	34.9%	3.2%	13.8%	24.3%	28.6%	9.5%	31.7%	5.8%	37.6%	.5%	33.9%	4.2%
	Limite	Recuento	50	5	21	34	25	30	41	14	51	4	26	29
		% del total	26.5%	2.6%	11.1%	18.0%	13.2%	15.9%	21.7%	7.4%	27.0%	2.1%	13.8%	15.3%
	Alto	Recuento	58	4	15	47	22	40	44	18	54	8	37	25
		% del total	30.7%	2.1%	7.9%	24.9%	11.6%	21.2%	23.3%	9.5%	28.6%	4.2%	19.6%	13.2%

En la tabla 21 se puede observar el análisis de asociación entre los factores metabólicos y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que presentan un nivel aceptable de triglicéridos no presentan cáncer en un 34%, mientras que aquellos con un nivel alto si presentan enfermedades cardiovasculares en un 24%, así mismo aquellos con

un nivel aceptable no presentan diabetes en un 28% y aquellos con un nivel alto si presentan diabetes en un 21%, así mismo, aquellos con un nivel aceptable no presentan el EPOC en un 31%, ni las enfermedades renales y óseas en un 37% y 33%.

**Tabla 22.**

*Tabla cruzada entre los factores metabólicos: creatinina y las enfermedades*

Creatinina		Recuento	Cáncer		Cardiovascular		Diabetes		EPOC		Renales		Óseas	
			No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
			% del total	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Normal	Recuento	6	0	1	5	4	2	6	0	6	0	6	0	
	% del total	3.2%	0.0%	0.5%	2.6%	2.1%	1.1%	3.2%	0.0%	3.2%	0.0%	3.2%	0.0%	
Bajo	Recuento	130	13	45	98	80	63	111	32	132	11	98	45	
	% del total	68.8%	6.9%	23.8%	51.9%	42.3%	33.3%	58.7%	16.9%	69.8%	5.8%	51.9%	23.8%	
Alto	Recuento	38	2	16	21	17	23	28	11	38	2	23	17	
	% del total	20.1%	1.1%	8.5%	12.7%	9.0%	12.2%	14.8%	5.8%	20.1%	1.1%	12.2%	9.0%	

En la tabla 22 se puede observar el análisis de asociación entre los factores metabólicos y la prevalencia de enfermedades, donde, aquellos que presentan un nivel bajo de creatinina no presentan cáncer en un 68%, pero si presentan enfermedades cardiovasculares en un 51%, sin embargo, estos presentan diabetes en un 33%, pero no presentan EPOC en un 58%, ni enfermedades renales en un 69% ni óseas en un 51%.

**Tabla 23.**

*Análisis de asociación entre los factores metabólicos y las enfermedades*

Chi-cuadrado de Pearson	Factor metabólico	Enfermedades					
		Cáncer	Cardiovasculares	Diabetes	EPOC	Renales	Óseas
	Colesterol	0,86	0,14	0,55	0,13	0,94	0,22
	Glucosa	0,98	0,62	0,00	0,53	0,32	0,98
	Hiper glucemia	0,35	0,10	0,43	0,53	0,84	0,32
	Hiperlipidemia	0,40	0,70	0,00	0,28	0,11	0,27
	Presión arterial	0,60	0,00	0,35	0,36	0,17	0,66
	Sobrepeso	0,16	0,22	0,00	0,61	0,65	0,00
	Triglicéridos	0,85	0,20	0,00	0,25	0,32	0,00
	Creatinina	0,53	0,41	0,25	0,18	0,66	0,93

En la tabla 23 se puede observar que los factores metabólicos en asociación con las enfermedades, donde se observa que la glucosa y la hiperlipidemia se asocian con la prevalencia de diabetes, así mismo, la presión arterial con las enfermedades cardiovasculares, mientras que el sobrepeso se asocia con la diabetes y las enfermedades óseas, mientras que los triglicéridos se asocian con la diabetes y las óseas, dado que, los valores fueron menores a 0,05.

