

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

ESCUELA DE POSGRADO



**“ESTILOS DE VIDA EN EL PERFÍL LIPIDICO DE LA
POBLACION ADULTA JOVEN ATENDIDA EN EL CENTRO DE
SALUD LAS MORAS – HUÁNUCO, 2019”**

LINEA DE INVESTIGACIÓN: PATOLOGÍAS

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN SALUD
PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

TESISTA: ISABEL ELVIRA CAMARGO CAMPOS

ASESORA: Dra. IBETH CATHERINE FIGUEROA SÁNCHEZ

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, por inspirarme y darme fuerza para culminar este proceso y lograr esta meta tan anhelada.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a su apoyo incondicional y convertirme en lo que soy; es un orgullo y privilegio ser su hija.

A mi hermana por estar siempre presente, acompañándome y por el apoyo moral que me brindo a lo largo de esta etapa de nuestras vidas. Eres la mejor.

A mi **esposo**, que, a través de sus consejos, su amor y paciencia me impulsa a concluir mis metas.

A mis hijos, que son el motor y mayor inspiración de mi vida, quienes me impulsaron a terminar esta etapa y poder continuar en mi crecimiento personal y profesional

A todas las personas que me han brindado su apoyo y han permitido la culminación de este trabajo de investigación que se realizó con éxito.

Isabel

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi eterna gratitud a Dios, quien con su bendición llena siempre mi vida y a toda mi familia por estar siempre presentes.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, a sus docentes por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de la Maestría en Salud Pública y Gestión en Salud Pública. quienes han guiado con su paciencia y rectitud.

A mi Asesora, quien desde el primer momento me brindó su amistad y su gran apoyo en la culminación de la investigación y en logro de esta meta.

Al Centro de Salud Las Moras; en especial al Lic. Deniz Cabello Mariano; quienes me abrieron las puertas para la ejecución del estudio. Muy agradecida por su valioso aporte para esta investigación

Isabel

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación de los estilos de vida con el perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras - Huánuco, 2019. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico; y de diseño no experimental y correlacional. La muestra fue de 62 adultos jóvenes (18 a 29 años de edad) elegidos mediante muestreo no probabilístico. Los resultados demostraron un índice de masa corporal dentro de los valores normales 64,5%, sobrepeso 24,2% y obesidad 8,1%; siendo más frecuente en mujeres que en varones. La adiposidad fue normal en el 95% de varones en comparación al 42,9% de mujeres; riesgo elevado en el 5% de varones y el 16,7% de mujeres y riesgo muy elevado sin casos en varones y el 40,5% de mujeres. Los niveles de colesterol dentro de los valores deseables (menor de 200 mg/dL) el 82,3%; en límite alto (200 a 240mg/dL) el 14,5% y elevados (mayor a 240mg/dl) el 3,2%. Los índices de triglicéridos fueron dentro de los valores deseables (menor a 150 mg/dL) el 90,3%; en límite alto (150 a 199mg/dL) el 6,5% y elevados (200 499mg/dL) el 3,2%. Concluyendo que existe correlación entre los hábitos alimenticios, estilos de actividad física, descanso e higiene y la atención de salud con los niveles de colesterol y triglicéridos. Y con un Tau b de Kendall de 0,460 que existe correlación moderada entre los estilos de vida y los niveles de colesterol y con un Tau b de Kendall de 0,298 que existe correlación baja con los niveles de triglicéridos.

Palabras claves: Colesterol, triglicéridos, estilos de vida.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship of lifestyles with the lipid profile in the young adult population attended at the Las Moras Health Center - Huánuco, 2019. The study was observational, prospective, transversal and analytical; and non-experimental and correlational design. The sample was 62 young adults (18 to 29 years old) chosen by non-probabilistic sampling. The results showed a body mass index within normal values 64.5%, overweight 24.2% and obesity 8.1%; being more frequent in women than in men. Adiposity was normal in 95% of men compared to 42.9% of women; high risk in 5% of men and 16.7% of women and very high risk without cases in men and 40.5% of women. Cholesterol levels within desirable values (less than 200 mg / dL) 82.3%; in high limit (200 to 240mg / dL) 14.5% and high (greater than 240mg / dl) 3.2%. The triglyceride indices were within the desirable values (less than 150 mg / dL) 90.3%; in high limit (150 to 199mg / dL) 6.5% and high (200 499mg / dL) 3.2%. Concluding that there is a correlation between eating habits, physical activity styles, rest and hygiene and health care with cholesterol and triglyceride levels. And with a Kendall Tau b of 0.460 that there is a moderate correlation between lifestyles and cholesterol levels and with a Kendall Tau b of 0.298 that there is a low correlation with triglyceride levels.

Keywords: Cholesterol, triglycerides, lifestyles.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	xi
I. ASPECTOS BÁSICOS DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Fundamentación del problema de investigación	1
1.2 Justificación	2
1.3 Importancia o propósito	3
1.4 Limitaciones	4
1.5 Formulación del problema de investigación general y específicos.	4
1.6 Formulación del objetivo general y específicos	5
1.7 Formulación de hipótesis general y específicas	6
1.8 Variables	7
1.9 Operacionalización de variables	8
1.10 Definición de términos operacionales	9
II. MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	10
2.2 Bases teóricas	17
2.3 Bases conceptuales	31
III. ASPECTOS METODOLÓGICOS	
3.1 Ámbito	33
3.2 Población	33
3.3 Muestra	33
3.4 Nivel y tipo de estudio	34
3.5 Diseño de investigación	35
3.6 Técnicas e instrumentos	35
3.7 Validación y confiabilidad del instrumento	35

3.8 Procedimiento	36
3.8 Plan de tabulación y análisis de datos	36
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Análisis descriptivo	37
4.2 Análisis inferencial	46
4.3 Discusión	52
4.4 Aporte de investigación	55
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	60
ANEXOS	65
NOTA BIOGRÁFICA	91

INDICE DE TABLAS

	Edad de la población adulta joven según los niveles	
Tabla 1	de índices lipídicos atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	37
	Características sociodemográficas: de la población	
Tabla 2	adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019.	38
	Características de actividad laboral de la población	
Tabla 3	adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019.	39
	Antecedentes familiares de la población adulta joven	
Tabla 4	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	40
	Índice de masa corporal de la población adulta joven	
Tabla 5	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	41
	Medida de adiposidad localizada (perímetro	
Tabla 6	abdominal) de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	42
	Presión arterial de la población adulta joven atendida	
Tabla 7	en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	43
	Nivel de colesterol total en la población adulta joven	
Tabla 8	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	44
	Nivel de triglicéridos en la población adulta joven	
Tabla 9	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	45
	Hábitos alimenticios y niveles de lípidos en la	
Tabla 10	población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	46
	Estilos de actividad física, descanso e higiene y	
Tabla 11	niveles de lípidos en la población adulta joven	47

	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	
Tabla 12	Estilos de actividades recreativas y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	48
Tabla 13	Estilos de vida de consumo de sustancias tóxicas y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	48
Tabla 14	Estilos de consumo de medicamentos sin prescripción médica y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019.	49
Tabla 15	Estilos de atención de salud y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	50
Tabla 16	Estilos de vida y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Edad de la población adulta joven según los niveles de	
Figura 1	índices lipídicos atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	37
	Características sociodemográficas: de la población	
Figura 2	adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	38
	Características de actividad laboral de la población	
Figura 3	adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	39
	Antecedentes familiares de la población adulta joven	
Figura 4	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	40
	Índice de masa corporal de la población adulta joven	
Figura 5	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	41
	Medida de adiposidad localizada (perímetro abdominal) de la población adulta joven atendida en el	
Figura 6	Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	42
	Presión arterial de la población adulta joven atendida	
Figura 7	en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	43
	Nivel de colesterol total en la población adulta joven	
Figura 8	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019	44
	Nivel de triglicéridos en la población adulta joven	
Figura 9	atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019.	45

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de los cambios demográficos y epidemiológicos de las últimas décadas, en el Perú se han producido importantes modificaciones en los perfiles demográficos y por ende en las tasas de mortalidad y morbilidad, constituyendo las enfermedades crónicas como una nueva epidemia que conlleva a complicaciones severas como las patologías cardiovasculares, accidente cerebrovascular (ACV), neoplasias malignas y diabetes mellitus (DM) que son las causas principales de muerte y morbilidad en la población adulta.

Estos perfiles de morbimortalidad en la etapa adulta vendrían a ser el resultado de los desórdenes en los estilos de vida de la población durante etapas tempranas.

Asimismo, el origen de estas enfermedades es multifactorial. El estudio INTERHEART demostró que los nueve factores de riesgo modificables para infarto de miocardio son los mismos para la mayoría de grupos poblacionales, estos son: tabaquismo, sedentarismo, consumo exagerado de alcohol, malos hábitos alimenticios, hipertensión, diabetes, obesidad abdominal, estrés psicosocial (laboral y familiar) y elevada razón de apolipoproteína B100/apolipoproteína A1¹.

La dislipidemia; por lo tanto, es un común denominador de los factores modificables mencionados y puede conllevar a complicaciones cardiovasculares; convirtiéndose en una epidemia, lo que ha motivado que se constituyan en una de las áreas de investigación más extensa. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud reportó que la prevalencia de hipercolesterolemia es de 39% en personas mayores de 25 años de edad; por lo que las acciones deben direccionarse a la identificación de la población vulnerable desde etapas tempranas para direccionar actividades preventivo promocionales ante los factores de riesgo y con ello se disminuiría los índices de morbimortalidad por enfermedades crónicas.

En el Centro de salud Las Moras, se vienen desarrollando actividades de detección y diagnóstico de dislipidemias desde edades tempranas; tanto dentro de los servicios de salud como en campañas; sin embargo, no se evidencia un adecuado registro de los factores de riesgo. Por estas razones

es que nuestro estudio tuvo el propósito de determinar la relación entre estos resultados del perfil lipídico y los estilos de vida en edad temprana como es la etapa joven.

Es así, que la presente investigación se desarrollará en cuatro capítulos, siendo:

El capítulo 1, de la descripción del problema de investigación; donde se fundamentó el problema, se describió la justificación e importancia, la formulación de problema, objetivos e hipótesis y se operacionalizaron las variables.

En el capítulo 2, se desarrolló el marco teórico; describiendo los antecedentes, las bases teóricas y conceptuales.

En el capítulo 3, se describió la metodología que siguió el desarrollo de la investigación.

En el capítulo 4, se desarrollaron los resultados y la discusión de los resultados,

Finalmente se redactaron las conclusiones, las sugerencias y la bibliografía que se utilizó en el desarrollo de la investigación.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema de investigación

Las dislipidemias son trastornos en el perfil de los lípidos en sangre, caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol e incrementos de las concentraciones de triglicéridos. Son entidades frecuentes en la práctica médica, que acompañan a diversas alteraciones como la diabetes mellitus tipo 2, la gota, el alcoholismo, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, el síndrome metabólico y el empleo de algunos fármacos. La prevalencia es variable. En sujetos sanos se reportan cifras de 57,3% para la hipertrigliceridemia y de 48,7% para la hipercolesterolemia; valores más altos en pacientes con resistencia a la insulina.¹ Un estudio en Cuba en pacientes mayores de 60 años encontró 56,9 % con dislipidemias.²

Esta alteración de los niveles lipídicos, aumentan el riesgo de aterosclerosis porque favorecen el depósito de lípidos en las paredes arteriales, con la aparición de placas de ateromas, y en los párpados (xantelasma) y en la piel con la formación de xantomias.³ El aumento excesivo de los triglicéridos por encima de 11,3 mmol/L incrementa las probabilidades de pancreatitis aguda, caracterizada por un intenso dolor abdominal con vómitos que constituye una urgencia médica.

La dislipidemia es uno de los principales factores de riesgo para la cardiopatía isquémica⁴. Cada año mueren más personas por enfermedades cardiovasculares que por cualquier otra causa. Se calcula que en el 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones a los accidentes cardiovasculares. La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, utilizando para ello estrategias que abarquen a toda la población⁵.

En la actualidad, en nuestra comunidad, enfermedades y problemas de salud (cardiovasculares, algunos cánceres, VIH/SIDA, accidentes...) muy frecuentes, de gran importancia para la salud pública, con altas tasas de morbimortalidad e importantes consecuencias personales, familiares, políticas y sociales, se relacionan con estilos de vida y comportamientos individuales y admiten la posibilidad de una posición activa por parte de la propia persona.

Los perfiles lípidos se ven alterados en los desórdenes alimentarios, vida sedentaria consumo de sustancias nocivas; por lo que, en primera instancia, se recomiendan cambios en los estilos de vida. Aunque existen distintos puntos de vista, hay consenso en que deben consumirse preferentemente frutas y vegetales frescos, que son ricos en nutrientes como vitaminas y minerales, y abundantes en fibra dietética que comprende la parte de los carbohidratos que no se absorben y, por tanto, aportan pocas calorías⁶.

Otro cambio importante que deben realizar estos pacientes es el incremento de la actividad física, ya que, esto aumenta el gasto de energía y, por tanto, reduce el peso corporal; por otro lado, incrementa los niveles de HDL en sangre, lo que disminuye las probabilidades de padecer de enfermedades cardíacas.

El aumento de los lípidos en sangre o dislipidemias, sobre todo del colesterol y los triglicéridos, es un factor de riesgo de aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares. Se clasifican en primarias o genéticas y secundarias. Se diagnostican con la determinación de la colesterolemia, trigliceridemia o ambas, además de las lipoproteínas séricas, como las lipoproteínas de alta densidad o HDL, y de baja densidad o LDL. Se tratan en principio con cambios en los estilos de vida, con dietas sanas, ejercicios físicos y eliminación de los hábitos tóxicos. Los principales medicamentos empleados son las estatinas, secuestrantes de ácidos biliares y los fibratos.⁷

1.2 Justificación

La dislipidemia, es uno de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, es considerada una prioridad en la necesidad

de la salud de las personas en nuestro país, por tratamientos complejos y prolongados, y por generar mejor y mayor capacidad resolutive en los servicios de salud⁸. La solución a este problema es la etapa preventiva; por lo que el presente trabajo se justifica:

Teóricamente, es necesario conocer cuáles son los estilos de vida de la población afectada, con la finalidad de establecer medidas correctivas y evitar las complicaciones que puede conllevar a la muerte.

En la práctica, permitirá a los profesionales de salud direccionar esfuerzos y planificar programas que tiendan a modificar estos comportamientos de riesgos para enfermedades crónicas no transmisibles, mejorando las estrategias del Modelo de Atención Integral de Salud para llegar a toda la población; esto equivale a promoción (educación de estilos de vida saludable, actividad física y alimentación saludable), prevención primaria mediante la identificación de los factores de riesgo, el uso de pruebas de laboratorio, y el diagnóstico de enfermedad, desde el primer nivel de atención. Además, tratamiento y seguimiento de los pacientes⁹.

Socialmente, al identificar los estilos de vida que prevalecen en la población en estudio y al evidenciar los niveles de dislipidemias; se podrán enfatizar en estrategias preventivas y actividades en el primer nivel de atención; concientizando a la población para evitar mayores daños de salud y pérdidas de vida por enfermedades crónicas que conllevan las dislipidemias; siendo estas acciones más económicas que las recuperativas y de rehabilitación.

Metodológicamente, permitirá iniciar nuevas estrategias educativas en el control de los niveles lipídicos y los cambios en los estilos de vida; y a su vez permitirá realizar investigaciones profundizando en el tema y buscando mejores alternativas de solución

1.3 Importancia o propósito

Los problemas de dislipidemias a pesar de ser un problema muy evidente en nuestra población, existen pocos estudios relacionados a este tema; los

cuales se mencionan como causas predisponentes para patologías crónicas; por lo que el propósito del presente estudio es dar a conocer la magnitud de este problema y su relación con los estilos de vida de la personas afectada; de tal forma que la población tome conciencia de los riesgos a los que están predispuestos si no se toman medidas preventivas. Asimismo, es importante porque los profesionales médicos y población en general conocieron el perfil lipídico y los factores que están condicionándolo por lo que se tendrán que implementar medidas preventivas correctivas como el tamizaje periódico, cambios en sus estilos de vida necesaria para el éxito de los objetivos en prevención primaria de las enfermedades crónicas como los problemas cardiovasculares, diabetes, etc.

1.4 Limitaciones

Dentro de las limitaciones encontramos el limitado acervo bibliográfico y la demora en los tramites administrativo. Asimismo, se contempló el sesgo de la información.

1.5 Formulación del problema de investigación

1.5.1 Problema general

¿Cuál es la relación de los estilos de vida con el perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019?

1.5.2 Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas, económicas y clínicas de la población en estudio?
2. ¿Cuál es la correlación de los hábitos alimenticios con los niveles de perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019?
3. ¿Cuál es la correlación de los estilos de actividad física, descanso e higiene con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019?

4. ¿Cuál es la correlación de los estilos de actividad recreativa con los niveles de perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019?
5. ¿Cuál es la correlación del consumo de sustancias tóxicas con los niveles de perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019?
6. ¿Cuál es la correlación de los estilos de consumo de medicamentos sin prescripción con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019?
7. ¿Cuál es la correlación de los estilos de atención de salud con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019?

