



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN MÉDICOS ASISTENTES  
DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL, LIMA-PERÚ

2024

HEALTHY LIFESTYLES AMONG ATTENDING PHYSICIANS  
AT A TERTIARY LEVEL PUBLIC HOSPITAL, LIMA-PERU 2024

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO

AUTORA

JOSSELIN MABEL RIOS GARCIA

ASESORA

ELSA ROSA NEIRA SANCHEZ

CO-ASESOR

GERMAN JAVIER MALAGA RODRIGUEZ

LIMA - PERÚ

2024



## **JURADO**

Presidente: Dra. Elena Cristina Zelaya Arteaga

Vocal: Dr. Leslie Marcial Soto Arquíñigo

Secretario: Dr. Victor Hugo Noriega Ruiz

Fecha de sustentación: 18 de diciembre del 2024

Calificación: Aprobado

## **ASESORES DE TESIS**

### **ASESORA**

Dra. Elsa Rosa Neira Sanchez

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-5092-1607

### **CO-ASESOR**

Dr. German Javier Malaga Rodriguez

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0002-7828-300X

## **DEDICATORIA**

Con mucho amor.

A mis padres, Celia Garcia V. y Arturo Rios C., por su gran amor y apoyo incondicional en cada paso que doy, por ser mi fuerza e inspiración, y por enseñarme a cumplir mis sueños con esfuerzo y dedicación, “¡siempre adelante!” como ellos dicen. Este logro también es de ustedes.

A mis hermanos, Melanie y Arturo, por su compañía y amor que siempre me dan.

A mi abuelito Tito y mis abuelitos que están en el cielo, por todo su amor e inspirarme a ser mejor cada día.

A mis tíos Sonia, Armando y Eliana por sus consejos, apoyo y siempre estar pendientes de mí.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser mi guía y fuerza. A mis asesores la Dra. Elsa Neira y el Dr. Germán Málaga, por su constante orientación y apoyo, sus valiosos consejos hicieron de este un gran proyecto. A todos los médicos asistentes del Hospital Nacional Cayetano Heredia que participaron en la encuesta del proyecto, gracias por su tiempo. Al Dr. Gonzalo Sáenz, por su compañía, aliento y apoyo incondicional. A los Dres. y amigos Pedro Toribio, Piero Rosas y Sergio Poma por su guía y apoyo. A los futuros Dres. Estefany, Nuria, Valeria y Víctor, por su disposición y apoyo durante la ejecución del proyecto.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

Este estudio fue autofinanciado por la autora.

## **CONFLICTOS DE INTERÉS**

La autora declara no tener conflictos de interés.

# RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN MÉDICOS ASISTENTES  
DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL, LIMA-PERÚ  
2024

HEALTHY LIFESTYLES AMONG ATTENDING PHYSICIANS  
AT A TERTIARY LEVEL PUBLIC HOSPITAL, LIMA-PERU 2024

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO

AUTORA

JOSSELIN MABEL RIOS GARCIA

ASESORA

ELSA ROSA NEIRA SANCHEZ

CO-ASESOR

GERMAN JAVIER MALAGA RODRIGUEZ

LIMA - PERÚ

2024



**18% Similitud estándar**

Filtros

## Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas

1	Internet	hdl.handle.net	3%
		27 bloques de texto	215 palabra que coinciden
2	Internet	repositorio.upch.edu.pe	2%
		8 bloques de texto	111 palabra que coinciden
3	Internet	duict.upch.edu.pe	1%
		8 bloques de texto	98 palabra que coinciden
4	Internet	docplayer.es	1%
		8 bloques de texto	81 palabra que coinciden

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. Introducción	1
II. Objetivos	6
III. Materiales y Métodos	7
IV. Resultados	16
V. Discusión	19
VI. Conclusiones	26
VII. Referencias Bibliográficas	27
VIII. Tablas	35
ANEXOS	