#### 4.3.2. Factores de riesgo y calidad de vida

##### Riesgo etario y calidad de vida

**Tabla 24.**

*Tabla cruzada entre los factores de riesgo etarios y la calidad de vida*

			Calidad de vida	
			Bajo	Regular
Riesgo etario	I. Bajo	Recuento	67	3
		% del total	35,4%	1,6%
	II. Medio	Recuento	54	14
		% del total	28,6%	7,4%
	III. Alto	Recuento	42	9
		% del total	22,2%	4,8%

En la tabla 23 se puede observar la asociación entre el riesgo etario y la calidad de vida, donde aquellos con un nivel de riesgo bajo, presenta un nivel bajo en su calidad de vida representado por el 35%, seguidamente aquellos con un nivel de riesgo medio presentan un nivel bajo en un 28% y un nivel alto de riesgo con una calidad de vida baja en un 22%.

**Tabla 25.**

*Análisis de asociación entre el riesgo etario y la calidad de vida.*

	Calidad de vida
Chi-cuadrado de Pearson	,013

En la tabla 25 se puede apreciar que no existe relación entre el riesgo etario y la calidad de vida, dado que, los valores de significancia obtenidos son mayores a 0,05.



## Hábitos de consumo y calidad de vida

**Tabla 26.**

*Tabla cruzada entre los hábitos de consumo y la calidad de vida*

Hábitos de consumo			Calidad de vida	
			Bajo	Regular
Tabaco	No	Recuento	104	20
		% del total	55.0%	10.6%
	Si	Recuento	59	6
		% del total	31.2%	3.2%
Alcohol	No	Recuento	58	9
		% del total	30.7%	4.8%
	Si	Recuento	105	17
		% del total	55.6%	9.0%
Comida saludable	No	Recuento	105	14
		% del total	55.6%	7.4%
	Si	Recuento	58	12
		% del total	30.7%	6.3%
Comida rápida	No	Recuento	65	15
		% del total	34.4%	7.9%
	Si	Recuento	98	11
		% del total	51.9%	5.8%
Drogas	No	Recuento	160	22
		% del total	84.7%	11.6%
	Si	Recuento	3	4
		% del total	1.6%	2.1%

En la tabla 26 se puede observar la asociación entre los hábitos de consumo y la calidad de vida, donde, se observa que aquellos que no consumen tabaco presentan un nivel bajo en su calidad de vida en un 55%, seguidamente aquellos que si consumen alcohol también presentan un nivel bajo, los que no consumen comida saludable tienen un nivel bajo en su calidad de vida en un 55%, aquellos que si consumen comida rápida presentan un nivel bajo de calidad de vida 51%, y aquellos que no consumen drogas presentan un nivel bajo en un 84%.

**Tabla 27.***Análisis de asociación entre los hábitos de consumo y la calidad de vida*

	Hábitos de consumo	Calidad de vida
Chi-cuadrado de Pearson	Tabaco	0,19
	Alcohol	0,92
	Comida saludable	0,30
	Comida rápida	0,08
	Drogas	0,01

En la tabla 27 se puede observar que los hábitos de consumo en asociación con la calidad de vida, donde la comida rápida y las drogas son los factores asociados a la calidad de vida, sin embargo, el tabaco, alcohol y la comida saludable no se asocian con la calidad de vida.

## Factores metabólicos y calidad de vida

**Tabla 28.**

*Tabla cruzada entre los factores metabólicos y la calidad de vida*

			Calidad de vida		
			Bajo	Regular	
Colesterol	Aceptable	Recuento	134	21	
		% del total	70.9%	11.1%	
	Limite	Recuento	28	5	
		% del total	14.8%	2.6%	
	Alto	Recuento	1	0	
		% del total	0.5%	0.0%	
Glucosa	Normal	Recuento	2	1	
		% del total	1.1%	0.5%	
	Hipo	Recuento	10	0	
		% del total	5.3%	0.0%	
	Elevado	Recuento	51	10	
		% del total	27.0%	5.3%	
Hiper	Recuento	100	15		
	% del total	52.9%	7.9%		
Hiperglucemia	Aceptable	Recuento	1	0	
		% del total	0.5%	0.0%	
	Limite	Recuento	116	17	
		% del total	61.4%	9.0%	
	Alto	Recuento	46	9	
		% del total	24.3%	4.8%	
Hiperlipidemia	Aceptable	Recuento	104	16	
		% del total	55.0%	8.5%	
	Limite	Recuento	59	10	
		% del total	31.2%	5.3%	
	Bajo	Recuento	84	7	
		% del total	44.4%	3.7%	
Presión arterial	Normal	Recuento	29	11	
		% del total	15.3%	5.8%	
	Alto	Recuento	50	8	
		% del total	26.5%	4.2%	
	Sobrepeso	Hipo	Recuento	46	14
			% del total	24.3%	7.4%
Elevado		Recuento	53	9	
		% del total	28.0%	4.8%	
Hiper	Recuento	64	3		
	% del total	33.9%	1.6%		
Triglicéridos	Aceptable	Recuento	58	14	
		% del total	30.7%	7.4%	
	Limite	Recuento	51	4	
		% del total	27.0%	2.1%	
	Alto	Recuento	54	8	
		% del total	27.0%	2.1%	