1.6 Formulación del objetivo general y específicos

1.6.1 Objetivo General

Determinar la relación de los estilos de vida con el perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019

1.6.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas, económicas y clínicas de la población en estudio.
2. Correlacionar los hábitos alimenticios con los niveles de perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.
3. Correlacionar los estilos de actividad física, descanso e higiene con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.
4. Correlacionar los estilos de actividad recreativa con los niveles de perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019
5. Correlacionar el consumo de sustancias tóxicas con los niveles de perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019

6. Correlacionar los estilos de consumo de medicamentos sin prescripción con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.
7. Correlacionar los estilos de atención de salud con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

1.7 Formulación de hipótesis generales y específicos

1.7.1 Hipótesis General

H1: Los estilos de vida están relacionados con el perfil lipídico de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H0: Los estilos de vida no están relacionados con el perfil lipídico de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

1.7.2. Hipótesis Específica

H11 Existe correlación entre los hábitos alimenticios con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H01 No existe correlación entre los hábitos alimenticios con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H12 Existe correlación entre la actividad física, descanso e higiene con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H02 No existe correlación entre la actividad física, descanso e higiene con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H13 Existe correlación entre los estilos de actividad recreativa con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H03 Los estilos de actividad recreativa no están relacionados con el perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H14 Existe correlación entre los estilos de consumo de medicamentos sin prescripción con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H04 No existe correlación entre los estilos de consumo de medicamentos sin prescripción con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H15 Existe correlación entre los estilos de atención de salud con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H05 No existe correlación entre los estilos de atención de salud con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

1.8 Variables

Variable de estudio 1

Estilos de vida

Indicadores:

- Hábitos de alimentación
- Actividad física, descanso e higiene
- Actividades recreativas
- Consumo de medicamentos sin prescripción médica
- Atención de salud.

Variable de estudio 2

Perfil lipídico

Indicadores:

- Colesterol total
- Triglicéridos
- IMC

Variables intervinientes

- Características sociodemográficas,

- Características económicas y
- Características clínicos

1.9 Operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de variables				
Variable	Dimensiones	Indicadores	Valor final	
Variable 1 Estilos de vida	Hábitos de alimentación	Frecuencia Desórdenes alimenticios Alimentos no sanos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bueno ✓ Malo ✓ Regular 	
	Actividad física	Frecuencia Tiempo		
	Descanso	Horario de descanso Vigilia		
	Higiene	Baño frecuente		
	Actividades recreativas	Actividades en grupo Apoyo familiar		
	Consumo de sustancias tóxicas	Cigarrillos Alcohol Otras sustancias toxicas		
	Consumo de medicamentos sin prescripción médica	Si no		
	Atención de salud	Frecuencia Patologías		
Variable 2 Índice lipídico	Colesterol total	Colesterol total	Deseable <200mg/dl Limite alto 200 a 239mg/dl elevado > 240mg/dl	
	Triglicéridos	Triglicéridos < 150 mg/dl	Deseable < 150mg/dl Limite alto 150 a 199mg/dl elevado > 199mg/dl	
Variable interviniente	Características socio-demográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Edad • Estado civil • Procedencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer – varón • Cronológico • Soltera, casada, separada, viuda • Urbano, urbano-marginal, rural 	
	Características económicas	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo • Remuneración 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, no, estudiante • Escala 	
	Características sociodemográficas, económicas y clínicos	Características clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes patológicos 	Cardiovasculares Obesidad Diabetes
			IMC	<18.5: bajo peso De 18.5 a 24.9: normo peso 25 a 29.9: sobrepeso >de 30 Obesidad
		Circunferencia abdominal <ul style="list-style-type: none"> • Circunferencia abdominal de la mujer 	Varón con riesgo: >94 Varón sin riesgo <94 Mujer con riesgo >85 Mujer sin riesgo: <85	

1.10 Definición de términos operacionales

Estilos de Vida:

Son procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida; estos pueden ser de riesgo (no saludables) o protectores (saludables).

Perfil lipídico

Son las concentraciones de distintos tipos de grasas hallados en la sangre, mediante un análisis de laboratorio: dentro de ellos tenemos el colesterol total, la lipoproteína de alta densidad o colesterol HDL, lipoproteína de baja densidad o colesterol LDL y los triglicéridos.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 *Antecedentes Internacionales*

Nuñez Jiménez, Diana del Pilar¹⁰. (Ecuador, 2015). **Determinación del perfil lipídico y su relación con el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares en niños de 9 a 12 años en el barrio Gil Ramírez Dávalos**. Se realizó con el objetivo de determinar los niveles del perfil lipídico y a la vez establecer factores externos o adquiridos que los relacione con el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares en niños de 9 a 12 años. La investigación se enfocó en el paradigma crítico - propositivo ya que permite el análisis de los resultados; también es predominantemente cuali-cuantitativo porque busca evaluar la relación que existe entre los niveles lipídicos y los factores de riesgo. Presentó una modalidad de campo y experimental. Para recolectar información se realizó una encuesta. Y se utilizó el programa estadístico SPSS para el análisis y se llegó a verificar la hipótesis. Se identificó un 36% de niños con sobrepeso y un 18% obesidad. En cuanto al perfil lipídico un 60% de la población tiene valores aceptables, un 30% tiene valores de riesgo y un 10% presenta valores de elevados; los valores elevados identificados, no son exageradamente anormales, por lo cual, una modificación de los factores de riesgo ayudase a regular los valores, sin requerir de tratamientos farmacológicos. Se logró establecer que los principales factores de riesgo presentes en los niños investigados son: el sedentarismo, el sobrepeso, la obesidad y el consumo frecuente de comida chatarra; estos se correlacionan con los niveles elevados de colesterol, triglicéridos y LDL. Y mediante datos obtenidos de la encuesta nos dimos cuenta que poco influyen los antecedentes familiares en los resultados del perfil lipídico de los niños de la investigación, ya que solo 3 niños refieren antecedentes familiares de

sobrepeso. Las elevaciones de sus niveles lipídicos se relacionan netamente con causas externas.

Parra, B. et al. ¹¹(Colombia 2015). **Perfil lipídico y consumo de frutas y verduras en un grupo de jóvenes de 10 a 19 años, según el índice de masa corporal.** El objetivo fue comparar el perfil lipídico y la ingesta de frutas y verduras, según el índice de masa corporal, en un grupo de jóvenes de 10 a 19 años, de la empresa promotora de salud SURA, sede de Medellín; mediante un estudio de corte transversal, en el que participaron 103 jóvenes obesos, 120 con sobrepeso y 214 con un índice de masa corporal normal. En condiciones basales y ayuno de 10 horas, se evaluó colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos. La ingesta de verduras y frutas se determinó mediante recordatorio de 24 horas. Los resultados demostraron que los datos de c-LDL en el grupo de obesos, sobrepeso y control fueron, respectivamente: 95 ± 32 , 96 ± 53 y 80 ± 24 mg/dL ($p = 0,000$); para los mismos grupos, los datos de triglicéridos fueron: 116 ± 65 , 112 ± 69 y 88 ± 52 mg/dL ($p = 0,000$). El c-HDL en los 3 grupos fue: 52 ± 14 , 53 ± 12 y 56 ± 14 mg/dL ($p = 0,013$), respectivamente. Se evidenció una asociación significativa entre el mayor consumo de frutas y la menor concentración de triglicéridos entre los participantes con sobrepeso ($p = 0,035$). No fue habitual la ingesta de frutas y verduras. Concluyendo que el alto índice de masa corporal promueve un perfil lipídico aterogénico. Son necesarias acciones para promover hábitos alimentarios saludables.

Galvis Pérez, et al¹². (Colombia, 2013). **Prevalencia de dislipidemias en una institución prestadora de servicios de salud de Medellín.** El objetivo fue de determinar la prevalencia de dislipidemias en individuos atendidos en un laboratorio docente asistencial e investigativo de Medellín, durante el año 2013. El estudio fue de tipo descriptivo transversal realizado en una población de 6 384 sujetos, utilizando información secundaria. Se realizaron medidas de resumen y frecuencia, regresión logística binaria multivariante. Los resultados demostraron que la prevalencia global de hipertrigliceridemia fue 41,8

%, hipercolesterolemia 46,0 %, colesterol LDL elevado 67,5 %, colesterol HDL bajo 40,4 % y de dislipidemias 74,7 %. Las alteraciones lipídicas presentaron asociación estadística con el sexo y el grupo etario. Conclusión: se encontró una elevada prevalencia de dislipidemias y alteración de todos los índices aterogénicos; los adultos con edad mayor a 44 años y las mujeres son quienes presentan mayor riesgo de dislipidemia; estos son datos importantes porque precisan la población prioritaria para intervenciones posteriores.

Álvarez Gasca, M. et al.¹³ (Mexico, 2012). Perfil Lipídico Asociado a Obesidad Central en Estudiantes Universitarios. El objetivo fue evaluar la presencia de alteraciones en el perfil lipídico y su relación con obesidad central en estudiantes universitarios. Se aplicó mediante un estudio transversal, descriptivo con muestreo aleatorio y estratificado en 1046 estudiantes de enfermería, medicina, psicología, optometría y biología con edad promedio de 19 años y desviación típica de 2.69. Se midió la circunferencia de cintura para determinar la obesidad central y se realizó química sanguínea para evaluar perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, HDL y LDL). Los resultados demostraron que la presencia de obesidad central fue en el 50.19 % de la población total, con mayor frecuencia en mujeres y la alteración lipídica más frecuente fue el colesterol HDL. También se encontró una relación negativa y significativa entre la obesidad central y el HDL disminuido en las mujeres. Los triglicéridos, LDL y HDL alterados se presentaron con mayor frecuencia en obesos y de manera similar en ambos géneros. Concluyendo que la frecuencia de estudiantes en riesgo resultó elevada, sobre todo en mujeres y la mayoría desconocía tener dislipidemia a pesar de padecer obesidad. Cabe destacar la necesidad de realizar detección y tratamiento oportuno de estos padecimientos en estudiantes de enfermería y otras carreras relacionadas con la salud que como promotores de la salud deben atender en sí mismos y en su área de trabajo.

Hernández, Et al.¹⁴ (España, 2010). **Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y León.** El objetivo fue determinar que el hipercolesterolemia es uno de los factores de riesgo cardiovascular más sensible a las medidas de prevención y control. Este estudio pretendió conocer las características clínicas y epidemiológicas de las personas dislipidémicas en Castilla y León. Se realizó un muestreo bietápico-estratificado y se obtuvieron datos de 4.013 personas, representativas de la población de 15 o más años de edad en Castilla y León. Se recogieron las variables relacionadas con la enfermedad cardiovascular de la historia clínica, la anamnesis y la exploración. Se determinaron el colesterol total y las distintas fracciones lipídicas (c-HDL, c-LDL y triglicéridos). Los resultados demostraron que el colesterol total, el c-HDL, el c-LDL y los triglicéridos aumentan con la edad, y todos excepto el primero presentan diferencias según el sexo. El c-LDL y los triglicéridos están más elevados en los hombres que en las mujeres hasta los 60 años de edad, pero luego el patrón se invierte, mientras que el c-HDL siempre es más alto en las mujeres. El 14,6% de la población tiene un colesterol total >250mg/dl y un 56,3% lo tiene >200mg/dl. Sólo el 49,6% de las personas con >250mg/dl tenían antecedentes en su historia clínica, y únicamente un 15,2% recibían tratamiento. El colesterol total ajustado por la edad se correlacionaba positivamente con todos los demás factores de riesgo cardiovascular. Además, más del 70% de la población presenta al menos un factor de riesgo cardiovascular. Concluyendo que destacan los altos valores de colesterol total y c-LDL, así como los bajos de c-HDL en los hombres, y el infradiagnóstico en las historias clínicas. La asociación de hipercolesterolemia con otros factores de riesgo cardiovascular es similar a la observada en otros estudios.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Ninatanta Ortiz, Juana y Romani Romani, Franco¹⁵ (Lima, 2018). **Realizaron la investigación titulada Índice triglicéridos / colesterol de alta densidad y perfil lipídico en adolescentes escolares de una**

región andina del Perú. El objetivo fue identificar los patrones del índice triglicéridos/colesterol HDL y perfil lipídico en escolares sin síndrome metabólico residentes en zonas urbanas de una región andina del Perú. El estudio tuvo fuente secundaria, los datos provienen del estudio «Frecuencia de Síndrome Metabólico en residentes de una región andina del Perú». De 586 estudiantes del estudio original, fueron excluidos 19 por tener diagnóstico de síndrome metabólico. Se analizaron los niveles de glucosa, colesterol total, colesterol de alta densidad (HDL), colesterol de baja densidad (LDL) y triglicéridos. El colesterol no HDL fue calculado mediante la diferencia entre el colesterol total y HDL. El índice triglicérido/colesterol de alta densidad (Tg/HDL-C) es el cociente entre la concentración sérica de triglicéridos y colesterol HDL-C. los resultados demostraron en el perfil lipídico de 567 adolescentes entre 11 y 16 años, que la media del índice Tg/HDL-C fue de 2,9 (desviación estándar – DE: 2,35), la mediana fue de 2,3 con un intervalo intercuartil entre 1,62 y 3,51. El índice Tg/HDL-C ≥ 3 estuvo asociado con mayores niveles de colesterol no HDL, puntaje Z de IMC y perímetro de cintura. Concluyeron que la mitad de adolescentes escolares de una región andina del Perú tuvo un índice Tg/HDL-C entre 1,62 y 3,51. Un corte ≥ 3 en el índice Tg/HDL-C estuvo asociado a una mayor concentración de colesterol no HDL, puntaje Z de IMC, y perímetro de cintura, estos dos últimos son indicadores de exceso de peso.

Felipe Porras, Sandra Eulalia¹⁶ (Lima, 2017). **Estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho – 2017.** Se realizó con el objetivo de establecer la relación entre estilos de vida y el riesgo a enfermedades cardiovasculares en los Profesionales de Enfermería; se realizó mediante un estudio de nivel aplicativo de método descriptivo transversal con un enfoque cuantitativo. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Los resultados demostraron que del 100% de profesionales enfermeros

el 62.5% no presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares, y el 37,5% presenta riesgo a enfermedades cardiovasculares así mismo el 70% presentan estilos de vida saludable y el 29,2% presenta estilos de vida no saludable. Concluyendo que los profesionales de Enfermería que laboraron en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho presentan estilos de vida saludables y se relacionan con no presentar un riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Estos estilos de vida son saludables ya que realizan en su mayoría ejercicios como caminatas por lo menos 30 minutos, no es habitual en ellos el consumo de licor, no fuman, y sin embargo existe un porcentaje de profesionales que tiene estilos de vida no saludables ya que su consumo de alimentos en sus mayorías es a base de frituras, bebidas azucaradas y laboran en varios lugares lo que conlleva a que tomen medicamentos para poder conciliar el sueño.

Torre Cárdenas, Sheila Angélica¹⁷ (Huancayo, 2017). **Prevalencia de Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia en un Centro de Salud a 3200 msnm.** El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia en el Centro de Salud de Huayucachi de enero del 2015 a diciembre del 2016. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, realizado en el periodo del 01 de enero del 2015 al 31 de diciembre del 2016. Se tomó a la población de 12 193 pobladores registrados en el centro de salud, por criterios de inclusión y exclusión, tuvimos una población accesible de 406 registros de pobladores (259 mujeres y 147 varones) mayores de 18 años. Se realizó análisis descriptivo, distribución de frecuencias para variables cuantitativas y medidas de tendencia central para cuantitativas, además de análisis bivariado mediante chi cuadrado o t de student según corresponda ($p < 0,005$).

Resultados: Se obtuvo una población accesible de 406 registros de pobladores de gran altitud, el 63,8 % fueron mujeres y el 36,2% fueron varones, con una edad media de 66,93 ($\pm 16,12$). La prevalencia de hipertrigliceridemia fue del 53% y de hipercolesterolemia fue 29,8%, a predominio de las mujeres en un 57,9% que fue estadísticamente

significativo ($p=0,008$ y $p =0,047$ respectivamente). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la hipertrigliceridemia y la obesidad ($p<0,001$), de igual manera entre la hipercolesterolemia y la obesidad ($p<0,001$). La obesidad abdominal en ambos géneros tuvo relación estadísticamente significativa ($p<0,05$) con la hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia. Concluyendo que la prevalencia de hipertrigliceridemia fue elevada, de la misma forma la hipercolesterolemia, además existe relación entre la obesidad y ambos parámetros anormales de laboratorio

Cueva Cristóbal, Ana María¹⁸. (Lima, 2015). **Conocimientos sobre tamizaje de dislipidemias en los médicos del primer nivel de atención de Lima Norte durante el año 2014.** Tuvo como objetivo investigar y describir los conocimientos sobre tamizaje de dislipidemias en los médicos del primer nivel de atención de Lima Norte. El estudio fue de tipo descriptivo transversal. El tamaño de la muestra fue de 196 médicos del primer nivel de atención, de los establecimientos de salud del Ministerio público de Lima Norte. Muestreo probabilístico aleatorio. Se realizó entrevistas a los médicos en sus centros de labores, entre los meses de enero a noviembre del 2014. Se usó un cuestionario para la recolección de datos. Se determinaron análisis descriptivo de observaciones y proporciones, y análisis bivariado. Los resultados demostraron que del total 104 (55%) varones, la edad media 43 años (desviación estándar (DE) ± 10.5), 171 (90.5%) médicos generales, la media del tiempo laboral 13 años (DE ± 9.4), 160 (84.7%) usan el laboratorio, 112 (59.3%) conocen alguna guía de práctica clínica, 57 (50.9%) usan la guía recomendada del PEAS y 27 (24.1%) la guía del ATP III, y capacitación 68 (36%) médicos. El 10% tenía un conocimiento adecuado sobre tamizaje, según la guía Task Force IV, y el 9% tenía un conocimiento adecuado sobre tamizaje, según las guías. Concluyendo que los porcentajes de aciertos obtenidos por los médicos para tamizaje adecuado de dislipidemias fueron bajos.