## RESUMEN

**Introducción:** Los estilos de vida saludables son fundamentales para mantener la salud y prevenir enfermedades no transmisibles. Los médicos asistentes constituyen pieza clave para el sistema de salud, pero debido a sus extensas jornadas laborales y tipo de trabajo pierden de vista los lineamientos de vida saludable. **Objetivo:** Describir los estilos de vida saludable de los médicos asistentes de un hospital público de nivel III-1 de Lima, Perú, 2024. **Materiales y métodos:** Estudio tipo transversal, descriptivo, donde se incluyó a 207 médicos asistentes de un hospital público. Se indagó sobre información demográfica, antropométrica y patológica, y se aplicó la escala de estilos de vida de Nola Pender et. al adaptado por Díaz, Márquez y Delgado. **Resultados:** Se encontró una edad media de 43 años y de IMC de 26,29 kg/m<sup>2</sup>. El 56,04% de médicos presentan sobrepeso y el 10,63% presentan obesidad. Solo el 39,13% presentó puntaje total indicativo de saludable en base a la encuesta de estilos de vida, con predominio en las dimensiones de autorrealización, ejercicio y apoyo interpersonal. 10 de 15 médicos con dislipidemia sí llevan un estilo de vida saludable y 111 de 170 médicos aparentemente sanos no llevan un estilo de vida saludable. **Conclusiones:** Menos de la mitad de los médicos asistentes son saludables en el hospital de tercer nivel estudiado, en base a la totalidad de la encuesta y con mayor deficiencia en las dimensiones de alimentación, ejercicio y actividad física, y responsabilidad en salud.

**Palabras claves:** Estilo de vida saludable, nutrición saludable, actividad física, sobrepeso, obesidad.

## ABSTRACT

**Introduction:** Healthy lifestyles are fundamental to maintain health and prevent non-communicable diseases. Attending physicians are a key part of the health system, but due to their long working hours and type of work, they lose sight of healthy lifestyle guidelines. **Objective:** To describe the healthy lifestyles of attending physicians in a third-level public hospital in Lima, Peru, 2024. **Materials and methods:** Cross-sectional, descriptive study, which included 207 attending physicians of a public hospital. Demographic, anthropometric, and pathological information was collected and the Nola Pender et al. lifestyle scale adapted by Díaz, Márquez and Delgado was applied. **Results:** We found a mean age of 43 years and a BMI of 26.29 kg/m<sup>2</sup>. 56.04% of physicians were overweight and 10.63% had obesity. Only 39.13% presented a total score indicative of healthy based on the lifestyle survey, with a predominance in the dimensions of self-fulfillment, exercise, and interpersonal support. 10 out of 15 physicians with dyslipidemia do have a healthy lifestyle and 111 out of 170 healthy physicians do not have a healthy lifestyle. **Conclusions:** Less than half of the attending physicians are healthy in the tertiary hospital studied, based on the totality of the survey and the dimensions of nutrition, exercise and physical activity, and health responsibility.

**Keywords:** Healthy lifestyle, healthy nutrition, physical activity, overweight, obesity.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Los estilos de vida constituyen un área de estudio importante, pues la adopción de estilos saludables se ha convertido en una necesidad en la búsqueda del mantenimiento de la salud a través de la prevención de enfermedades crónicas metabólicas. Estos estilos de vida, en su conjunto, se refieren a patrones de conducta, determinados por las elecciones que hacen las personas (1). Para obtener un estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta factores como la alimentación saludable, realizar actividad física, la ausencia de hábitos nocivos, entre otros; que, aparte del beneficio de evitar una enfermedad, nos permite mantener un estado de bienestar físico mental y social, significado de la salud (2).

Los hábitos no saludables y la falta de estilos de vida saludables conllevan a la aparición de las enfermedades no transmisibles que en su conjunto se convierten en la causa de mortalidad con mayor prevalencia mundial. (3). Entre ellas tenemos las enfermedades cardiovasculares como principal causa de muerte a nivel mundial, seguida del cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, deterioro cognitivo y diabetes, siendo todas estas causantes del 86% de las muertes prematuras a nivel mundial y 81% de todos los fallecimientos en la región de Las Américas (4). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren 41 millones de personas alrededor del mundo a causa de una enfermedad no transmisible, dentro de ellas 17 millones antes de cumplir los 70 años, y el 74% de estas muertes prematuras ocurren en países de bajos y medianos recursos económicos (5).