Creatinina	Normal	% del total	28.6%	4.2%
		Recuento	5	1
	Bajo	% del total	2.6%	0.5%
		Recuento	126	17
		% del total	66.7%	9.0%
		Recuento	32	8
Alto	% del total	16.9%	4.2%	

En la tabla 28 se puede observar la asociación entre los factores metabólicos y la calidad de vida, donde aquellos con un nivel aceptable de colesterol presentan un bajo nivel en un 70%, seguidamente aquellos con un nivel hiperglucemia presentan un nivel bajo en un 52%, así mismo, aquellos con un nivel límite de hiperglucemia presenta un nivel bajo en un 61%, así mismo, aquellos con un valor aceptable en hiperlipidemia presentan un nivel bajo en un 55%, de igual forma cuando la presión arterial es baja la calidad de vida es baja en un 44%, mientras que cuando el sobrepeso es hiper la calidad de vida es baja en un 33%, igualmente cuando los triglicéridos presentan un nivel aceptable la calidad de vida es baja en un 30%, al igual que cuando la creatinina es baja presenta un nivel bajo de calidad de vida en un 66%.

**Tabla 29.**

*Análisis de asociación entre los factores metabólicos y la calidad de vida*

	Factor metabólico	Calidad de vida
Chi-cuadrado de Pearson	Colesterol	0,89
	Glucosa	0,39
	Hiperglucemia	0,74
	Hiperlipidemia	0,82
	Presión arterial	0,60
	Sobrepeso	0,10
	Triglicéridos	0,09
	Creatinina	0,41

En la tabla 29 se puede observar que los factores metabólicos en asociación con la calidad de vida, en la cual se puede referir que ninguno de los factores se asocia con la calidad de vida al presentar un valor de significancia mayor a 0,05.

#### 4.4. Análisis de relación

**Tabla 30.**

*Análisis normalidad entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas no transmisibles*

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Prevalencia de factores de riesgo	,201	189	,000
Enfermedades crónicas no transmisibles	,077	189	,009

En la tabla 30 se observa el análisis de normalidad entre los datos de las variables factores de riesgo las enfermedades crónicas no transmisibles, donde la significancia fue igual a 0.000; en consecuencia, los datos no obtuvieron una distribución normal y, por ende, la prueba estadística más indicada corresponde a la de Rho Spearman para poder realizar el análisis de correlación de las variables.

**Tabla 31.**

*Análisis relación entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas no transmisibles*

		Prevalencia de factores de riesgo	Enfermedades crónicas no transmisibles
Rho de Spearman	Prevalencia de factores de riesgo	1,000	,233**
		.	,001
		189	189
	Enfermedades crónicas no transmisibles	,233**	1,000
		,001	.
		189	189

En la tabla 31 se reflejan los hallazgos encontrados mediante la prueba de Rho Spearman, donde se obtuvo un coeficiente igual a 0,233 y una significancia menor al 0,05 de significancia; lo cual indica que existe relación significativa y positiva media entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas no transmisibles. A partir de lo anterior se acepta la hipótesis de estudio existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años.

**Tabla 32.***Análisis relación entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades*

		Prevalencia de factores de riesgo		Enfermedades
Rho de Spearman	Prevalencia de factores de riesgo	Coefficiente de correlación	1,000	,227**
		Sig. (bilateral)	.	,002
		N	189	189
	Enfermedades	Coefficiente de correlación	,227**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	189	189

En la tabla 32 se reflejan los hallazgos encontrados mediante la prueba de Rho Spearman, donde se obtuvo un coeficiente igual a 0,227 y una significancia menor al 0,05 de significancia; lo cual indica que existe relación significativa y positiva media entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades.