Gutierrez Paredes, Elmer Eduardo¹⁹. (Lima, 2009). **Colesterol y triglicéridos y su relación con el índice de masa corporal (IMC) en pacientes adultos que acuden al Servicio Académico Asistencial de Análisis Clínicos**. Se realizó con el objetivo de determinar las concentraciones séricas de Colesterol Total y Triglicéridos de 400 personas, con edades comprendidas entre 20 a 70 años, que acudieron al Servicio Académico Asistencial de Análisis Clínicos y se relacionaron dichos parámetros bioquímicos con las siguientes variables: edad, sexo e índice de masa corporal (IMC). Los valores medios obtenidos fueron: Colesterol Total: 169,66 mg/dl; Triglicéridos: 161,76 mg/dl, e IMC: 27,01 Kg/m². Se encontró que, para el Colesterol Total, 60,5% tenían niveles normales y 39,5% presentaban hipercolesterolemia. Para los Triglicéridos, 50,8% tenían niveles normales y 49,3% tuvieron hipertrigliceridemia. En cuanto al IMC, 2% tenían IMC bajo; 34,8% IMC normal; 38% sobrepeso y 25,3% obesidad. Se halló relación estadísticamente significativa al confrontar los niveles séricos del Colesterol Total (CT) con la edad ($p=0.03$) y el IMC ($p=0.04$). Lo mismo sucedió al relacionar los niveles séricos de los Triglicéridos (TG) con la edad ($p=0.001$) y el IMC ($p=0.04$), así como al relacionar estas dos últimas variables entre sí ($p=0.04$). Pero al confrontar tanto el CT, TG e IMC con la variable sexo ($p=0.56$, 0.44 y 0.87 respectivamente) no se obtuvo relación estadística significativa.

2.1.3 Antecedentes Locales

No se encontraron antecedentes locales

2.2 Bases Teóricas:

2.2.1 Dislipidemias²⁰

Las dislipidemias son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud. Es un término genérico para denominar cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol: colesterol total (Col-total), colesterol de alta

densidad (Col-HDL), colesterol de baja densidad (Col-LDL) o triglicéridos (TG).

Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC). Niveles muy altos de TG, especialmente cuando hay hiperquilomicronemia, han sido señalados como de riesgo en la patogenia de la pancreatitis aguda.

Las dislipidemias, por su elevada prevalencia, aumenta el riesgo de morbilidad y muerte por diversas enfermedades y el carácter tratable de sus afecciones, y se convierten en un problema de salud en el mundo y en nuestro país por los graves daños que provoca en los pacientes afectados

Diagnostico

El diagnóstico de dislipidemia se basa en los niveles séricos de Col-total, de ColLDL, Col-HDL y de los TG. Debe recordarse que el Col-total es la suma del colesterol presente en las lipoproteínas LDL, HDL y VLDL; sin embargo, teniendo en cuenta que la aterosclerosis tiene una patogenia multicausal, para determinar el nivel de riesgo de la alteración de los lípidos es necesario evaluar conjuntamente la presencia o ausencia de otros factores de riesgo CV que pueda presentar el paciente. Es lo que se ha denominado Riesgo Cardiovascular Global (RCG).

Desde un punto de vista de la orientación diagnóstica y terapéutica, resulta útil complementar el diagnóstico de dislipidemia clasificando el tipo de dislipidemia y una aproximación clínica a un diagnóstico etiológico.

Diagnóstico de dislipidemia según niveles de lípidos y RCG **Colesterol total**

En población general de 20 o más años de edad se recomienda realizar un tamizaje para la pesquisa de dislipidemia a través de la determinación del colesterol total que no requiere que la persona esté en ayunas. Se considera normal un Col total <200 mg/dL. Si el individuo

no tiene otros factores de riesgo asociados, deberá ser reevaluado cada 5 años.

Si el Col-total es ≥ 200 mg/dl debe hacerse una segunda medición e incluir una determinación adicional de Col HDL. Si el Col total está entre 200 y 239 mg/dL y el Col-HDL ≤ 35 mg/dL, o existen 2 o más factores de riesgo cardiovascular mayores, señalados en la Tabla 1, es necesario realizar un perfil lipídico.

Tabla 1.

Factores de riesgo a considerar en la evaluación del riesgo cardiovascular global

- 1 Hombre mayor de 45 años
- 2 Mujer postmenopáusica sin terapia de reemplazo estrogénico
- 3 Antecedentes de aterosclerosis clínica en familiares de primer grado
- 4 Tabaquismo
- 5 Hipertensión arterial
- 6 Diabetes mellitus
- 7 Colesterol HDL menor de 35 mg/dL

Fuente.

Perfil lipídico

Se debe realizar en ayunas de 12 horas. Se refiere a la cuantificación del Col total, Col-HDL y TG y la estimación del Col-LDL calculado por la fórmula de Friedewald. Con estos exámenes se determinan los niveles de lípidos considerados como patológicos según la categoría de riesgo de los individuos, Tabla 2

Tabla 2			
Niveles patológicos de lípidos (mg/dL) según categorías de riesgo cardiovascular global			
Categorías de riesgo CV	Col-LDL	Col-HDL	Triglicéridos
Bajo	≥ 160	≤ 35	≥ 200
Alto	≥ 130	≤ 35	≥ 200
Máximo	≥ 100	≤ 45	≥ 160

El nivel de lípidos considerado patológico varía según el nivel de riesgo CV del individuo. Es así como en un individuo de “bajo riesgo” se considera anormal una cifra de Col-LDL ≥ 160 mg/dL, mientras que el nivel considerado patológico en un sujeto clasificado en “riesgo máximo” es muy inferior, ≥ 100 mg/dL.

Estos valores sirven para hacer el diagnóstico de dislipidemia y también para fijar los objetivos terapéuticos a alcanzar en los pacientes en tratamiento.

Clasificación de las dislipidemias

Las dislipidemias deben clasificarse según su fenotipo clínico y según su etiopatogenia

Clasificación según fenotipo: Se distinguen 4 formas de presentación:

- Hipercolesterolemia aislado: elevación del Col-LDL.
- Hipertrigliceridemia aislada: elevación de triglicéridos
- Hiperlipidemia mixta: elevación del Col-LDL y de TG
- Col-HDL bajo aislado: disminución de Col-HDL

Cuando existe hipertrigliceridemia es muy frecuente que se asocie a una disminución del Col-HDL, por disminución de la síntesis y mayor catabolismo de las HDL.

La antigua clasificación de Fredrickson que divide a las dislipidemias en 5 fenotipos ya no tiene utilidad en la práctica clínica.

Clasificación etiopatogénica

La dislipidemia puede tener una causa primaria o genética o ser secundaria a otras patologías o factores ambientales.

1. Dislipidemias primarias genéticas

Se ha estimado que la etiología genética es causa de un 4% de las dislipidemias en la población general; sin embargo, esta contribución llega a ser de un 30 % en los pacientes con cardiopatía coronaria, cifra que puede elevarse en pacientes jóvenes. Las dislipidemias genéticas se caracterizan por niveles muy altos de lípidos (hipercolesterolemias > 300 mg/dL, hipertrigliceridemias $>$

400 mg/dL) o niveles muy bajos de Col-HDL (< 25 mg/dL) muchas veces con triglicéridos normales. En ellas también se pueden encontrar depósitos tisulares de lípidos. A modo de ejemplo, en el hipercolesterolemia familiar: xantomas tendinosos (extensores de la mano, tendón de Aquiles), tuberosos en la piel (en codos y rodillas) y arco corneal. En las hipertrigliceridemias con hiperquilomicronemia: xantomas eruptivos en la piel, hepatomegalia y esplenomegalia. En la disbetalipoproteinemia: xantomas palmares.

2. Dislipidemias secundarias

En todo paciente dislipidémico es muy importante investigar las causas con el fin de tratarlas o modificar las condiciones predisponentes cuando sea posible. En un hipercolesterolemia, descartar hipotiroidismo (niveles de TSH y T4) y síndrome nefrótico (proteinuria) y evaluar los hábitos alimentarios (alto consumo de grasas saturadas y colesterol). En el caso de las hipertrigliceridemias investigar diabetes y mejorar su control metabólico (glicemias y hemoglobina glicosilada), investigar intolerancia a la glucosa (test de tolerancia), insuficiencia renal (nitrógeno ureico, creatinina), hábitos alimentarios (alto consumo de azúcares refinados, incluyendo fructosa), alto consumo de alcohol y medicamentos que producen resistencia a la insulina (beta bloqueadores, diuréticos, estrógenos). Debe considerarse la obesidad y el sedentarismo como factores de riesgo condicionantes, dado que su tratamiento puede tener resultados altamente favorables.

Exámenes de laboratorio

El diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias se basa en la determinación de los lípidos plasmáticos, de ahí la importancia de conocer las fuentes de variación tanto analíticas como no analíticas en el proceso de su cuantificación.

Variación biológica

El coeficiente de variación biológica se define como la variación que puede experimentar, en sujetos sanos, un determinado analito en el tiempo, cuando se mantiene constante la dieta, las drogas u otros factores ambientales y se expresa en forma porcentual. Internacionalmente se han determinado los siguientes coeficientes de variación biológica: Col-total = 6,4%, TG = 23,7%, Col-LDL = 8,2% y Col-HDL = 7,5%.

Las fuentes de variación no analíticas incluyen causas biológicas y factores preanalíticos. Entre las causas biológicas influyen factores fisiológicos (edad, sexo, embarazo), conductuales (dieta, tabaquismo, ingestión de alcohol), y clínicos (drogas, enfermedades concomitantes). Estos aspectos son tratados en otras secciones de este manual y deben ser considerados por el médico en la interpretación de los resultados para un correcto manejo clínico del paciente.

Variación pre-analítica

Independiente de los errores analíticos por el laboratorio, la exactitud de las determinaciones de lípidos está influenciada por múltiples factores pre-analíticos, lo cual hace imperioso establecer un estricto control y estandarización de las fuentes de variación para minimizarlas; entre otras, por ejemplo, es de gran importancia una adecuada obtención de la muestra sanguínea.

Recomendaciones para la obtención y procesamiento de muestra sanguíneas

- Ejecutar la extracción venosa alejada de eventos cardiovasculares agudos u otras enfermedades intercurrentes, porque entregan valores que no representan los niveles habituales. Una determinación precoz, dentro de las 12 horas post-infarto, puede aún reflejar el nivel de los lípidos antes del episodio agudo. Aproximadamente 3 meses después, los valores vuelven a los niveles habituales.

- Evitar ingesta de alcohol la tarde anterior a la toma de muestra.
- Ayuno de al menos 12 horas, sólo para la cuantificación de triglicéridos. No se requiere ayuno para las determinaciones de colesterol total ni colesterol HDL.
- No provocar estasis venosa (presión < 1 minuto).
- Extraer 5 ml de sangre y separar el suero a 3000 rpm por 10 minutos.
- Preferir hacer la determinación en suero. Las concentraciones en el plasma de muestras de sangre obtenidas con EDTA (ácido etilenediaminetetraacético) son 3% menores.
- Si se debe efectuar un traslado de la muestra sanguínea a otro recinto, enviarla con EDTA, refrigerada y tapada. El EDTA previene la peroxidación de lípidos e inhibe las enzimas bacterianas.
- Si se almacena el suero, refrigerar entre 0 - 4°C (máximo 2 días).

Variación analítica

a. Medición del colesterol y otros lípidos

Las recomendaciones de Expertos del National Cholesterol Education Program (NCEP) respecto a la precisión y exactitud para las determinaciones de lípidos y colesterol de lipoproteínas aparecen en la Tabla 3, la cual incluye el error total para los rangos de concentración considerados.

Tabla 3
Variación analítica del colesterol y triglicéridos

	Rango	Error total(%)	Exactitud (%)	Precisión (%)
Colesterol total	200-240	≤ 8,9	≤+/- 3	≤ 3
Triglicéridos	200-400	≤ 15	≤+/- 3	≤ 3
Col-HDL	35-60	≤ 22	≤+/- 10	≤ 6
Col-LDL	130-160	≤ 12	≤+/- 4	≤ 4

Jillial I. A practical approach to the laboratory and diagnosis of dyslipidemia. Am J. Clin Pathol 1996; 106: 128-138.

Teniendo en consideración el porcentaje de error de esta tabla, para un nivel de colesterol de 200 mg/dL, un laboratorio debiera entregar

resultados dentro del rango de 182 a 218 mg/dL, por ejemplo (Error total = 200 +/- 8,9%).

La precisión da cuenta del error aleatorio de las mediciones y se expresa normalmente como coeficiente de variación (CV). Mientras menor sea éste, mejor grado de reproducibilidad de los resultados para un mismo examen. Un CV del orden de un 5% es satisfactorio para la gran mayoría de los métodos analíticos de laboratorio; sin embargo, puede ser excesivo para las determinaciones de colesterol, especialmente cuando se realiza el seguimiento de un paciente con dislipidemia. A modo de ejemplo, un laboratorio con un CV de un 5% en una muestra sanguínea con un valor verdadero de colesterol de 200 mg/dL es de +/- 10 mg/dL, es decir, podría entregar resultados entre 190 y 210 mg/dL como rango aceptable, y de 194 a 206 mg/dL para un CV de 3%.

La exactitud de las mediciones de laboratorio es el grado de concordancia de los resultados con el valor verdadero. Al igual que para el ejemplo anterior, un laboratorio con 5% de inexactitud para cuantificar muestras de colesterol verdadero de 200 mg/dL, podría entregar resultados de 200 – 210 mg/dL, como rango aceptable y de 194 a 206 mg/dL para un porcentaje de error de 3%.

Para disminuir los errores de laboratorio en las determinaciones que ejecutan, se deben llevar a cabo en forma regular programas de control interno, que incorporen el control de la precisión y exactitud para todos los exámenes

Métodos analíticos y valores de referencia

Para la cuantificación del colesterol total se emplean métodos enzimáticos. No se recomienda el uso de tiras reactivas. Estas sólo deben emplearse como métodos de tamizaje y los resultados ser confirmados por el laboratorio, utilizando los métodos recomendados a continuación.

El Col-total se mide después de agregar un colesterol esterasa y colesterol oxidasa. El peróxido de hidrógeno liberado de la reacción se acopla a una reacción de peroxidasa con un cromóforo. Esta reacción

es habitualmente llamada CHODPAP (colesterol/esterasa colesterol oxidasa/peroxidasa). El método químico de Abell-Kendall modificado es el método de referencia propuesto por el Centers of Disease Control (CDC); utiliza como estándar un colesterol del National Bureau Standard, el cual es valorado por un método definitivo: la cromatografía gaseosa con espectrometría de masa con dilución isotópica.

Los triglicéridos (TG) son medidos rutinariamente por un método enzimático que utiliza una lipasa para hidrolizarlos y convertirlos en glicerol y ácidos grasos. Posteriormente se adiciona una glicerolkinasa, la cual convierte el glicerol a glicerol-3-fosfato y adenosin difosfato. El glicerol-3-fosfato es oxidado dando origen a una dihidroxiacetona fosfato y peróxido de hidrógeno. El peróxido reacciona con aminofenazona en presencia de clorofenol y peroxidasa, dando origen a una quinoneimina, indicador de la reacción. El método de Carlson, cromotrópico, es el de referencia para TG, el cual tiene una primera etapa de remoción de fosfolípidos y proteínas, posterior saponificación de TG a glicerol y acidificación y finalmente, una etapa de oxidación, reducción y desarrollo de color.

El colesterol contenido en las lipoproteínas de alta densidad, Col-HDL, es medido rutinariamente por los llamados métodos de precipitación. El ácido fosfotúngstico e iones magnesio precipitan los quilomicrones y las lipoproteínas LDL y VLDL séricas, dejando en el sobrenadante el Col-HDL. El colesterol de la fracción ColHDL se cuantifica enzimáticamente por el método CHOD-PAP, descrito más arriba. Recientemente, está disponible el método llamada HDL homogéneo, que no requiere la etapa de precipitación, el cual guarda una excelente correlación con el método de precipitación y el de referencia.

A diferencia de las determinaciones anteriores, el valor del colesterol contenido en las lipoproteínas de baja densidad, Col-LDL, se calcula utilizando la fórmula de Friedewald:

$$\text{Col LDL} = \text{Col total} - \text{Col-HDL} - \frac{\text{TG}}{5}$$

Esta ecuación asume que el colesterol contenido en las VLDL es igual a la concentración de los triglicéridos dividido por 5. No debe utilizarse cuando los niveles de triglicéridos exceden los 400 mg/dL o en pacientes con quilomicronemia.

Recientemente se encuentra disponible la determinación directa de Col-LDL por un método de inmunoseparación. Aunque requiere de mayor evaluación, parece ser promisorio especialmente para los casos con las limitaciones en el Col-LDL calculado.

Interpretación de los resultados

Los valores de referencia considerados en este documento son aquellos del NCEP de los Estados Unidos. Son aplicables para población adulta, de bajo riesgo cardiovascular (menos de 2 factores de riesgo), sin evidencia clínica de enfermedad coronaria ni diabetes, tabla 4.

Tabla 4

Niveles de referencia para lípidos sanguíneos en sujetos de bajo riesgo cardiovascular

	Deseable	Limite alto	elevado
Col-tota	< 200 mg/dL	200–239 mg/dL	≥ 240 mg/dL
Col-HDL	<130 mg/dL	130 – 159 mg/dL	≥ 160 mg/dL
Col-HDL	> 35 mg/dL		
Triglicéridos	<150 mg/dL	150 – 199 mg/dL	≥ 200 - 499 mg/dL

2.2.2 Estilos de vida

El estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también esta moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. Según Perea (2004) en su forma más llana el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir.²¹

En el caso de la disciplina de la salud, la oficina regional de la OMS para Europa introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, porque a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco operativa, tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida. Concretamente, esta definición describe el estilo de vida del siguiente modo:

“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”²²

El estilo de vida está influenciados por lo menos tres tipos de factores. El primero de estos es de carácter individual y está conformado por sus características genéticas, capacidad intelectual; es decir, la suma de rasgos biológicos, psicológicos y sociales que le otorgan la particularidad al ser humano. El segundo factor incluye aspectos sociales, económicos y culturales, ejemplos de ellos el nivel educacional, sistemas de apoyo social etc., el tercer factor lo conforma el macrosistema social en el que se desenvuelve una persona así. Se consideran aspectos, tan variados como el climático, la polución, industrialización, recursos de salubridad, urbanismos entre otros.²³

Estilos de vida saludable

A pesar de que habitualmente se utiliza el término estilo de vida saludable, se considera más apropiado el uso del término estilo de vida relacionado con la salud, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo.²⁴

El estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan estrecha relación con la salud en un sentido amplio, es decir con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel bio-psico-social.²⁵

Según la OMS, el estilo de vida puede estar moldeado por comportamientos que conducen a la salud. Estos están continuamente

sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros. Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas.

El nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida.²⁶

La Intervención en los Estilos de Vida Las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparte una serie de principios comunes. Algunos de ellos son²⁷:

- Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.
- Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas. Los factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta y ésta, a su vez, influye en los valores y en la experiencia de las personas.
- Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.
- La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.
- Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.

Estilos de vida no saludable

Se entiende por estilos de vida no saludable al conjunto de patrones conductuales incluyendo tanto conductas activas como pasivas, que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico y que llevan directamente consecuencias negativas para la salud o comprometen seriamente aspectos del desarrollo del individuo.²⁸

Así mismo, el constructo estilo de vida se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. Estilo de vida hace referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras. Al conjunto de estas prácticas se les denomina hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo.²⁹

En este marco cobra importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. De hecho, el estilo de vida propio de los países occidentales puede incluir muchos comportamientos que constituyen un factor de riesgo para la salud. El consumo de cigarrillos y alcohol, las dietas ricas en grasas y abundantes. La falta de ejercicio físico o la conducción imprudente constituyen algunos ejemplos de los comportamientos insalubres o de riesgos. Todos estos comportamientos están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes en la actualidad: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes de tráfico.³⁰

VARIABLES IMPORTANTES EN EL ESTUDIO DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Como se ha comentado más arriba, los primeros estudios sobre los estilos de vida saludables surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables empleadas

en esos primeros estudios fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos de alimentación. Además, las muestras que utilizaban dichos estudios estaban constituidas fundamentalmente por adultos con y sin problemas cardiovasculares³¹. Sin embargo, el aumento progresivo de la preocupación por la educación para la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud y demás organismos públicos dedicados a la mejora del bienestar de la población infanto-juvenil, ha provocado un aumento en el número de estudios realizados con muestras de niños, niñas y adolescentes, así como un aumento en el número de variables estudiadas que forman parte de los estilos de vida. En los últimos años, el campo de estudio centrado en los estilos de vida saludables también se ha introducido en investigaciones sobre tercera edad.

En la tabla 5 se resumen las variables relacionadas con los estilos de vida saludables más estudiadas en la investigación, en función del momento evolutivo de las muestras estudiadas: infancia, adolescencia, adultez o vejez.

Tabla 5. Variables relacionadas con los estilos de vida saludables

Variables	Infancia y adolescencia	Adultez	vejez
Consumo de alcohol	X	X	X
Consumo de tabaco	X	X	X
Hábitos alimenticios	X	X	X
Actividad física	X	X	X
Consumo de medicamentos	X		X
Hábitos de descanso	X	X	X
Accidentes y conductas de prevención de los mismos	X	X	X
Higiene dental	X		
Actividades de tiempo libre	X		X
Consumo de drogas no legalizadas	X		
Conducta sexual	X		
Chequeos médicos	X	X	X

Fuente : Pastor, Balaguer & García-Merita, 1998.

En efecto, las variables más estudiadas en las tres etapas evolutivas analizadas coinciden con los factores de riesgo clásicos de las

enfermedades cardiovasculares: consumo de alcohol, tabaco, hábitos de alimentación y actividad física. Por otra parte, se encuentra que es en la muestra infantil y adolescente donde el porcentaje de variables estudiadas tiene una mayor distribución entre las diferentes variables.

2.3 Bases conceptuales

Estilos de Vida:

Son los comportamientos que tienen impacto en la salud, donde la persona es libre de elegir la forma de vivir comprendiendo tres aspectos interrelacionados el material: vivienda, alimentación, vestido; el social: tipo de familias, grupo de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones; y el ideológico que es a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. Siendo un papel importante en las probabilidades de que una persona desarrolle dislipidemias y con ello problemas cardiovasculares u otras patologías crónicas.

Estilos de vida saludables:

Son aquellos procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas y a la ausencia de predisposición de enfermedad cardiovascular.

Estilos de vida no saludables:

Son aquellos procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que no satisfacen las necesidades humanas y por el contrario favorece a la predisposición de enfermedad cardiovascular

Dislipidemias

son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia (el sufijo emia significa sangre) e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o

hipertrigliceridemia. Son entidades frecuentes en la práctica médica, que acompañan a diversas alteraciones como la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2), la gota, el alcoholismo, la insuficiencia renal crónica, el hipotiroidismo, el síndrome metabólico (SM) y el empleo de algunos fármacos

Perfil lipídico

también denominado lipidograma y perfil de riesgo coronario, es un grupo de pruebas o exámenes diagnósticos de laboratorio clínico, solicitadas generalmente de manera conjunta, para determinar el estado del metabolismo de los lípidos corporales, comúnmente en suero sanguíneo.

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1 **Ámbito**

La investigación se desarrolló en los servicios de medicina del Centro de Salud de Moras, ubicado en el jirón Raimondi Mz M-10, Las Moras en el distrito, provincia y departamento Huánuco.

3.2 **Población**

La población estuvo conformada por toda la población adulta joven atendidos por sintomatología de dislipidemia en los servicios de medicina del Centro de Salud de Moras, durante el periodo de enero a julio del 2019, haciendo un total de 425

Criterios de inclusión

- Población adulta joven de 20 a 29 años
- Que asistieron al consultorio de medicina por sintomatología sugerente a dislipidemia
- Que manifestaron por primera vez la sintomatología.

Criterios de exclusión

- Población en edades no consideradas dentro de la clasificación de adulto joven
- Que no presentaron patologías crónicas.

3.3 **Muestra**

La muestra se determinó mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{2\alpha} \cdot P \cdot q}{e^2 (N - 1) + Z_{2\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- n: Tamaño de muestra que queremos calcular
- N: Tamaño del universo
- $Z_{2\alpha} = 2 = 1.96$ (Nivel de confianza 95%)
- e: Margen de error (en este caso es 5% = 0.05)

- p: Probabilidad de éxito (0.5)
- q: probabilidad de fracaso (0.95)

Reemplazando:

$$n = \frac{425 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2(425-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{77.5523}{1.242476}$$

n= 62

Obteniendo una muestra de **62 adultos jóvenes** atendidos por sintomatología de dislipidemia en los servicios de medicina del Centro de Salud de Moras, durante el periodo de enero a julio del 2019.

Muestreo

El muestreo que se utilizó para la elección de la muestra fue no probabilístico en la modalidad intencionada; donde se tomaron todos los pacientes con sintomatología sugerente a dislipidemias.

3.4 Nivel y tipo de estudio

El nivel es descriptivo relacional

El tipo de investigación fue:

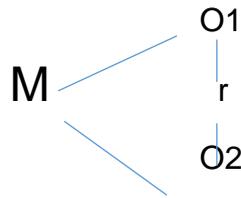
Según la intervención del investigador será **Observacional**; porque no existió intervención del investigador; los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, ajeno a la voluntad del investigador.

Según la planificación de la toma de datos, fue **ambispectivo**, porque se recogieron los datos del perfil lipídico de los informes de laboratorio y se aplicaron las encuestas a los que formaron parte del estudio sobre los estilos de vida a propósito de la investigación.

Según el número de ocasiones en que midieron las variables de estudio fue **Transversal**, porque las variables se midieron en una sola ocasión.

3.5 Diseño de investigación

El estudio fue de diseño No experimental, descriptivo - relacional, cuyo esquema es:



Donde:

M= Muestra

O1= variable de estudio 1 (predictores)

O2= variable de estudio 2 (automedicación)

r= relación de ambas variables

3.6 Técnicas e Instrumento de recolección de Datos

La técnica que se aplicó fue inicialmente el análisis documental de los informes de laboratorio; mediante el instrumento de ficha de recolección de datos

Luego se aplicó la técnica aplicada de la encuesta, donde el instrumento fue un cuestionario elaborado por la investigadora, el cual constó de dos partes: Datos generales y criterios de evaluación de los estilos de vida; el mismo que evaluó los hábitos de alimentación, la actividad física, de descanso e higiene; actividades recreativas, consumo de sustancias tóxicas, automedicación y atención de salud. La escala de medición fue en 3 escalas de siempre, a veces, nunca.

3.7 Validación y confiabilidad del instrumento

La confiabilidad de contenido del instrumento se validó a través del juicio crítico de cinco expertos, indicando que el instrumento contaba con todas las dimensiones evaluadas y que el instrumento debía ser aplicado.

Asimismo, al realizar la prueba piloto a una muestra de 10 pacientes, obtuvimos un alfa de Cronbach de 0.87 lo cual lo ubicó con un criterio de fuerte confiabilidad.

3.8 Procedimiento

- ✓ Se gestionaron los permisos a la autoridad respectiva para la recopilación de los datos y la aplicación del instrumento; así como las respectivas coordinaciones con el personal de medicina para la aplicación del instrumento.
- ✓ Se seleccionaron a los pacientes para la muestra y se les explicó los objetivos de la investigación para proceder a solicitar la firma del consentimiento informado y la aplicación de las encuesta y toma de los análisis de laboratorio
- ✓ Se recolectaron y digitaron en una base de datos la información obtenida.

3.9 Tabulación y análisis de datos

- ✓ Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.
- ✓ El análisis descriptivo se analizó de acuerdo a las características de cada una de las variables según el grupo de estudio, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó y los objetivos planteados; para lo cual se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, con el estímulo visual simple, resaltante y fácilmente comprensible.
- ✓ Para el análisis inferencial se utilizó la prueba del Tau b de Kendall por tratarse de la asociación entre dos variables ordinales; determinando así la relación entre las variables y determinando el grado de correlación

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis descriptivo

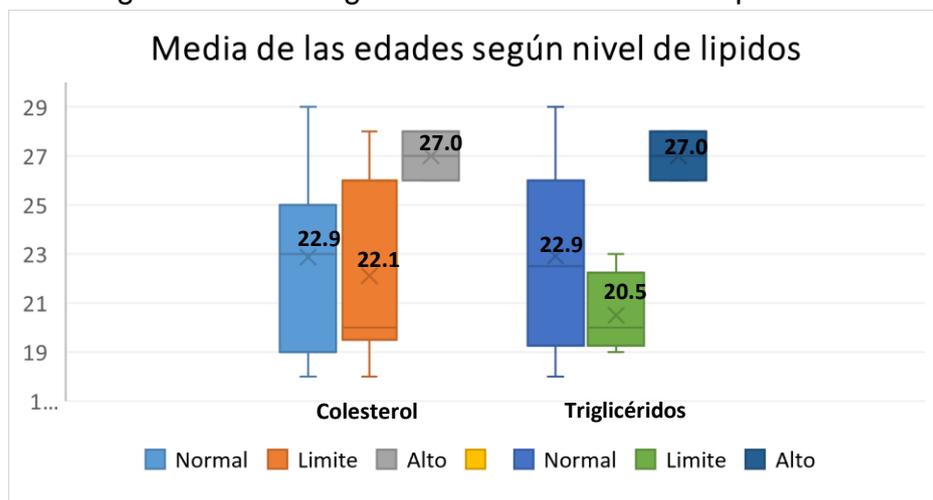
4.1.1 Características sociodemográficas de la población en estudio

Tabla 1. Edad de la población adulta joven según los niveles de índices lipídicos atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Índices lipídicos		Estadísticos n=62			
		Media	N	Desv. Desviación	Error estándar de la media
Clasificación del nivel de colesterol	Normales	22,8627	51	3,38242	0,47363
	Sobre el limite óptimo	22,1111	9	3,62093	1,20698
	Altos	27,0000	2	1,41421	1,00000
	Total	22,8871	62	3,43132	0,43578
Clasificación del nivel de triglicéridos	Normales	22,9107	56	3,43922	0,45959
	Sobre el limite óptimo	20,5000	4	1,73205	0,86603
	Altos	27,0000	2	1,41421	1,00000
	Total	22,8871	62	3,43132	0,43578

Fuente: Base de datos

Figura 1. Edad según los niveles de índices lipídicos



En la tabla 1 se determinó la edad de la población adulta joven según los valores del índice lipídico; donde para los valores de colesterol se observó que fueron normales en 51 casos donde la media de edad fue de 22,8627; sobre el limite óptimo en 9 casos con una media de edad de 22,111 y para los valores altos 2 casos con una media de edad de 27 años.

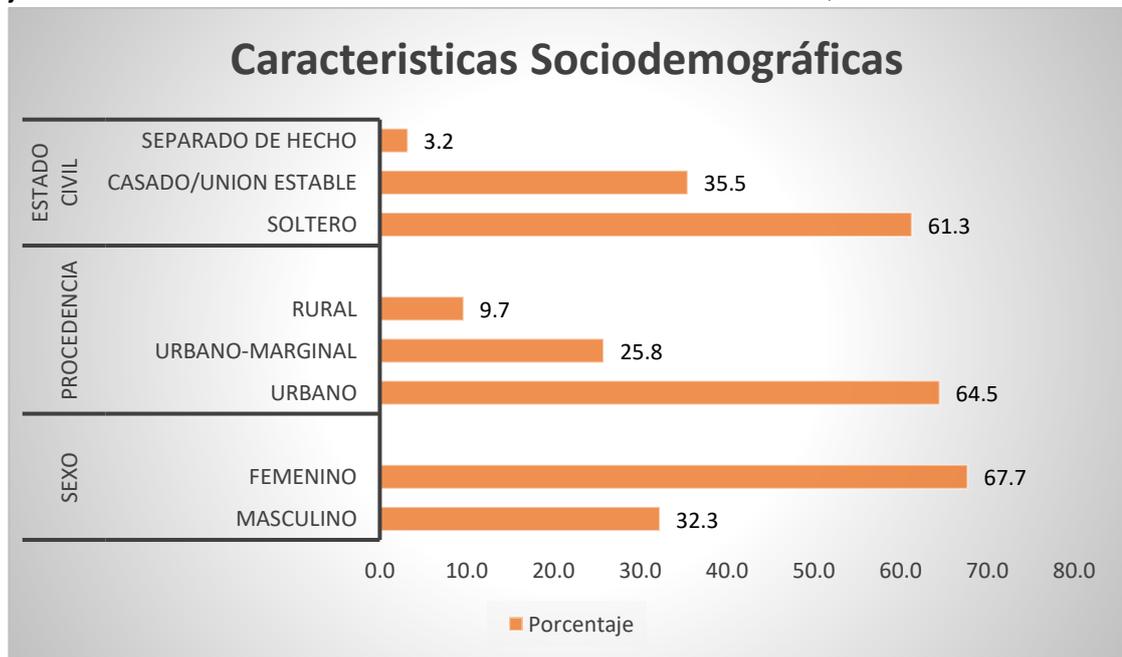
Para los valores de triglicéridos se observó que fueron normales en 56 casos donde la media de edad fue de 22,9107; sobre el limite óptimo en 4 casos con una media de edad de 20,5 y para los valores altos 2 casos con una media de edad de 27 años.

Tabla 2. Características sociodemográficas: de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Masculino	20	32,3
	Femenino	42	67,7
	Total	62	100,0
PROCEDENCIA	Urbano	40	64,5
	Urbano-marginal	16	25,8
	Rural	6	9,7
	Total	62	100,0
ESTADO CIVIL	Soltero	38	61,3
	Casado/union estable	22	35,5
	Separado de hecho	2	3,2
	Total	62	100,0

Fuente: Base de datos

Figura 2. Características sociodemográficas: Edad de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019



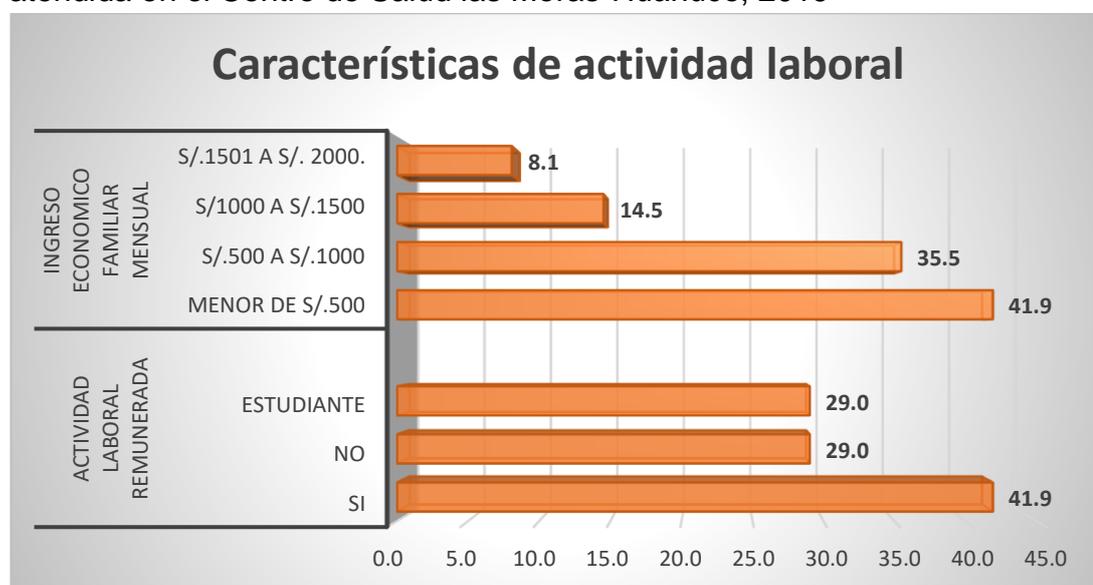
En la tabla y figura 2, se pudo determinar las características demográficas de la población en estudio donde se determinó que la población que solicitó con mayor frecuencia atención por problemas de sintomatología relacionada a dislipidemias fueron de sexo femenino 67,7%; procedentes de la zona urbana 64,5%; de estado civil soltero y sin carga familiar (hijos) 41,9%.