**Tabla 33.***Análisis relación entre la prevalencia de factores de riesgo y la calidad de vida*

		Prevalencia de factores de riesgo		Calidad de vida
Rho de Spearman	Prevalencia de factores de riesgo	Coefficiente de correlación	1,000	,093
		Sig. (bilateral)	.	,203
		N	189	189
	Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,093	1,000
		Sig. (bilateral)	,203	.
		N	189	189

En la tabla 33 se reflejan los hallazgos encontrados mediante la prueba de Rho Spearman, donde se obtuvo un coeficiente igual a 0,093 y una significancia mayor al 0,05 de significancia; lo cual indica que no existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y la calidad de vida.

## V. Discusión de resultados

Los resultados obtenidos en el presente trabajo demostraron que existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años con una significancia menor a 005, además se evidenció que los factores de riesgo con mayor asociación a las enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 durante el periodo 2021 fueron los hábitos de consumo y los factores metabólicos. Al igual que los resultados obtenidos por los autores Soca, et al., (2017) quienes concluyeron que los adultos mayores presentan mayor deterioro de sus medidas antropométricas y alteración del perfil lipídico. Al igual que lo encontrado por Conrado (2016) quien evidencia un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles por factores como los hábitos de consumo y los factores metabólicos, tales como la diabetes y hipertensión en los adultos mayores producto de factores del sedentarismo, malos hábitos alimenticios y el consumo de tabaco (Conrado, 2016)

Por otra parte, los factores de riesgo con mayor asociación a las enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 durante el periodo 2021 son el factor etario en la diabetes, EPOC y enfermedades Óseas, mientras que el consumo de alcohol y tabaco son los hábitos de consumo más asociados con enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares y la diabetes; finalmente, los factores metabólicos con mayor asociación a las enfermedades son la glucosa, hiperlipidemia, la presión arterial, el sobrepeso y los triglicéridos en enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, cardiovasculares y óseas. Esto se relaciona con lo encontrado por Soca, et al., (2017) quienes demostraron que la tasa de prevalencia de enfermedades crónicas y factores asociados fueron sobrepeso:33,7%, obesidad:45,2%, obesidad abdominal: 68%, hipertensión arterial: 63%, diabetes mellitus: 39.5%, síndrome metabólico 56,5%, de igual manera, se relaciona con lo encontrado por Barboza (2021) quien concluye que HTA, DM2, dislipidemia y obesidad, están asociadas a factores de riesgo conductuales modificables, si se toman acciones correctivas se disminuiría el riesgo a adquirir enfermedades cardiovasculares.

Finalmente, se logró identificar que los factores de riesgo en asociación a la calidad de vida es el hábito de consumo con las drogas como factor prevalente, no se encontró asociación significativa con el riesgo etario ni con el factor metabólico. Esto se

relaciona con lo encontrado por Guevara & Calderón (2018) quien evidencia que en relación a estilos de vida de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial de la estrategia sanitaria de enfermedades crónicas no transmisibles del hospital II-2 Sullana, el 67.06% de los pacientes tienen un estilo de vida no saludable.



## VII. Conclusiones

- Se determinó que existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años con una significancia menor a 0,05 y se demostró que los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 durante el periodo 2021 son los hábitos de consumo y los factores metabólicos.
- Se demostró que existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades en pacientes mayores de 60 años con una significancia menor a 0,05.
- Se determinó que no existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años dado que, la significancia fue mayor a 0,05-
- Los factores de riesgo con mayor asociación a las enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 durante el periodo 2021 son el factor etario en la diabetes, EPOC y enfermedades óseas, mientras que el consumo de alcohol y tabaco son los hábitos de consumo más asociados con enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares y la diabetes; finalmente, los factores metabólicos con mayor asociación a las enfermedades son la glucosa hiperlipidemia, la presión arterial, el sobrepeso y los triglicéridos en enfermedades como diabetes, Hipertensión Arterial, cardiovasculares y óseas.
- Se logró evidenciar que ninguno de los factores de riesgos como los etarios, hábitos de consumo y metabólicos presentaron asociación con la presencia del cáncer en los pacientes, por otra parte, se evidenció una presencia del cáncer en los pacientes del 8%, en consecuencia un 92% no presentó la enfermedad.
- Se logró identificar que los factores de riesgo se asocian al cardiovasculares son los hábitos de consumo como el consumo de alcohol con una significancia menor a 0,05, así mismo se determinó que los factores metabólicos como la presión arterial y la hiperlipidemia se asocian con dicha enfermedad. Por otra parte, se evidencia que la presencia de enfermedades cardiovasculares es del 67% en los adultos mayores.