Tabla 3. Características de actividad laboral de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Características de actividad laboral		Frecuencia	Porcentaje
ACTIVIDAD LABORAL REMUNERADA	SI	26	41,9
	NO	18	29,0
	ESTUDIANTE	18	29,0
	Total	62	100,0
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR MENSUAL	MENOR DE S/.500	26	41,9
	S/.500 A S/.1000	22	35,5
	S/1000 A S/.1500	9	14,5
	S/.1501 A S/. 2000.	5	8,1
	Total	62	100,0

Fuente: Base de datos

Figura 3. Características de actividad laboral de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019



En la tabla y figura 3 se observaron las características de la actividad laboral de la población en estudio; donde el 41,9% realiza alguna actividad laboral remunerada, el 29% son estudiantes y el 29% no realiza ninguna actividad remunerada. Asimismo, se determinó el ingreso económico familiar mensual donde el mayor porcentaje de 41,9% demuestra un ingreso económico menor a S/.500, el 35,5% de S/.500 a S/1000 y en menor porcentaje indicaron un ingreso por encima de S/.1000.

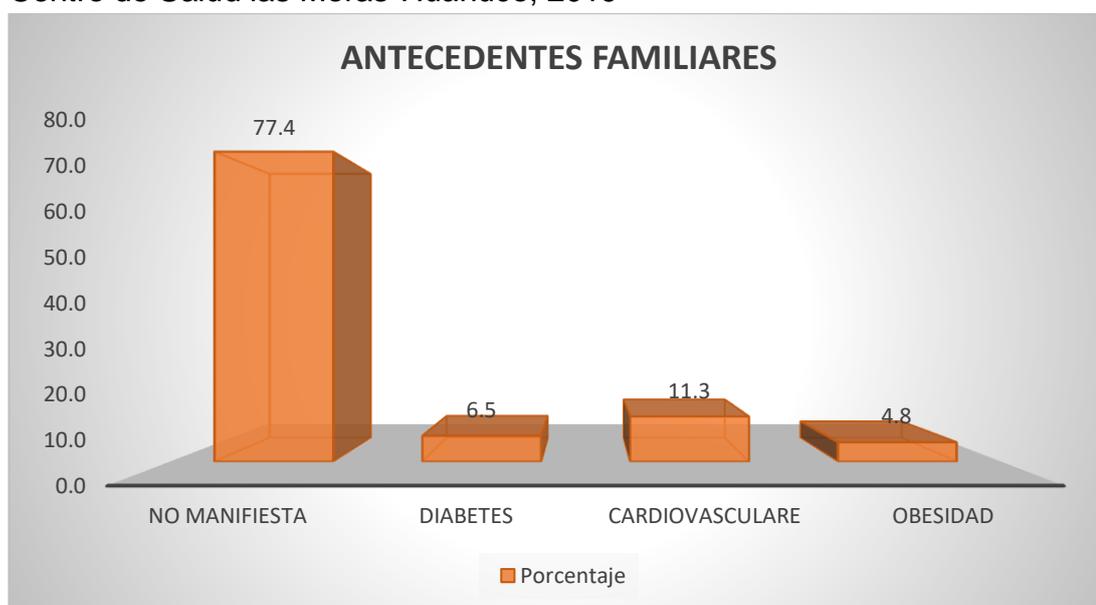
4.1.2 Características clínicas de la población en estudio

Tabla 4. Antecedentes familiares de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

ANTECEDENTES FAMILIARES	Frecuencia	Porcentaje
No manifiesta	48	77,4
Diabetes	4	6,5
Patología Cardiovascular	7	11,3
Obesidad	3	4,8
Total	62	100,0

Fuente: Base de datos

Figura 4. Antecedentes familiares de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019



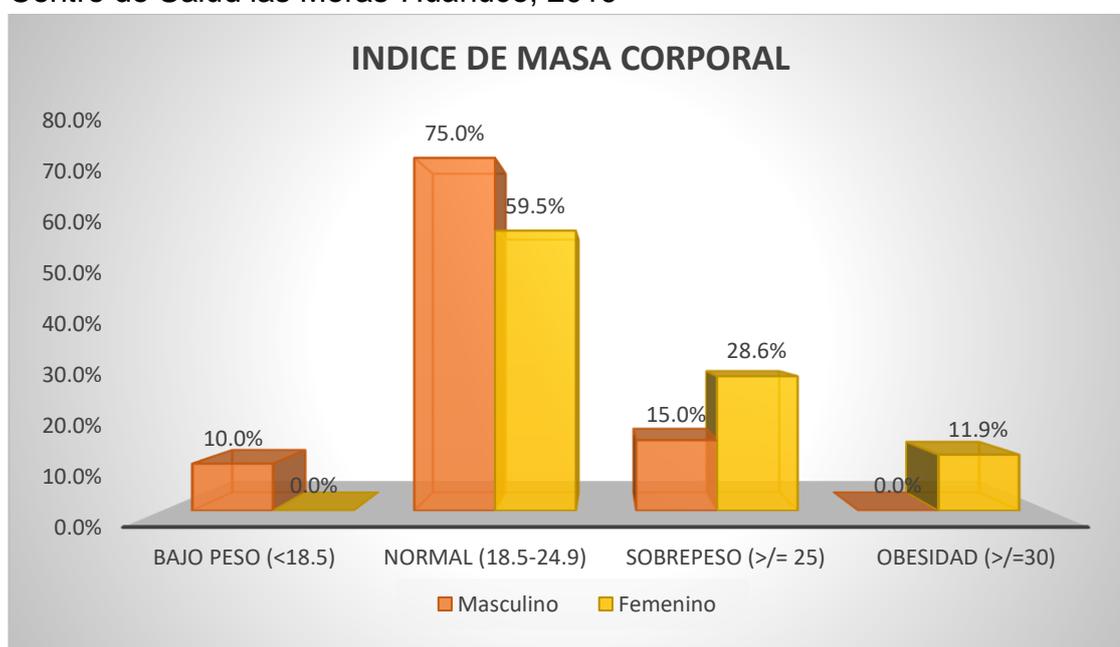
En la tabla y figura 4 se determinaron la presencia de antecedentes familiares de enfermedades crónicas en la población en estudio, donde el 77,4% no manifiesta tener antecedentes patológicos, el 11,3% indico patologías cardiovasculares (hipertensión arterial), el 6,5% indico diabetes y el 4,8% obesidad.

Tabla 5. Índice de masa corporal de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Índices de masa corporal	Tabla cruzada Índice de masa corporal*SEXO					
	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		Total	
	f	%	f	%	f	%
Bajo peso (<18.5)	2	10%	0	0%	2	3,2%
Normal (18.5-24.9)	15	75%	25	59,5%	40	64,5%
Sobrepeso (>= 25)	3	15%	12	28,6%	15	24,2%
Obesidad (>=30)	0	0%	5	11,9%	5	8,1%
Total	20	100%	42	100,0%	62	100,0%

Fuente: base de datos

Figura 5. Índice de masa corporal de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019



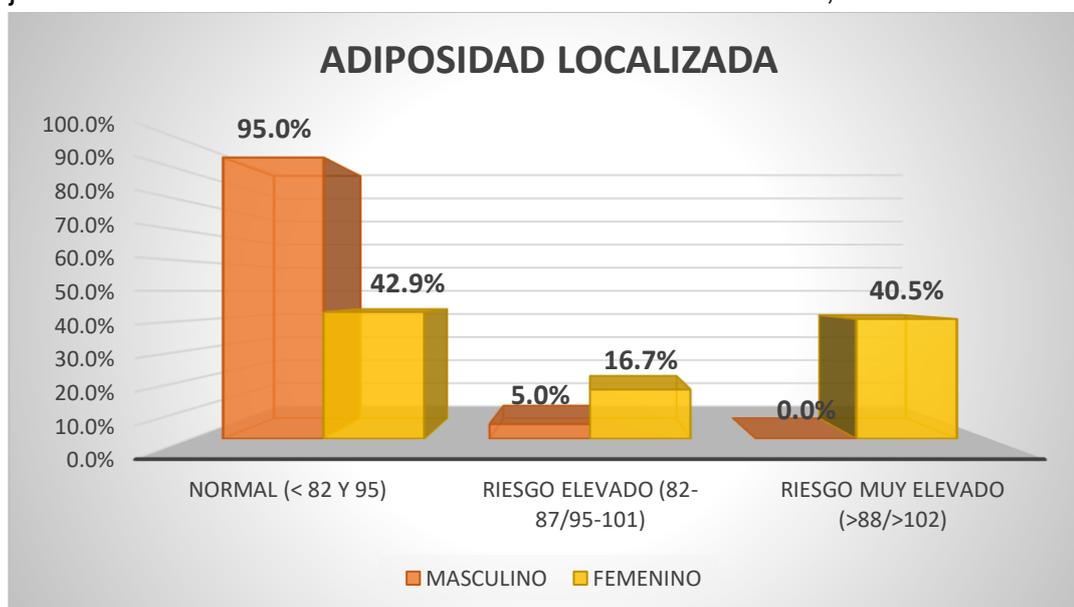
En la tabla y gráfico 5, se observaron los índices de masa corporal de la población en estudio; donde se determinó que en la población masculina se encontraron con bajo peso el 10%, con un índice normal el 75% y sobrepeso el 15%; mientras que en la población femenina con un índice normal el 59%, con sobrepeso el 28,6% y con obesidad el 11,9%.

Tabla 6. Medida de adiposidad localizada (perímetro abdominal) de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Adiposidad localizada	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		Total	
	f	%	f	%	f	%
Normal (< 82 /95)	19	95,0%	18	42,9%	37	59,7%
Riesgo elevado (82-87/95-101)	1	5,0%	7	16,7%	8	12,9%
Riesgo muy elevado (>88/>102)	0	0,0%	17	40,5%	17	27,4%
	20	100,0%	42	100,0%	62	100,0%

Fuente: base de datos

Figura 6. Medida de adiposidad (perímetro abdominal) de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019



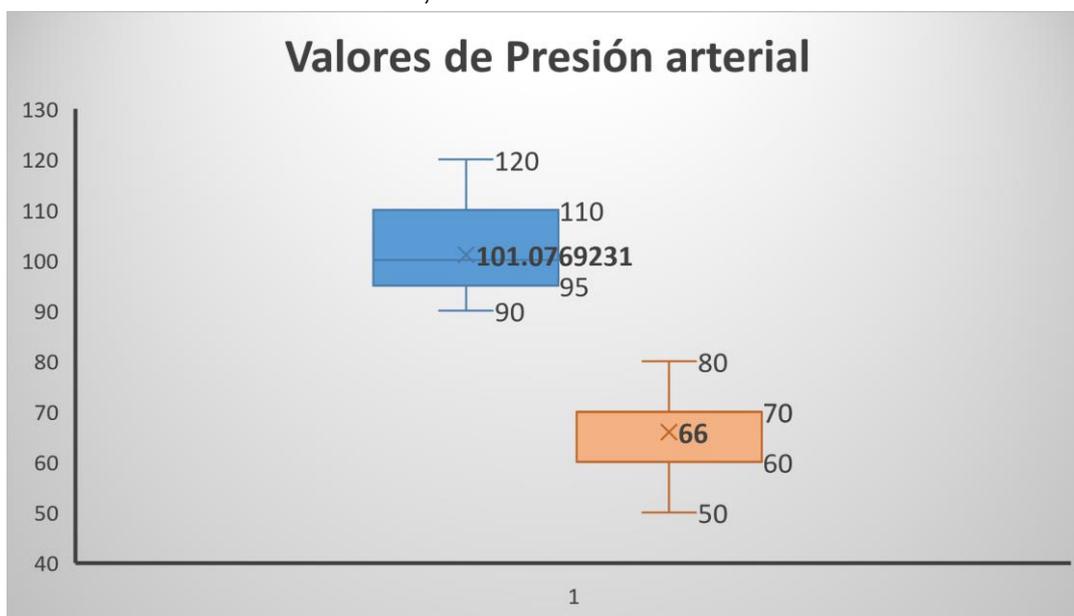
En la tabla y figura 6 se observó la presencia de adiposidad localizada mediante la medida del perímetro abdominal, donde se determinó que se encontró adiposidad normal en el 95% del sexo masculino en comparación al 42,9% del sexo femenino; riesgo elevado en el 5% del sexo masculino en comparación al 16,7% del sexo femenino y riesgo muy elevado sin casos en el sexo masculino en comparación con el 40,5% del sexo femenino.

Tabla 7. Presión arterial de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Estadísticos	Presión Arterial sistólica	Presión Arterial diastólica
Media	100,4839	65,8065
Error estándar de la media	1,01359	0,93547
Mediana	100,0000	65,0000
Moda	100,00	60,00
Desv. Desviación	7,98101	7,36594
Mínimo	90,00	50,00
Máximo	120,00	80,00

Fuente : Base de datos

Figura 7. Presión arterial de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019



En la tabla y figura 7 se observaron los datos de la presión arterial; donde se determinó que en esta etapa de vida adulta joven la totalidad de la población presento una presión arterial dentro de los valores normales con valor mínimo de 90/50 mm Hg y una máxima de 120/80 mm Hg; una media de presión sistólica de 100,5 mm Hg y una diastólica de 65,8 mmHg , con una desviación estándar de 7,98 y 7,36 respectivamente.

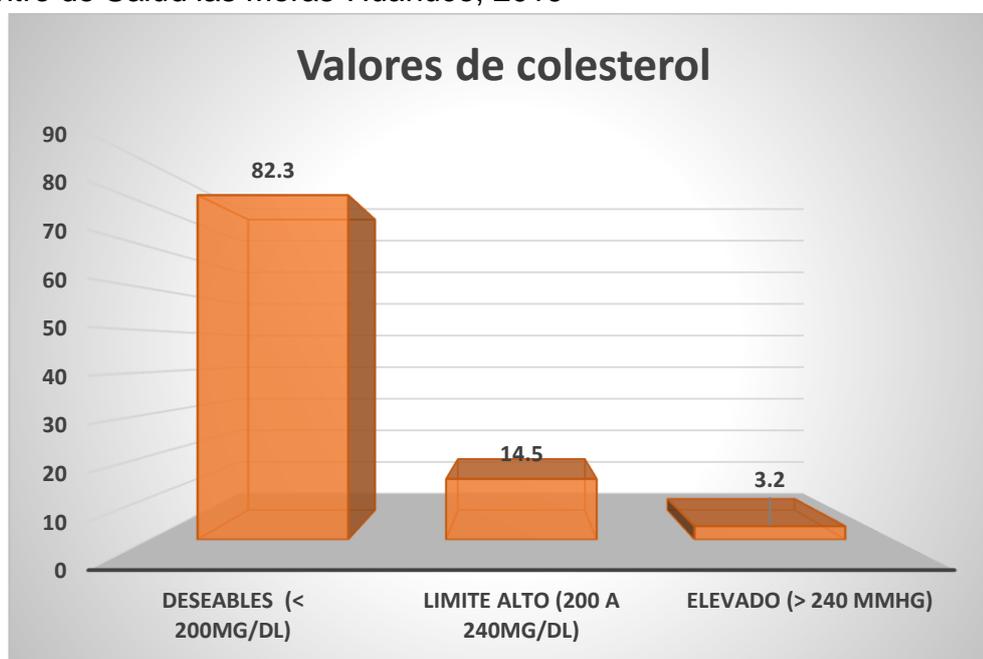
4.1.3 Índices del perfil lipídico de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Tabla 8. Nivel de colesterol total en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Valores deseables (< 200mg/dL)	51	82,3%
Valores de limite alto (200 a 240mg/dL)	9	14,5%
Valores elevados (>240mg/dL)	2	3,2%
Total	62	100,0%

Fuente: Base de datos

Figura 8. Nivel de colesterol total en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019



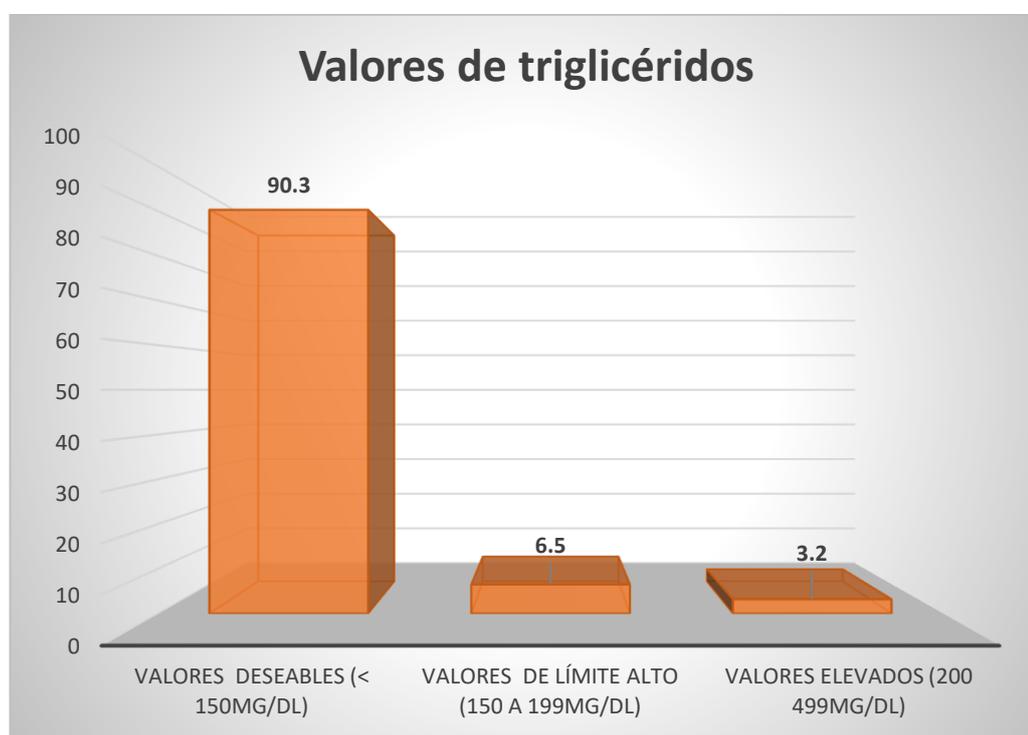
En la tabla y gráfico 8, se observaron los índices del nivel de colesterol clasificados según valores de normalidad donde se demostró que el mayor porcentaje 82,3% de la población adulta joven tuvo valores deseables de colesterol (menor de 200 mg/dL); el 14,5% presentó valores de limite alto (200 a 240mg/dL); el 3,2% presentó valores elevados (mayor a 240mg/dL)

Tabla 9. Nivel de triglicéridos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Valores deseables (< 150mg/dL)	56	90,3%
Valores de límite alto (150 a 199mg/dL)	4	6,5%
Valores elevados (200 499mg/dL)	2	3,2%
Total	62	100,0%

Fuente: Base de datos

Figura 9. Nivel de triglicéridos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019



En la tabla y gráfico 9, se observaron los índices de triglicéridos clasificados según valores de normalidad; donde se demostró que el mayor porcentaje 90,3% de la población adulta joven del estudio presentó valores deseables de triglicéridos (menor a 150 mg/dL); el 6,5% presentó valores de límite alto (150 a 199mg/dL) y el 3,2% valores elevados (200 499mg/dL)

4.2 Estadística inferencial

4.2.1 Hipótesis específicas 1

H1: Existe correlación entre los hábitos alimenticios con los niveles del perfil lipídico

H0: No existe correlación entre los hábitos alimenticios con los niveles del perfil lipídico

Tabla 10. Hábitos alimenticios y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Clasificación de niveles de lípidos en sangre		HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN								Tau b Kendall	p-valor
		BUENO		REGULAR		MALO		Total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Valores de colesterol	Elevados	38	100	3	50	10	55,6	51	82,3	0,544	0,000
	Limite alto	0	0	3	50	6	33,3	9	14,5		
	Elevados	0	0	0	0	2	11,1	2	3,2		
	Total	38	100	6	100	18	100	62	100		
Valores de Triglicéridos	Elevados	38	100	6	100	12	66,7	56	90,3	0,447	0,005
	Limite alto	0	0	0	0	4	22,2	4	6,5		
	Elevados	0	0	0	0	2	11,1	2	3,2		
	Total	38	100	6	100	18	100	62	100		

Fuente: base de datos

En la tabla 10 se observaron el análisis de la relación entre los hábitos alimenticios y los niveles de colesterol total y de triglicéridos; donde para los niveles del colesterol con un p-valor de 0,000, que siendo menor a nivel de significancia de 0,05 se determinó que existe correlación entre los hábitos alimenticios y los niveles de colesterol y con un Tau b de Kendall de 0,544 indicó que hay una moderada correlación entre ambas variables.

Asimismo; para los niveles de triglicéridos con un p-valor de 0,005, que siendo menor a nivel de significancia de 0,05 se determinó que existe correlación entre los hábitos alimenticios y los niveles de triglicéridos y con un Tau b de Kendall de 0,447 indicó que hay una moderada correlación entre ambas variables.

Hipótesis específica 2

H12 Existe correlación entre los estilos de actividad física, descanso e higiene con los niveles del perfil lipídico.

H02 No Existe correlación entre los estilos de actividad física, descanso e higiene con los niveles del perfil lipídico

Tabla 11. Estilos de actividad física, descanso e higiene y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Valores de perfil lipídico		Actividad física, descanso e higiene								Tau b kendall	p-valor
		Bueno		Regular		Malo		total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Clasificación del nivel de colesterol	Elevados	23	100	15	75	13	68,4	51	82,3	0,335	0,002
	Limite alto	0	0	5	25	4	21,1	9	14,5		
	Elevados	0	0	0	0	2	10,5	2	3,2		
	total	23	100	20	100	19	100	62	100		
Clasificación del nivel de triglicéridos	Elevados	23	100	19	95	14	73,7	56	90,3	0,333	0,01
	Limite alto	0	0	1	5	3	15,8	4	6,5		
	Elevados	0	0	0	0	2	10,5	2	3,2		
	total	23	100	20	100	19	100	62	100		

En la tabla 11 se observaron el análisis de la relación entre los Estilos de actividad física, descanso e higiene y los niveles de colesterol total y de triglicéridos; donde para los niveles del colesterol con un p-valor de 0,002, que siendo menor al nivel de significancia de 0,05 se determinó que existe correlación entre los estilos de actividad física, descanso e higiene y los niveles de colesterol y con un Tau b de Kendall de 0,34 indicó que hay una baja correlación entre ambas variables.

Asimismo; para los niveles de triglicéridos con un p-valor de 0,01, que siendo menor a nivel de significancia de 0,05 se determinó que existe correlación entre los estilos de actividad física, descanso e higiene y los niveles de triglicéridos y con un Tau b de Kendall de 0,447 indicó que hay una baja correlación entre ambas variables.

Hipótesis específica 3

H12 Existe correlación entre los Estilos de actividades recreativas con los niveles del perfil lipídico.

H02 No Existe correlación entre los Estilos de actividades recreativas con los niveles del perfil lipídico.

Tabla 12. Estilos de actividades recreativas y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Valores de peril lipídico		Actividades recreativas								Tau b kendall	p- valor
		Bueno		Regular		Malo		Total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Clasificación del nivel de colesterol	Normales	16	76,2	29	87,9	6	75.	51	82,3	-0,06	0,654
	Sobre el límite óptimo	4	19	3	9,1	2	25.	9	14,5		
	Altos	1	4,8	1	3,0	0	0	2	3,2		
	Total	21	100	33	100	8	100	62	100		
Clasificación del nivel de triglicéridos	Normales	19	90,5	29	87,9	8	100	56	90,3	-0,05	0,612
	Sobre el límite óptimo	1	4,8	3	9,1	0	0	4	6,5		
	Altos	1	4,8	1	3,0	0	0	2	3,2		
	Total	21	100	33	100	8	100	62	100		

En la tabla 12 se observaron el análisis de la relación entre los Estilos de las actividades recreativas y los niveles de colesterol total y de triglicéridos; donde con un p-valor de 0,654 y 0,612 respectivamente y, que siendo estos valores menores al nivel de significancia de 0,05 se determinó que no existe correlación entre los estilos de las actividades recreativas y los niveles del perfil lipídico.

Hipótesis específica 4

H12 Existe correlación entre los Estilos de vida de consumo de sustancias tóxicas con los niveles del perfil lipídico.

H02 No Existe correlación entre los Estilos de vida de consumo de sustancias tóxicas con los niveles del perfil lipídico.

Tabla 13. Estilos de vida de consumo de sustancias tóxicas y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Valores de peril lipídico		Actividades recreativas								Tau b kendall	p- valor
		Bueno		Regular		Malo		Total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Clasificación del nivel de colesterol	Normales	16	76,2	29	87,9	6	75	51	82,3	0,034	0,775
	Sobre el límite óptimo	4	19	3	9,1	2	25	9	14,5		
	altos	1	4,8	1	3	0	0	2	3,2		
	Total	21	100	33	100	8	100	62	100		
Clasificación del nivel de trigliceridos	Normales	19	90,5	29	87,9	8	100	56	90,3	-0,104	0,268
	Sobre el límite óptimo	1	4,8	3	9,1	0	0	4	6,5		
	Altos	1	4,8	1	3	0	0	2	3,2		
	Total	21	100	33	100	8	100	62	100		

En la tabla 13 se observaron el análisis de la relación entre los Estilos de vida de consumo de sustancias tóxicas y los niveles de colesterol total y de triglicéridos; donde con un p-valor de 0,775 y 0,268 respectivamente y, que siendo estos valores menores al nivel de significancia de 0,05 se determinó que no existe correlación entre los Estilos de vida de consumo de sustancias tóxicas y los niveles del perfil lipídico.

Hipótesis específica 5

H12 Existe correlación entre los Estilos de consumo de medicamentos sin prescripción médica con los niveles del perfil lipídico.

H02 No Existe correlación entre los Estilos de consumo de medicamentos sin prescripción médica con los niveles del perfil lipídico.

Tabla 14. Estilos de consumo de medicamentos sin prescripción médica y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Valores de perfil lipídico		Consumo de medicamentos sin prescripción médica								Tau b kendal I	P-valor
		Bueno		Regular		Malo		Total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Clasificación del nivel de colesterol	Normales	30	78,9	11	84,6	10	90,9	51	82,3	-0,11	0,329
	Sobre el limite óptimo	7	18,4	1	7,7	1	9,1	9	14,5		
	altos	1	2,6	1	7,7	0	0	2	3,2		
	Total	38	100	13	100	11	100	62	100		
Clasificación del nivel de triglicéridos	Normales	35	92,1	11	84,6	10	90,9	56	90,3	-0,0531	0,653
	Sobre el limite óptimo	2	5,3	1	7,7	1	9,1	4	6,5		
	Altos	1	2,6	1	7,7	0	0	2	3,2		
	Total	38	100	13	100	11	100	62	100		

En la tabla 14 se observaron el análisis de la relación entre los Estilos de consumo de medicamentos sin prescripción médica y los niveles de colesterol total y de triglicéridos; donde con un p-valor de 0,329 y 0,653 respectivamente y, que siendo estos valores menores al nivel de significancia de 0,05 se

determinó que no existe correlación entre los Estilos de consumo de medicamentos sin prescripción médica y los niveles del perfil lipídico.

Hipótesis específica 6

H12 Existe correlación entre los Estilos de atención en salud con los niveles del perfil lipídico.

H02 No Existe correlación entre los Estilos de atención en salud con los niveles del perfil lipídico.

Tabla 15. Estilos de atención de salud y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

Valores de perfil lipídico		Atención de salud								Tau b kendall	p- valor
		Bueno		Regular		Malo		Total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Clasificación del nivel de colesterol	Normales	20	100	21	80,8	10	62,5	51	82,3	0,359	0,001
	Sobre el límite óptimo	0	0	5	19,2	4	25	9	14,5		
	Altos	0	0	0	0	2	12,5	2	3,2		
Total		20	100	26	100	16	100	62	100		
Clasificación del nivel de triglicéridos	Normales	20	100	24	92,3	12	75	56	90,3	0,298	0,019
	Sobre el límite óptimo	0	0	2	7,7	2	12,5	4	6,5		
	Altos	0	0	0	0	2	12,5	2	3,2		
Total		20	100	26	100	16	100	62	100		

En la tabla 15 se observaron los análisis de la relación entre los Estilos de atención de salud y los niveles de colesterol total y de triglicéridos; donde para los niveles del colesterol con un p-valor de 0,001, que siendo menor al nivel de significancia de 0,05 se determinó que existe correlación entre los estilos de atención de salud y los niveles de colesterol y con un Tau b de Kendall de 0,36 indicó que hay una baja correlación entre ambas variables.

Asimismo; para los niveles de triglicéridos con un p-valor de 0,019, que siendo menor a nivel de significancia de 0,05 se determinó que existe correlación entre los Estilos de atención de salud y los niveles de triglicéridos y con un Tau b de Kendall de 0,298 indicó que hay una baja correlación entre ambas variables.

4.2.2 Hipótesis General

H11 Existe correlación entre los hábitos alimenticios con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

H01 No existe correlación entre los hábitos alimenticios con los niveles del perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

Tabla 16. Estilos de vida y niveles de lípidos en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019

		Estilos de vida de la población adulta joven								Tau b kendall	p-valor
		Bueno		Regular		Malo		Total			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Clasificación del nivel de colesterol	Normales	28	100	15	78,9	8	53,3	51	82,3	0,460	0,000
	Sobre el limite óptimo	0	0	4	21,1	5	33,3	9	14,5		
	Altos	0	0	0	0	2	13,4	2	3,2		
	Total	25	100	25	100	12	100	62	100		
Clasificación del nivel de triglicéridos	Normales	28	100	18	94,7	10	66,7	56	90,3	0,383	0,007
	Sobre el limite óptimo	0	0	1	5,3	3	20	4	6,5		
	Altos	0	0	0	0	2	13,3	2	3,2		
	Total	25	100	25	100	12	100	62	100		

En la tabla 16 se analizó los estilos de vida de los adultos jóvenes del estudio en relación a los niveles de colesterol total y de triglicéridos; donde para los niveles del colesterol con un p-valor de 0,000, que siendo menor al nivel de significancia de 0,05 se determinó que existe correlación entre los estilos de vida y los niveles de colesterol y con un Tau b de Kendall de 0,460 indicó que hay una moderada correlación entre ambas variables.

Asimismo; para los niveles de triglicéridos con un p-valor de 0,007, que siendo menor a nivel de significancia de 0,05 se determinó que existe correlación entre los Estilos de vida y los niveles de triglicéridos y con un Tau b de Kendall de 0,383 indicó que hay una baja correlación entre ambas variables.

Concluyendo que existe relación entre los estilos de vida y los niveles del perfil lipídico de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019.

4.3 Discusión de resultados

En el estudio se han obtenido información de la población adulta joven, que viene a ser un grupo especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional, ya que se caracteriza por poseer un estilo de vida poco saludable, desde el punto de vista nutricional se caracterizan por no comer a sus horas con frecuencia, comer entre horas, tener preferencia por la comida rápida, las bebidas gaseosas y consumir alcohol frecuentemente. La práctica de ejercicio también suele ser una de las debilidades encontradas en los estilos de vida de esta población, a pesar del conocimiento sobre su relevancia en la salud³². Durante esta etapa los adultos jóvenes se encuentran desarrollando actividades de estudios superiores, ya han iniciado una actividad laboral o tienen una relación estable; que van a definir sus hábitos en la edad adulta, por lo que la alteración de los patrones dietéticos durante esta etapa pueden tener consecuencias fisiológicas adversas que pueden conducir a enfermedades crónicas relacionadas con la dieta (sobrepeso y obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus de tipo 2, etc.), con el consecuente aumento de los costos de Atención Sanitaria³³. Por ello, esta etapa constituye el momento clave para aplicar actividades de promoción y prevención en salud.

En el estudio se encontró que la mayor frecuencia de esta población aun no presenta índices lipídicos patológicos; y que, a mayor edad, existe mayor probabilidad de desarrollar índices altos de colesterol y de triglicéridos.

Dentro de las características sociodemográficas la población estuvo conformada por un mayor porcentaje del sexo femenino 67.7% y del sexo masculino 32.3%; estudios de Cedillo Auquilla³⁴, Carlos Augusto; en poblaciones jóvenes mostraron similitud en la característica de sexo quien halló que su población estuvo conformada por el 40,3% de varones y el 59,7% de sexo femenino. Resultados de Pastor Martín, Rosario³⁵; difieren con nuestro estudio; donde determinó que su estudio estuvo conformado por una población cuyas características fueron: una edad media de 21,9 años, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($P=0.158$).

El lugar de procedencia de la población en estudio fue de la zona urbana y urbano marginal en 90,3%, mientras que la zona rural fue de 9,7%; difiriendo con Cedillo, quien encontró una población urbana de 51,0% y rural 49%. En cuanto al estado civil el 61,3% fueron solteros y el 31,5% con unión estable/casado.

Sobre los antecedentes familiares de población del 77,4% no lo presentaron y un porcentaje menor indicaron patologías como diabetes 6,5%, patología vascular 11,3% y obesidad 4,8%; valores similares demostró Righetti³⁶, en su estudio de niveles de colesterol en niños y adolescentes determinó la presencia de antecedentes familiares de patologías cardiovasculares 11,5% y diabetes 11,8%.

Al observar el índice de masa corporal de la población adulta joven; se determinó que presentaron un índice de masa corporal normal en el 64,5%; sobrepeso el 24,2% y obesidad el 8,1%; observando diferencia entre ambos sexos donde el sexo femenino tuvo mayor porcentaje de sobrepeso 28,6% y obesidad 11,9%. Siendo valores coincidentes con las medidas de adiposidad localizada que se determinó con el perímetro abdominal. Valores similares presentó Cedillo, en una población adolescente escolarizado donde determinó un estado nutricional normal el 62,2%; sobrepeso 24,5% y obesidad 7,7%. Pastor Martín, Rosario, determinó que la mediana de peso, altura, IMC, cintura, e ICT fue mayor en hombres que en mujeres ($P < 0.05$). El 19,2% de la población presentó sobrepeso (28,3% de los varones y 16,3% de las mujeres, $P = 0.054$) y el 5,2% presentó obesidad (3,8% de los varones y 5,6% de las mujeres, $P = 0.598$). En general, el 24,4% presentó exceso de peso corporal (sobrepeso + obesidad), sin hallarse diferencias estadísticamente significativas entre sexos (32,1% de los varones y 21,9% de las mujeres, $P = 0.134$). Finalmente, en cuanto al IMC, el 5,2% de la muestra presentó bajo peso (1,9% de los varones y 6,3% de las mujeres, $P = 0.192$). Por otra parte, la obesidad abdominal (cintura ≥ 102 cm en hombres y ≥ 88 cm en mujeres) se halló en un 4,7% de los participantes (9 mujeres y 1 hombre), mientras que teniendo en cuenta un $ICT \geq 0.5$, se encontró en un 12,7% de los participantes (9,4% en hombres y 13,8% en mujeres, $P = 0.413$).

Sobre los valores de la presión arterial hallada en la población adulta joven se observaron valores normales, donde la media de la presión sistólica fue de 100,5 y para la presión diastólica de 65,8 mmHg; los valores hallados por Pastor, demostraron una media de la presión sistólica de 123.5 mmHg en varones y 111.3 en mujeres y para las diastólica una media de 68.0 mmHg en varones y 65.5 mmHg en mujeres.