- Se logro identificar que los factores de riesgo asociados a la diabetes mellitus es el riesgo etario al poseer una significancia igual a 0,000, mientras que los habitos de consumo asociados son el tabaco y alcohol, finalmente, se evidencia que a nivel de factores metabolicos la glucosa, la hiperlipidemia y el sobrepeso se asocian con la diabetes con una significancia menor a 0,05. Asi mismo, la diabetes tiene una presencia del 47% en los adultos mayores.
- Se logro idetificar que los factores de riesgo se asocian al EPOC es el riesgo etario al poseer una significancia igual a 0,000, asi mismo, se logro identificar que esta enfermedad se presenta solo en el 23% de los adultos mayores.
- Se logro evidenciar que ninguno de los factores de riesgos como los etarios, hábitos de consumo y metabólicos presentaran asociacion con la presencia de enfermedes renales, asi mismo, esta solo se presenta en el 7% de los adultos mayores, es decir, un 93% no posee tal enfermedad.
- Se logro idetificar que los factores de riesgos a las enfermedades óseas es el riesgo etario al poseer una significancia igual a 0,000, ademas, entre los factores metabolicos asociados se observa el sobrepeso y los trigliceridos; asi mismo, se evidencia que las enfermedades óseas tienen una presencia del 67% en los adultos mayores entrevistados.
- Se logró identificar que los factores de riesgo en asociación a la calidad de vida es el hábito de consumo con las drogas como factor prevalente, no se encontró asociación significativa con el riesgo etario ni con el factor metabólico. Además, se evidenció que la calidad de vida presentó un nivel bajo por mas del 86% de los adultos mayores.

## **VII. Recomendaciones**

- Se recomienda al personal de salud diseñar un plan educativo que les permita conocer a los pacientes que hábitos de consumo deben erradicar de su vida para mejorar su condición de salud en función de la enfermedad que tengan, así mismo, deben considerarse estrategias de prevención para mantener los factores metabólicos en valores estables.
- Se recomienda al personal de salud diseñar políticas de prevención y promoción de enfermedades no transmisibles de acuerdo a la edad y el sexo.
- Se recomienda a las autoridades de salud regional generar acciones para la atención e intervención de estas enfermedades desde etapas tempranas a fin de mejorar la calidad de vida de las personas.

## VIII. Referencias

- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13(2), 152-182. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-21612015000200003](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003)
- Barboza, E. (2020). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. *Revista cuidarte*, 11(2), 1-11. doi:<https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066>.
- Bista, B., Dhimal, M., Bhatarani, S., Neupane, T., Yiru, Y., & Raj, A. (2021). Prevalence of non-communicable diseases risk factors and their determinants: Results from STEPS survey 2019, Nepa. *Plos One*, 1-20. Obtenido de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0253605>
- Blundell, H., & Hine, P. (2019). Non-communicable diseases: ditch the label and recapture public awareness. *International Health*, 11(1), 5-6. Obtenido de <https://academic.oup.com/inthealth/article/11/1/5/5088763?login=true>
- Budreviciute, A., Damiati, S., Sabir, D., Onder, K., Goetzburg, S., Plakys, G., . . . Kopdzius, R. (2020). Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Frontiers in Public Health*. Obtenido de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.574111/full>
- Carvalho, R., Rauber, F., Claro, R., & Levy, B. (2020). Risk and protective behaviors for chronic non-communicable diseases among Brazilian adults. *Public Health*, 195, 7-14. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033350621001402>
- Conrado, A. (2016). Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 - 2009. *Saúde Debate*, 40(109), 125-135. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2016.v40n109/125-135/es>
- Ferreira, T., Ferraz, G., Poyo, M., Pereira, R., & Mendes, C. (2021). Coronavirus infections: health care planning based on Orem's Nursing Theor. *Experience*