Se encontró en el estudio valores superiores a los normales de colesterol 17,7% y triglicérido 9,7%; estos datos difieren por los presentados por Celdillo; quien encontró mayor porcentaje de hipergliceridemia 29,1% y en menor porcentaje la hipercolesterolemia 6,1%. Sin embargo los valores hallados es una población joven, por lo que se espera que a edades mayores se encuentren porcentajes altos de hiperlipidemias; como lo demuestra el estudio de Gutierrez Paredes³⁷ quien en su estudio sobre Colesterol y triglicéridos y su relación con el índice de masa corporal aplicado a una población adulta , demostró una prevalencia de hipercolesterolemia de 39,5% y de hipertrigliceridemia de 49,3 %.

Los estilos de vida saludable juegan una importancia vital para el desencadenamiento de cambios en el estado de salud de las personas y si estas no son modificables, finalmente se desarrollarán patologías crónicas como son los problemas cardiovasculares y diabetes; presentando previamente para ello problemas hiperlipidémicos; es así que se determinó en el presente estudio que los hábitos alimenticios, la capacidad física, el descanso, la higiene y la atención de salud están relacionados los niveles elevados de colesterol (p-valor de 0.000; 0,002 y 0,001 respectivamente) y con los niveles altos de triglicéridos (p-valor de 0.005; 0,01 y 0,019 respectivamente). Estudios de Celdillo demostraron que el hábito alimenticio es un factor que esta estadísticamente asociado a la hipertrigliceridemia OR 0.44 (IC95%: 0.22-0.88), valor p = 0.019. El sexo, la procedencia, la edad, el estado nutricional y la actividad física no fueron factores estadísticamente significativos de riesgo para hipertrigliceridemia; mientras que para el hipercolesterolemia no se hallaron factores asociados con el estado nutricional, los hábitos alimenticios y la actividad física.

Finalmente se determinó que existe una moderada correlación entre los estilos de vida y los niveles del perfil lipídico; lo que puede ir aumentando según se continúen con el mismo estilo de vida, lo que pone en riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes a edades mayores.

Así, Oliveras³⁸, indico que el modo de alimentación es muy influyente en el estado de salud de la comunidad ya que tiene un papel muy importante en el crecimiento y desarrollo físico y es fundamental en la prevención de gran cantidad de enfermedades crónicas. Además, una nutrición saludable determina la reproducción y la capacidad intelectual de las personas.

Según la OMS detalla que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial; es decir, el 6% de las muertes registradas en todo el mundo. Además, se estima que la falta de ejercicio físico es la causa principal de aproximadamente el 27% de los casos de diabetes y el 30% de la carga de cardiopatía isquémica; y es que el ejercicio físico realizado en forma regular ha demostrado sus beneficios en la prevención de enfermedad coronaria a corto y largo plazo, ya que a nivel del corazón disminuye la frecuencia cardíaca de reposo y aumenta la cantidad de sangre que el corazón expulsa en cada latido³⁹.

Las etapas tempranas de la vida como la niñez, adolescencia y juventud son momentos importantes en la vida para lograr el mejor resultado posible en la prevención de las enfermedades crónicas porque es cuando los comportamientos en salud se desarrollan y van manifestando los factores de riesgo y se puede lograr una reducción en su prevalencia con un impacto más grande.

4.4 Aporte de la investigación

En nuestro medio no hay la suficiente conciencia de la problemática que representa actualmente el sobrepeso/obesidad en las etapas temprana de la vida como es la niñez, la adolescencia y la juventud; así como las consecuencias metabólicas, como las dislipidemias y el riesgo de cardiovascular que esto conlleva.

Determinar en forma precoz estos cambios metabólicos, como las dislipidemias, en los jóvenes ayudaría a determinar su verdadero estado de salud y tomar acciones preventivas tempranas tanto a nivel familiar, comunitario y estatal que aseguren una mejor calidad de vida a las nuevas generaciones; por lo que con este estudio se pretende aportar conocimientos que permitan desarrollar políticas locales de vigilancia y prevención de las dislipidemias desde etapas tempranas, evitar los factores de riesgo y con un tratamiento adecuado modificar el curso de la enfermedad.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas determinadas fueron:
 - a. A mayor edad, las personas tienen mayor riesgo de tener valores altos de dislipidemia.
 - b. La población en estudio estuvo conformada en mayor porcentaje por el sexo femenino 67,7%; procedentes de la zona urbana 64,5%; de estado civil soltero y sin carga familiar (hijos) 41,9%.
2. El 41,9% realizaban alguna actividad laboral remunerada, el 29% fueron estudiantes y el 29% no realiza ninguna actividad remunerada. Considerando un ingreso económico familiar mensual menor a S/.500 el 41,9%, de S/.500 a S/1000 el 35,5% y en menor porcentaje indicaron un ingreso por encima de S/.1000.
3. Los antecedentes familiares para enfermedades crónicas indicaron el 11,3% con patologías cardiovasculares (hipertensión arterial), el 6,5% diabetes y el 4,8% obesidad.
4. El índice de masa corporal en la población joven fue normal 64,5%, sobrepeso 24,2% y obesidad 8,1%; siendo más frecuente en mujeres que en varones.
5. Los valores de adiposidad localizada se presentaron en mayor porcentaje en las mujeres que en varones. La adiposidad normal en el 95% del sexo masculino en comparación al 42,9% del sexo femenino; riesgo elevado en el 5% del sexo masculino en comparación al 16,7% del sexo femenino y riesgo muy elevado sin casos en el sexo masculino en comparación con el 40,5% del sexo femenino.
6. La presión arterial en la población adulta joven se encuentra en valores normales con valor mínimo de 90/50 mm Hg y una máxima de 120/80 mm Hg; una media de presión sistólica de 100,5 mm Hg y una diastólica de 65,8 mmHg y con una desviación estándar de 7,98 y 7,36 respectivamente.
7. Los índices del nivel de colesterol se encontraron dentro de los valores deseables de colesterol (menor de 200 mg/dL) el 82,3%; valores de límite alto (200 a 240mg/dL) el 14,5% y valores elevados (mayor a 240mg/dl) el 3,2%.

8. Los índices de triglicéridos se encontraron dentro de los valores deseables de triglicéridos (menor a 150 mg/dL) el 90,3%; valores de límite alto (150 a 199mg/dL) el 6,5% y valores elevados (200 499mg/dL) el 3,2%
9. Existe correlación entre los hábitos alimenticios, estilos de actividad física, descanso e higiene y la atención de salud con los niveles de colesterol y triglicéridos.
10. Existe correlación moderada entre los estilos de vida y los niveles de colesterol y correlación baja con los niveles de triglicéridos; por lo que se concluye que los estilos de vida en los jóvenes adultos pueden ser predictores pero no son concluyentes para desarrollar dislipidemias a esa edad; y que estos jóvenes gozan, en líneas generales, de buena salud en el presente; sin embargo manifiestan un conjunto de conductas que pueden influir negativamente a futuro en su salud física y psicológica.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que la hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia a nivel mundial han sido estudiados como parte relacionada a las enfermedades coronarias; es necesario tomar medidas preventivas; y estas deben iniciarse desde etapas tempranas de la vida; por lo que se recomienda:

1. A las autoridades, implementar políticas de salud que enfatizen una alimentación saludable, vida activa, diagnóstico temprano y seguimiento desde la niñez, adolescencia y juventud; edades donde se instalan los estilos de vida.
2. A las instituciones de salud, coordinar con el sistema educativo para realizar un trabajo mancomunado con los docentes, padres de familia y estudiantes para lograr influir en los adecuados hábitos alimenticios, evitar la vida sedentaria, tiempo efectivo en familia entre otros; con la finalidad de mejorar la conducta de estilos de vida saludable.
3. A los profesionales de salud, se recomienda realizar tamizajes de perfil lipídico (triglicéridos y colesterol total), medidas antropométricas, presión arterial desde la adolescencia y aumentar la frecuencia de las mismas, para poder cubrir a la mayoría de la población, por consiguiente, poder determinar los factores de riesgo para enfermedades crónicas como medidas de prevención primaria. Luego se debe hacer un seguimiento de los que cuenten con factores de riesgo y ver la posibilidad de referencia para el manejo por el médico especializado.
4. Se propone seguir investigando en poblaciones universitarias, tomando en cuenta otros factores relacionados con la salud y los estilos de vida, lo que permitiría aumentar la comprensión del fenómeno salud y, en consecuencia, implementar nuevas políticas de prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Efecto de los factores de riesgo potencialmente modificables asociados con el infarto de miocardio en 52 países (el estudio INTERHEART): estudio de casos y controles. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
2. Munguía Miranda C, Sánchez Barrera R, HernándezSaavedra D, Cruz-López M. Prevalencia de dislipidemias en una población de sujetos en apariencia sanos y su relación con la resistencia a la insulina. *Salud Publica Mex*. 2008;50(5):375-82.
3. López Pérez JE, Villar Novell AL. Dislipidemia en personas mayores de 60 años. *Rev cubana Med Gen Integr*. 2005;21(3-4). Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi043-405.htm [Consultado: 30 de enero del 2019].
4. Miguel Soca P. El síndrome metabólico: un alto riesgo para individuos sedentarios. *Acimed*. 2009; 20(2). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol20_2_09/acisu809.htm [Consultado: 30 de enero del 2019].
5. Pallarés, Pascual y Godoy. Dislipidemia y riesgo cardiovascular: Una revisión basada en nuevas evidencias. *Semergen*. 2015; 41(8):435-445
6. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Centro de prensa OMS. [Internet]. 2017. [citado el 15 de mayo del 2019]. Obtenido [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
7. Jenkins DJ, Wong JM, Kendall CW, Esfahani A, Ng VW, Leong TC, et al. El efecto de una dieta baja en carbohidratos ("Eco-Atkins") basada en plantas sobre el peso corporal y las concentraciones de lípidos en la sangre en sujetos hiperlipidémicos. *Arch Intern Med*. 2009;169(11):1046-54.
8. Miguel Soca, Pedro. Dislipidemias. 2009. ACIMED v.20 n°.6 . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001200012
9. Estrategia de prioridades Sanitarias Nacional de prevención y control de enfermedades por daños no transmisibles. Lima-Perú, RM N° 771-2004-

MINSA. [Internet]. [Citado 27 de marzo de 2013]. Recuperado a partir de: about: home.

10. Ministerio Nacional de Salud. Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima-Perú. 2004. [citado 25 de enero del 2019]. Recuperado a partir de: http://www.cimfweb.org/bn_admin/include/images/pdf/goapsperu.pdf
11. Núñez Jiménez, Diana del Pilar. Determinación del perfil lipídico y su relación con el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares en niños de 9 a 12 años en el barrio Gil Ramírez Dávalos Tesis [Internet]. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. 2015
12. Parra, B. et al. Perfil lipídico y consumo de frutas y verduras en un grupo de jóvenes de 10 a 19 años, según el índice de masa corporal. Revista Colombiana de Cardiología Volume 22, Issue 2, March–April 2015, Pages 72-80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563315000261>
13. Galvis Pérez, et al. Prevalencia de dislipidemias en una institución prestadora de servicios de salud de Medellín. Colombia, 2013. Rev CES Med 2016; 30(1): 3-13.
14. Álvarez Gasca, M. et al. Perfil Lipídico Asociado a Obesidad Central en Estudiantes Universitarios. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 20 N° 8 septiembre, 2012. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-261.pdf>
15. Hernández, Et al. Dislipidemias y riesgo cardiovascular en la población adulta de Castilla y León. Gac Sanit.España. 2010;24(4):282–287
16. Ninatanta Ortiz, Juana y Romani Romani, Franco. Índice triglicéridos / colesterol de alta densidad y perfil lipídico en adolescentes escolares de una región andina del Perú. An. Fac. med. vol.79 no.4 Lima oct./dic 2018. Disponible en : http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000400005
17. Felipe Porras, Sandra Eulalia. Estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho – 2017.Tesis [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2017

18. Torre Cárdenas, Sheila Angélica Prevalencia de Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia en un Centro de Salud a 3200 msnm. [Tesis]. Universidad Peruana de los Andes. Junin. 2017. Disponible en: http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/176/Sheila_Torre_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Cueva Cristóbal, Ana María. Conocimientos sobre tamizaje de dislipidemias en los médicos del primer nivel de atención de Lima Norte durante el año 2014. Tesis- Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. 2015
20. Gutiérrez Paredes, Elmer Eduardo. Colesterol y triglicéridos y su relación con el índice de masa corporal (IMC) en pacientes adultos que acuden al Servicio Académico Asistencial de Análisis Clínicos. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú 2009
21. Ministerio de Chile. Dislipidemias: Normas Técnicas. División de Salud de las Personas. Chile; 2000
22. Montoya, L. G. Estilo de vida y salud. Obtenido de Estilo de vida y salud. (junio de 2010). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32226/1/articulo1.pdf>
23. Organización mundial de la Salud. Life styles and Health. Rv. Social Science and Medicine, 22 (2): 117-124
24. Gómez Arqués, M. A. Operativización de los Estilos de Vida mediante Distribución de tiempo en personas mayores de 50 años. [Tesis doctoral]. Universidad de Granada. España. 2005.
25. Health Behaviour in School-aged Children. Estilos de vida saludable y Promoción de la Salud. España. 2010 Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema2.pdf>
26. Bastías Arriagada y Stieповich, B. E. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. Cienc. enferm. vol.20 n°. 2 Concepción ago. 2014. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532014000200010
27. Guerrero Montoya y León Salazar. Estilo de vida y salud. Educere, vol. 14, núm. 48, enero-junio, 2010, pp. 13-19. Dispónible en: <https://www.redalyc.org/pdf/356/35616720002.pdf>

28. Bennasar Veny, M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios. [Tesis doctoral]. Universitat de les Illes Balears. España. 2012. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/84136#page=2>
29. Stiepovich, B. E. Op cit.
30. Montoya, L. G. Op cit.
31. Health Behaviour in School-aged Children. Op cit.
32. Badura, B. Estilos de vida y salud: la perspectiva socioecológica. En J. I. Ruiz Olabuenaga (Ed.), Estilos de vida e investigación social (p. 219-235). Bilbao, España: (1982). Mensajero.
33. Sánchez-Ojeda M, De Luna-Bertos E. Hábitos de vida saludable en la población universitaria. Revisión. Nutr Hosp. 2015; 31(5): p. 1910-19
34. Deliens T, Van Crombruggen R, Verbruggen S, De Bourdeaudhuij I, Deforche B, Clayrs P. Dietary interventions among university students: A systematic review. Appetite. 2016; 105: p. 14-26.
35. Cedillo Auquilla, Carlos Augusto. Prevalencia de dislipidemias y factores asociados en adolescentes colegiales, Santa Isabel, 2014. [Tesis para título]. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2015
36. Pastor Martin, Rosario. Prevalencia y asociación entre factores de estilo de vida (dieta, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) en estudiantes universitarios de Zamora. [Tesis doctoral] Universitat de les Illes Balears. España. 2015. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/4449/Pastor_Martin_Rosario_tes.pdf?sequence=1&isAllowed=y
37. Righetti, Jorge. Modificación de los niveles de colesterol en niños y adolescentes con hipercolesterolemia mediante una intervención basada en cambios en el estilo de vida en la ciudad de Hernando Córdoba, Argentina. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. 2010.
38. Gutiérrez Paredes. Elmer. Colesterol y triglicéridos y su relación con el índice de masa corporal (IMC) en pacientes adultos que acuden al Servicio Académico Asistencial de Análisis Clínicos (SAAAC). [Tesis de titulación]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2009.
39. Oliveras López MJ, Nieto Guindo P, Agudo Aponte E, Martínez Martínez F, López García de la Serrana H, López Martínez MC. Evaluación

nutricional de una población universitaria. *Nutr Hosp.* 2006; 21(2): 179-83.

40. Peidro, R. El ejercicio físico y la salud cardiovascular. Infobae [Internet] 2018 [Citado 5 de octubre del 2019]. Obtenido de Fundación Cardiológica Argentina: <http://www.infobae.com/1969/12/31/1555062-el-ejercicio-fisico-y-lasalud-cardiovascular/>

ANEXOS

ANEXO 01 MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÒTESIS	VARIABLES	POBLACION/ MUESTRA	DESEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la relación de los estilos de vida con el perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio? ☒ ¿Cuáles son las características clínicas de la población en estudio? ☒ ¿Cuáles son los índices del perfil lipídico de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019? ☒ ¿Cómo es el estilo de vida de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019? 	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación de los estilos de vida con el perfil lipídico en la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras- Huánuco, 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio</p> <p>Identificar las características clínicas de la población en estudio</p> <p>Estimar los índices del perfil lipídico de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019</p> <p>Describir los estilos de vida de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud las Moras-Huánuco, 2019.</p>	<p>H1: Los estilos de vida están relacionados con el perfil lipídico de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras-Huánuco, 2019.</p> <p>H0: Los estilos de vida no están relacionados con el perfil lipídico de la población adulta joven atendida en el Centro de Salud Las Moras-Huánuco, 2019.</p>	<p>VARIABLE DE ESTUDIO 1 Estilos de vida</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias nocivas: alcohol y tabaco • Hábitos alimenticios • Actividad física • Consumo de medicamentos • Hábitos de descanso • Higiene • Actividades de tiempo libre • Conducta sexual • Chequeos médicos • Enfermedades asociadas a los hábitos nocivos <p>VARIABLE DE ESTUDIO 2 Perfil lipídico</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colesterol total • Lipoproteína de baja densidad o colesterol LDL • Lipoproteína de alta densidad o colesterol HDL • Triglicéridos 	<p>POBLACION</p> <p>La población estará conformada por toda la población adulta joven atendidos por sintomatología de dislipidemia en el Centro de Salud de Moras, en el periodo de enero a julio del 2019, haciendo un total de 425</p> <p>MUESTRA</p> <p>La muestra estará conformada por 62 adultos jóvenes, las cuales fueron determinadas de acuerdo a la siguiente formula:</p> $n = \frac{N \cdot Z^2 \alpha \cdot P \cdot q}{e^2 (N - 1) + Z^2 \alpha \cdot p \cdot q}$ <p>TIPO MUESTREO</p> <p>El muestreo será aleatoriado, probabilístico simple</p>	<p>El estudio es relacional; Porque es un estudio bivariado, que relacionará las variables de estudio, cuyo esquema es:</p> <p style="text-align: center;">Diagrama</p> <pre> graph TD M --- O1 M --- O2 O1 --- r O2 --- r </pre> <p>M= Muestra O1= variable de estudio 1 O2= variable de estudio 2 r= relación</p>	<p>-Cuestionario</p> <p>Ficha de recolección de datos</p>



ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTILOS DE VIDA EN EL PERFIL LIPIDICO DE LA POBLACION ADULTA JOVEN ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS – HUÁNUCO, 2019

Propósito

El propósito de la presente investigación es recabar información sobre los estilos de vida y poder relacionarlo con los niveles de su perfil lipídico, de tal forma que el profesional de salud se enfoque en concientizar a la población a tomar conciencia de los riesgos a los que están predispuestos si no se toman medidas preventivas.