- Report*, 71(1). Obtenido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/XMWfFDPDMtBSxnHzz5r3WHK/?lang=en>
- Gbadamosi, M., & Tlou, B. (2020). Modifiable risk factors associated with non-communicable diseases among adult outpatients in Manzini, Swaziland: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(665). Obtenido de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08816-0#citeas>
- Guevara, V., & calderón, A. (2018). *Estilos de vida de los pacientes adultos mayores relacionado con la hipertension arterial de la estrategia Sanitaria de enfermedades crónicas no tran*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional del Callao. Obtenido de <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3770>
- Hernandez, S., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. Mexico, Mexico .
- J. Larry Jameson, A. S. (2016). *Harrison, Principios de medicina interna, 19e*. Mc Graw Hill.
- Khademian, Z., Kazemi, F., & Gholamzadeh, S. (2020). The Effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery.*, 8(2), 140-149. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7153422/>
- Ley de las Personas Adultas Mayores N° 28803 . (20 de Julio de 2016). Diario el Peruano . Lima, Lima: Congreso de la Republica del Peru .
- Lizarbe, M., Gamarra, P., & Parodi, J. (2015). Factores de riesgo asociados a complicaciones intrahospitalarias, en adultos. *Horizonte MEd*, 15(1), 38-48. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n1/a06v15n1.pdf>
- Martínez Aguilar, E., Vargas Camaño, M. E., Hernández Pliego, R. R., Chaia Semerena, G. M., & Pérez Chavira, M. d. (07 de marzo de 2017). Inmunología de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (ISSN 2448-9190), 328,329, 330. doi:<https://doi.org/10.29262/ram.v64i3.263>

- Observatorio de Envejecimiento de Chile. (2021). Envejecimiento, enfermedades crónicas y factores de riesgo: Una mirada en el tiempo. 2(10).
- Oluwafem, A., Graham, Y., Haighton, C., & Ling. (2017). A systematic review of the application of Wilson and Cleary health-related quality of life model in chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(241). Obtenido de <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-017-0818-2>
- Organización Mundial de La Salud. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable-es.html>
- Pressman, S., Jenkins, B., & Moskowitz, J. (2019). Positive Affect and Health: What Do We Know and Where Next Should We Go? *Annual Review of Psychology*, 627-650. Obtenido de <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-010418-102955>
- Raidel González Rodríguez, J. C. (21 de mayo de 2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Finlay*, 103-110. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400005)
- Revelo, C. (2019). *Prevalencia de las enfermedades pulmonares crónicas y su relación con factores de riesgo en el Adulto Mayor, en la Consulta Externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital General Enrique Garcés, durante el primer semestre de 2018*. Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16018>
- Salud, O. M. (s.f.). *Organizacion Mundial de la Salud* . Obtenido de <https://www.who.int/topics/cancer/es/#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20un%20proceso,en%20puntos%20distantes%20del%20organismo.>
- salud, O. P. (2013-2020). <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

- Sánchez, G. (2014). *Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles en adultos de la asociación Vista Alegre, Pocollay, Tacna – 2014*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna. Obtenido de [http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2067/486\\_2015\\_sanchez\\_espillico\\_gr\\_fac Enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2067/486_2015_sanchez_espillico_gr_fac Enfermeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Sarma, P., Sadananda, R., Vinoda, J., Soman, B., Srinivasan, K., Varma, P., . . . Kutty, R. (2019). Prevalence of risk factors of non-communicable diseases in Kerala, India: results of a cross-sectional study. *Public Health*, 9(11). Obtenido de <https://bmjopen.bmj.com/content/9/11/e027880.abstract>
- Soca, P., Teruel, Y., Mariño, A., Llorente, Y., Rodríguez, T., & Peña, M. (04 de julio de 2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguín. *Revista Finlay*, 7(03), 155-162. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000300002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000300002)
- Sosnowski, R., Kulpa, M., Ziętałewicz, U., Wolski, J., Nowakowski, R., Bakula, R., & Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European Journal of Urology*, 70(2), 206-211. Obtenido de <https://europepmc.org/article/pmc/5510334>
- Spoorenberg, S., Uittenbroek, R., & Middel, B. (2018). Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. *BMC Geriatr*, 13(62). Obtenido de <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-13-62#citeas>
- Tumas, N., Rodríguez, S., Bilal, U., Ortigoza, A., & Diez, A. (2021). Urban social determinants of non-communicable diseases risk factors in Argentina. *Health & Place*. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1353829221001076?token=63ACE78C7AC24513B4EB2FAA43B7303506C80E24113BE8D47741D17C5835F80C361597291EDF77DD391E6F520E2A9A36&originRegion=us-east-1&originCreation=20211010123851>

- Van Rijnsoever, F. (2017). (I Can't Get No) Saturation: A simulation and guidelines for sample sizes in qualitative. *PlosOne*. Obtenido de <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0181689&type=printable>
- Wu, F., Gou, Y., Chatterji, S., Yang, ., Z., Nirmala, N., Yong, J., . . . Kowal, P. (2018). Common risk factors for chronic non-communicable diseases among older adults in China, Ghana, Mexico, India, Russia and South Africa: the study on global AGEing and adult health (SAGE) wave. *BMC Public Health*, *15*(88). Obtenido de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1407-0>
- Zenu, S., Abede, E., Dessie, Y., Bebalke, E., & Reshad, M. (2020). Co-occurrence of Behavioral Risk Factors of Non-communicable Diseases and Social Determinants among Adults in Urban Centers of Southwestern Ethiopia in 2020: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *4*, 1561—1570. Obtenido de <https://www.dovepress.com/co-occurrence-of-behavioral-risk-factors-of-non-communicable-diseases--peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>



## IX. Anexos

### Anexo A Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Población y muestra	Hipótesis	Diseño metodológico
<p><b>Problema general</b> ¿Cuál es la relación entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación entre la prevalencia de los factores de riesgo y las enfermedades en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• Cuál es la relación entre la prevalencia de los factores de riesgo y la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-</li> </ul>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo 2021</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la relación entre la prevalencia de los factores de riesgo y las enfermedades en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• Identificar la relación entre la prevalencia de los factores de riesgo y la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-</li> </ul>	<p><b>Población y muestra</b> Para la presente investigación la población está conformada por 373 pacientes mayores de 60 años que acuden por alguna enfermedad al Centro de Salud San Luis de Nivel I-3. La muestra se conformará por 189 pacientes.</p>	<p><b>Hipótesis alterna</b> Existe relación significativa entre la prevalencia de factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años</p> <p><b>Hipótesis nula</b> No existe relación significativa entre los factores de riesgo y las enfermedades crónicas en pacientes mayores de 60 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Según el tiempo de ocurrencia de los hechos en que capta información el estudio se caracteriza como retrospectivo, dado que, la información será analizada de periodos posteriores al presente (Hernández, Fernández, &amp; Baptista, 2014). Es decir, la información se analizará del periodo 2021.</li> <li>• Según el periodo y secuencia de estudio este se caracteriza por ser transversal, dado que, las variables se analizan en un solo momento en el tiempo (Kerlinger &amp; Howard, 2002). Es decir, las variables serán abordadas durante el transcurso del año del 2021.</li> <li>• Según la interferencia del investigador este se caracteriza por ser observacional, dado que no se intervendrá en el proceso, solo</li> </ul>

<p>3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a enfermedades en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian al cancer en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian las enfermedades cardiovasculares en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian con la diabetes mellitus en pacientes mayores de 60 años en el Centro de</li> </ul>	<p>3 en el periodo agosto a septiembre del 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian al cancer en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian las enfermedades cardiovasculares en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>•</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian con la diabetes mellitus en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian con la EPOC en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo</li> </ul>			<p>se describirá y se medirá los hechos entre las variables durante la investigación, (Hernández, Fernández, &amp; Baptista, 2014) Es decir solo se presentará los hechos tal y como suceden en la realidad sin intervención del investigador.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por el análisis y alcance de los resultados este se posiciona como uno relacional, dado que, el proceso abordado busca analizar la relación existente entre las variables (Hernández, Fernández, &amp; Baptista, 2014) En otras palabras, se busca conocer la relación entre la prevalencia de los factores y las enfermedades crónicas no transmisibles</li> </ul>
--	--	--	--	---

<p>Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian con la EPOC en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian con las enfermedades renales en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian con las enfermedades óseas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.</li> <li>• ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la calidad de vida en pacientes</li> </ul>	<p>agosto a septiembre del 2021?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian con las enfermedades renales en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> <li>• ¿Qué factores de riesgo se asocian con las enfermedades óseas en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021.</li> <li>• ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?</li> </ul>			
---	---	--	--	--

mayores de 60 años en el Centro de Salud San Luis Nivel I-3 en el periodo agosto a septiembre del 2021?				
---	--	--	--	--