Asimismo, es importante porque permitirá a los profesionales médicos y población en general incluir dentro de sus exámenes preventivos el tamizaje periódico de control de su perfil lipídico como prevención primaria de enfermedades crónicas como los problemas cardiovasculares, diabetes, etc.

Participación

Se le invita a participar en el presente estudio, y se garantiza el anonimato de la información brindada por el profesional participante que labora en el Centro de Salud Las Moras: Así mismo, se indica que su participación es estrictamente voluntaria, ya que no presenta riesgos ni efectos perjudiciales sobre su persona; por el contrario, con la información brindada se pretende incentivar a acciones preventivas para la población en general en el control de sus perfiles lipídicos.

Costo de la participación

La presente investigación solo ocasionará un costo de material logístico que será subvencionado por el investigador.

Confidencialidad

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de Investigación conocerán los resultados y la información.

Requisitos de Participación

Ser una persona en la etapa adulta joven (20 a 40 años de edad). Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento informado, con lo cual autoriza y acepta la participación en el estudio voluntariamente.

Dónde conseguir información

Para cualquier consulta, sugerencia o comentario por favor comunicarse con Isabel Camargo Campos, al teléfono celular 956838318 donde con mucho gusto serán atendidos.



Declaración Voluntaria

Yo,,
 Identificada con DNI N°; he sido informado del propósito
 y de los objetivos del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la
 confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en
 el estudio implica un gasto que será cubierto por el investigador.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier
 momento que considere conveniente, sin que ello afecte en mi trabajo.

Por lo expuesto, acepto voluntariamente a participar en el proyecto de
 investigación **“ESTILOS DE VIDA EN EL PERFÍL LIPIDICO DE LA
 POBLACION ADULTA JOVEN ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD
 LAS MORAS – HUÁNUCO, 2019”**

Firma _____

DNI N° _____



Dirección _____

Fecha ____/____/____



ANEXO 03

CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA DE LA POBLACIÓN JOVEN ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS – HUÁNUCO, 2019

El propósito del presente cuestionario es recabar información sobre los estilos de vida y poder relacionarlo con los niveles de su perfil lipídico, de tal forma que el profesional de salud se enfoque en concientizar a la población a tomar conciencia de los riesgos a los que están predispuestos si no se toman medidas preventivas.

Asimismo, es importante porque permitirá a los profesionales médicos y población en general incluir dentro de sus exámenes preventivos el tamizaje periódico de control de su perfil lipídico como prevención primaria de enfermedades crónicas como los problemas cardiovasculares, diabetes, etc.

Por ello se le solicita responda los siguientes enunciados con veracidad.

Considerando que:

- Nunca (N), es una conducta que no realiza, 0 veces.
- Algunas veces (Av.), es una conducta que pocas veces realiza, de 1 a 2 veces.
- Frecuentemente (F), conducta que realiza varias veces, de 3 a 5 veces.
- Siempre (S), conducta que realiza diariamente o a cada instante.

Parte I

DATOS GENERALES

FECHA: /..../....

Numero de paciente: _____

1. Sexo: 1. Mujer _____ 2. Hombre _____
2. Edad: _____ años
3. Procedencia Geográfica: 1. Urbana _____ 2. Rural _____
4. Sector de Residencia Familiar: _____
5. Estado Civil:
 - a. Soltero/a _____
 - b. Casado/a _____
 - c. Separado/a de Hecho _____
 - d. Divorciado/a _____
 - e. Viudo/a _____
6. Sus padres sufren de alguna enfermedad crónica:

	Diabetes
	Problemas cardiovasculares (hipertensión, enfermedad isquémica del corazón, otros)
	Obesidad
	Dislipidemia (Colesterol y triglicéridos altos)
7. ¿Realiza alguna actividad laboral remunerada? SI _____ NO _____ ¿Cuál? _____
8. ¿Cuál es el ingreso económico promedio mensual? S/. _____

Nº	ÍTEMS	Marque según corresponda	
		Si	No
HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN			
1	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.		
2	Desayuna, almuerza y come en horarios habituales		
3	Deja de comer aunque tenga hambre		
4	Come en exceso aunque no tenga hambre		
5	Vomita o toma laxantes después de comer en exceso		
6	Todos los días, consume alimentos balanceados (vegetales, frutas, carne, leche, menestras y cereales)		
7	Consume de 6 a 8 vasos de agua al día.		
8	Consume usted 2 a 3 frutas diarias.		
9	Consume comidas rápidas, frituras, golosinas o dulces		
10	Consume gaseosas o bebidas artificiales		
ACTIVIDAD FÍSICA, DESCANSO E HIGIENE			
11	Realiza ejercicios físicos como mínimo 20 a 30 minutos al día (correr, trotar, caminar, otros)		
12	Se acuesta y se levanta habitualmente a una hora apropiada (duerme mínimo 6 horas por día)		
13	Tiene usted diariamente un horario fijo para acostarse a dormir.		
14	Pasa noches en vigilia Especifique porque:		
15	Usted se baña frecuentemente		
ACTIVIDADES RECREATIVAS			
16	Participa en actividades recreativas (caminatas, bailes, manualidades, ir de paseos etc.)		
17	Se relaciona bien con los demás (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.)		
18	Pasa tiempo con su familia.		
19	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de su familia.		
CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS			
20	Consume usted cigarillos Si marco siempre, especifique N° por día:		
21	Consume usted bebidas alcohólicas		
22	Consume usted algún tipo de drogas ilegales		
CONSUMO DE MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MÉDICA			
23	Antinflamatorios no esteroideos		
24	Medicamentos gastrointestinales		
25	Otros medicamentos, especifique		
ATENCIÓN DE SALUD			
27	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.		
28	Realiza siesta después del almuerzo como parte de una relajación.		
29	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.		
30	Usted se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.		
31	Usted se cuida y se quiere a si mismo		

**ANEXO 04:
VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**



**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
HUANUCO – PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO**



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Reyario de la Haba Kuyupay Especialidad: Ho. Salud Pública y Gestión Sanitaria

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Características sociodemográficas	Determina la edad según riesgo reproductivo	4	4	4	4
	Clasifica según el Grado de Instrucción	4	4	4	4
	Identifica el estado civil	4	4	4	4
	Identifica la ocupación	4	4	4	4
	Identifica la procedencia	4	4	4	4
Características del Patrón de automedicación	Estime el Ingreso promedio familiar mensual	4	4	4	4
	Identifica la Historia familiar de automedicación.	4	4	4	4
	Determina el motivo de la automedicación	4	4	4	4
	Identifica los síntomas para automedicarse	4	4	4	4
	Determina el lugar de expendio	4	4	4	4
	Identifica el momento de automedicación	4	4	4	4

Características del Patrón de automedicación	Determina la edad gestacional al momento de la investigación	4	4	4	4
	Conoce el medicamento que consume en cuanto a las indicaciones, contraindicaciones y riesgos para la madre y el producto de la concepción	4	4	4	4
	Indica dónde obtuvo la información del medicamento	4	4	4	4
	Menciona la persona que le recomendó	4	4	4	4
	Verifica el momento de adquirir el producto la fecha de vencimiento, presentación, riesgos	4	4	4	4
Tipo de automedicación	Indica los medicamentos convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4
	Indica los medicamentos no convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()


Firma y sello del juez
 DNI 22474880



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZÁN
HUÁNUCO – PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Dr. Wilans Ventura Castro Especialidad: Dr. Ciencias de la Salud

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Características sociodemográficas	Determina la edad según riesgo reproductivo	4	4	4	4
	Clasifica según el Grado de instrucción	4	4	4	4
	Identifica el estado civil	4	4	4	4
	Identifica la ocupación	4	4	4	4
Características del Patrón de automedicación	Identifica la procedencia	4	4	4	4
	Estime el Ingreso promedio familiar mensual al	4	4	4	4
	Identifica la Historia familiar de automedicación.	4	3	4	4
	Determina el motivo de la automedicación	4	4	4	4
	Identifica los síntomas para auto medicarse	4	4	4	4
	Determina el lugar de expendio	4	4	4	4
Identifica el momento de automedicación	4	4	4	4	

Características del Patrón de automedicación	Determina la edad gestacional al momento de la investigación	4	4	4	4
	Conoce el medicamento que consume en cuanto a las indicaciones, contraindicaciones y riesgos para la madre y el producto de la concepción	4	4	4	4
	Indica dónde obtuvo la información del medicamento	4	4	4	4
	Menciona la persona que le recomendó	4	4	4	4
	Verifica el momento de adquirir el producto la fecha de vencimiento, presentación, riesgos	4	4	4	4
Tipo de automedicación	Indica los medicamentos convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4
	Indica los medicamentos no convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()


Firma y sello del juez
 DNI 07122551



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUÁNUCO – PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Dg. Katherine Melga Taximiliano Fretel Especialidad: Administración y Gestión en Salud

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Características sociodemográficas	Determina la edad según riesgo reproductivo	4	4	4	4
	Clasifica según el Grado de instrucción	4	4	4	4
	Identifica el estado civil	4	4	4	4
	Identifica la ocupación	4	4	4	4
	Identifica la procedencia	4	4	4	4
	Estime el Ingreso promedio familiar mensual	4	4	4	4
Características del Patrón de automedicación	Identifica la Historia familiar de automedicación.	4	4	4	4
	Determina el motivo de la automedicación	4	4	4	4
	Identifica los síntomas para auto medicarse	4	4	4	4
	Determina el lugar de expendio	4	4	4	4
	Identifica el momento de automedicación	4	4	4	4

Características del Patrón de automedicación	Determina la edad gestacional al momento de la investigación	4	4	4	4
	Conoce el medicamento que consume en cuanto a las indicaciones, contraindicaciones y riesgos para la madre y el producto de la concepción	4	4	4	4
	Indica donde obtuvo la información del medicamento	4	4	4	4
	Menciona la persona que le recomendó	4	4	4	4
	Verifica el momento de adquirir el producto la fecha de vencimiento, presentación, riesgos	4	4	4	4
Tipo de automedicación	Indica los medicamentos convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4
	Indica los medicamentos no convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento fue aplicado: SI (X) NO ()


 Mg. X. Melba Marañón Freire
 Lic. Enfermera
 CEP 91208

Firma y sello del juez



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUÁNUCO – PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Dr. Milva Blanco Alaya Especialidad: Criación de la Salud

"Calificar con 1, 2, 3 o 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Características sociodemográficas	Determina la edad según riesgo reproductivo	4	4	4	4
	Clasifica según el Grado de instrucción	4	4	4	4
	Identifica el estado civil	4	4	4	4
	Identifica la ocupación	4	4	4	4
Características del Patrón de automedicación	Identifica la procedencia	4	4	4	4
	Estime el Ingreso promedio familiar mensual	4	4	4	4
	Identifica la Historia familiar de automedicación.	4	4	4	4
	Determina el motivo de la automedicación	4	4	4	4
	Identifica los síntomas para automedicarse	4	4	4	4
	Determina el lugar de expendio	4	4	4	4
Identifica el momento de automedicación	4	4	4	4	

Características del Patrón de automedicación	Determina la edad gestacional al momento de la investigación	4	4	4	4
	Conoce el medicamento que consume en cuanto a las indicaciones, contraindicaciones y riesgos para la madre y el producto de la concepción	4	4	4	4
	Indica donde obtuvo la información del medicamento	4	4	4	4
	Menciona la persona que le recomendó	4	4	4	4
	Verifica el momento de acudir el producto le fecha de vencimiento, presentación, riesgos	4	4	4	4
	Indica los medicamentos convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4
Tipo de automedicación	Indica los medicamentos no convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()


Firma y sello del juez
20887402



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
HUÁNUCO – PERU
ESCUELA DE POSGRADO



VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Nombre del experto: Dra. Ana María Mota Reviriego Especificidad: Medio Ambiente

"Calificar con 1, 2, 3 ó 4 cada ítem respecto a los criterios de relevancia, coherencia, suficiencia y claridad"

DIMENSIÓN	ÍTEM	RELEVANCIA	COHERENCIA	SUFICIENCIA	CLARIDAD
Características sociodemográficas	Determina la edad según riesgo reproductivo	4	4	4	4
	Clasifica según el Grado de instrucción	4	4	4	4
	Identifica el estado civil	4	4	4	4
	Identifica la ocupación	4	4	4	4
Características del Patrón de automedicación	Identifica la procedencia	4	4	4	4
	Estime el Ingreso promedio familiar mensual al	4	4	4	4
	Identifica la Historia familiar de automedicación.	4	4	4	4
	Determina el motivo de la automedicación	4	4	4	4
	Identifica los síntomas para auto medicarse	4	4	4	4
	Determina el lugar de expendio	4	4	4	4
Identifica el momento de automedicación	4	4	4	4	

Características del Patrón de automedicación	Determina la edad gestacional al momento de la investigación	4	4	4	4
	Conoce el medicamento que consume en cuanto a las indicaciones, contraindicaciones y riesgos para la madre y el producto de la concepción	4	4	4	4
	Indica donde obtuvo la información del medicamento	4	4	4	4
	Menciona la persona que le recomendó	4	4	4	4
	Verifica el momento de adquirir el producto la fecha de vencimiento, presentación, riesgos	4	4	4	4
Tipo de automedicación	Indica los medicamentos convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4
	Indica los medicamentos no convencionales más frecuentemente consumidos	4	4	4	4

¿Hay alguna dimensión o ítem que no fue evaluada? SI () NO (X) En caso de SI, ¿Qué dimensión o ítem falta?

DECISIÓN DEL EXPERTO: El instrumento debe ser aplicado: SI (X) NO ()

Cely María W. J.
Firma y sello del juez
 DNI 07557836

NOTA BIOGRÁFICA

DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres: CAMARGO CAMPOS ISABEL ELVIRA
DNI: 19957802
Fecha de nacimiento: Huancayo 16 de diciembre del 1970

ESTUDIOS:

- SUPERIOR
1989– 1997 Estudios de medicina Humana en la Universidad San Martín de Porres Lima – Perú.
- SECUNDARIA
1983 – 1987 Institución Educativa La Asunción, Huancayo – Perú.
- PRIMARIA
1977 – 1982 Institución Educativa La Asunción, Huancayo – Perú.

GRADOS Y TÍTULOS:

2019 Maestría en Salud Pública y Gestión sanitaria. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco – Perú
1997 Bachiller en Medicina Humana: En la Universidad San Martín de Porres Lima – Perú
1997 Título en Medicina Humana: En la Universidad San Martín de Porres Lima – Perú

CENTRO/S LABORAL/ES ACTUAL/ES – CARGO/S:

- Universidad privada de Huancayo Franklin Roosevelt - Docente
- Médico asistencial - Centro de Salud la libertad – Red de salud valle del Mantaro – Huancayo

Huancayo 13 de enero del 2020



ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En el Aula 204 de la Escuela de Posgrado, siendo las **19:00h**, del día **lunes 30 DE DICIEMBRE DE 2019** ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Victor QUISPE SULCA	Presidente
Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ	Secretaria
Mg. Rosario Del Pilar DE LA MATA HUAPAYA	Vocal

Asesora de tesis: Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SANCHEZ (Resolución N° 084-2019-UNHEVAL/EPG-D)

La aspirante al Grado de Maestro en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doña, Isabel Elvira CAMARGO CAMPOS.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: **“ESTILOS DE VIDA EN EL PERFIL LIPÍDICO DE LA POBLACIÓN ADULTA JOVEN ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS – HUÁNUCO, 2019”**.

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante al Grado de Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis **las observaciones** siguientes:

.....
.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de Dieciocho (18)
Equivalente a Muy Bueno, por lo que se declara Aprobado
(Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 20:00 horas de 30 de diciembre de 2019.


.....
PRÉSIDENTE
DNI N° 22 96 22 46


.....
SECRETARIO
DNI N° 06 92 79 59


.....
VOCAL
DNI N° 22 77 48 80

Leyenda:
19 a 20: Excelente
17 a 18: Muy Bueno
14 a 16: Bueno

(Resolución N° 01625-2019-UNHEVAL/EPG)

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL:

Apellidos y Nombres: CAMARGO CAMPOS Isabel Elvira

DNI: 19957802 Correo electrónico: isabelcamargo1970@yahoo.es

Teléfono: Celular: 956838318

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS:

POSGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA

Grado Académico obtenido: Magister en salud pública y gestión sanitaria

Título de la Tesis:

ESTILOS DE VIDA EN EL PERFIL LIPIDICO DE LA POBLACION ADULTA JOVEN ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD LAS MORAS, HUÁNUCO. 2019.

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor (es):

Marcar (X)	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional - UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

1 año 3 años

2 años 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Huánuco, 13 de enero de 2020


Isabel Elvira Camargo Campos
DNI: 19957802