**Anexo B**  
**Ficha de recolección de datos**

**A DATOS SOCIODEMOGRAFICOS**

Edad		Sexo	F	M
------	--	------	---	---

Talla		Peso		IMC		Nivel del peso		Riesgo Etario	
-------	--	------	--	-----	--	----------------	--	---------------	--

**B HABITOS DE CONSUMO**

HABITOS	CONSUME		FRECUENCIA					CANTIDAD			RESUMEN		
	SI	NO	N	CN	AV	CS	S	P	R	M	C	F	C
B1. TABACO													
B2. ALCOHOL													
B3. COMIDA SALIDABLE													
B4. COMIDA RAPIDA													
B5. DROGAS													

**C NIVELES METABOLICOS**

BIOMARCADORES	VALORES	%	RESULTADO	R
C1. COLESTEROL		ldl/hdl		
C2. GLUCOSA		mmol/l		
C3. HIPERGLUSEMIA		>		
C4. HIPERLIPIDEMIA		>		
C5. PRESIÓN ARTERIAL		mmHg		
C6. SOBREPESO		imc		
C7. TRIGLICERIDOS		mg/dl		
C8. CREATININA		mg/dl		

**D ENFERMEDADES**

ENFERMEDAD	PREVALENCIA					RESUMEN	
	SI	NO	L	M	G	P	G
D1. CÁNCER							
D2. CARDIOVASCULAR							
D3. DIABETES							
D4. EPOC							
D5. RENALES							
D6. ÓSEAS							

<b>E</b>	<b>CALIDAD DE VIDA</b>
----------	------------------------

		ED	I	DA	R
E1.	DESEMPEÑA SU ACTIVIDA DE MANERA INDEPENDIENTE				0
E2.	SON OPTIMAS LAS CONDICIONES EN LAS QUE VIVE (CUIDADOS, VESTIMENTA, INFRAESTRUCTURA, ALIMENTACIÓN Y ENTRETENIMIENTO).				0
E3.	RECIBE TRATAMIENTO PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE ENT				0

**Anexo C**  
**Definición operacional de las variables**

<b>Variable independiente</b>						
<b>Factores de riesgo</b>						
<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Tipo de escala</b>		<b>Valor final</b>	<b>Criterios de medición</b>
<b>Factor etario</b>	Hace referencia a la edad que tiene el paciente	Riesgo I: de 60 A 69 Riesgo II: de 70 A 79 Riesgo III: más DE 80	Cualitativa	Nominal	1= Riesgo I: de 60 A 69 2 = Riesgo II: de 70 A 79 3= Riesgo III: más DE 80	Edad
<b>Factor sexo</b>	Se considera el sexo que tiene el individuo por nacimiento	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2= Masculino	Sexo
<b>Factor hábitos</b>	Se consideran como todas aquellas constumbres dieteticas y de estilo de vida que lleva una persona	Consumo de tabaco = Consume / No consume  Alimentación = Adecuado / Inadecuado  Actividad física Regular Sedentarismo  Consumo de drogas	Cualitativa	Nominal	Consumo de tabaco = 1= No consume 2 = Consume  Alimentación = 1 = Adecuado 2= Inadecuado  Actividad física 1 = Regular 2= Sedentarismo  Consumo de drogas 1 = No Consume	Factores metabólicos

		Consume / No consume			2 = No consume	
<b>Factor metabólico</b>	Son factores relacionados con el individuo y su comportamiento para llevar una vida sana	Sobre peso Presión arterial Nivel de glucosa Nivel de colesterol Nivel de triglicéridos Hiperglucemia Hiperlipidemia	Cualitativa	Nominal	Sobre peso Presión arterial Nivel de glucosa Nivel de colesterol Nivel de triglicéridos Hiperglucemia Hiperlipidemia	
Variable dependiente						
Prevalencia e enfermedades crónicas no transmisibles						
<b>Enfermedades</b>	Se considera enfermedad a cualquier lesión o alteración grave o leve del funcionamiento normal del organismo del individuo o bien de alguna de sus partes producto de una causa externa o interna	Cáncer Cardiovasculares Diabetes Mellitus EPOC Renales Óseas	Cualitativa	Nominal		Enfermedades
<b>Calidad de vida</b>	El bienestar y satisfacción que puede tener un individuo con la vida	Autonomía Condiciones ambientales Manejo de la enfermedad	Cualitativa	Nominal		Calidad de vida