A nivel mundial, existe una creciente preocupación por la cantidad de personas que fallecen por consecuencias provenientes de enfermedades crónicas prevenibles como la obesidad. Según el Atlas Mundial de la Obesidad 2023, la tasa de prevalencia de obesidad ha sido triplicada en los últimos 50 años, y se proyecta que en el 2035 más del 50% de la población mundial y entre un 47-49% de adultos sufrirán de obesidad (6). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Latinoamérica y El Caribe, alrededor del 58% de nuestra población (360 millones de personas) tiene sobrepeso y la obesidad afecta al 23 % (140 millones) de la población (7,8). En el Perú, el panorama no es la excepción, ya que según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú realizada entre los años 2013-2022 de Enfermedades No transmisibles y transmisibles, donde se evaluó el estado nutricional de las personas de 15 y más años mediante el Índice de Masa Corporal (IMC), se evidenció el aumento progresivo de la prevalencia de sobrepeso de 33,8% a 37,5%, y un aumento de prevalencia de obesidad de 18,3% a 25,6% entre ese periodo de tiempo (9).

Ante este panorama global, la OMS junto con la Federación Mundial del Corazón (WHF por sus siglas en inglés) y otras asociaciones, guiaron la creación de un paquete técnico enfocado al público en general, el que fue adaptado para el contexto latinoamericano por la OPS, donde se recomienda que para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades metabólicas y otras no transmisibles, es crucial mantener niveles saludables de actividad física, alimentación balanceada, detectar y evitar factores de riesgo para la salud como el consumo de tabaco y alcohol, así como, recomendar la práctica de hábitos que regulan el nivel de estrés, todo ello en base a las necesidades y requerimientos individuales (10).

El establecer hábitos saludables en el ser humano implica un balance positivo de tiempo, organización e influencia de su medio, factores que en la actualidad son un reto lograr debido a diferentes motivos y grados de dificultad agregados a su rutina para gran número de personas, entre ellos los adultos latinoamericanos (11-13).

Los trabajadores en salud son un grupo de profesionales que se dedican a la promoción de la salud, prevención de enfermedades y prolongación de la vida de sus pacientes, sea cual fuese su área y/o especialidad (14-15) y dentro de este grupo se encuentran los médicos asistenciales, quienes son pieza clave para el sistema, mediante su desempeño en sus roles de liderazgo, representación y guía en el proceso de atención al paciente en el centro y área donde laboran (16-18). Sin embargo, también se enfrentan a una carga laboral a veces extenuante por prácticas duales (sectores públicos y privado) que imponen horarios laborales extensos y poco adaptables (39). Esta población ha sido evaluada en diversos estudios realizadas en diversas localidades de Latinoamérica y el Perú, usando escalas que miden sus estilos de vida en más de una dimensión como la creada por Nola Pender en 1996 (11-14). Estudios han sido realizados en población de médicos en Latinoamérica, así, en un estudio en Colombia donde se encontró que solo el 11,5% de los médicos presentan un estilo de vida saludable y las principales deficiencias están relacionadas con la actividad física y el deporte (11). Otro estudio en El Salvador, donde se evaluó a 50 médicos de un hospital, se encontró que su estilo de vida fue predominantemente no saludable, teniendo como problemas principales el sedentarismo (90%) y la mala alimentación (80%) (16). La falta de aplicación de

hábitos saludables en la vida de quienes están directamente encargados de la salud de los demás puede llevar consecuentemente a su pérdida de energía y vitalidad (factores indispensables para lograr una correcta labor) y un mayor riesgo de adquirir enfermedades (19-21).

Por otro lado, está demostrado que el comportamiento y las actitudes propias de los médicos tienen una importante influencia sobre la educación que le dan a sus pacientes; por lo que, médicos con una vida más activa y sana, tienen mejor habilidad y determinación de aconsejar a sus pacientes sobre estilos de vida saludables que aquellos que no la tienen. (22, 23). Como ejemplo, aquellos médicos no fumadores se predisponen con mayor frecuencia a educar a sus pacientes sobre los efectos dañinos del tabaco que los médicos fumadores, así también como médicos que practican más actividad tienden a incluir la educación sobre ejercicio con mayor frecuencia que médicos que no lo practican (24, 25). Asimismo, se ha demostrado en profesionales de la salud que a medida que sus hábitos alimenticios son menos saludables, sus valores de grasa, IMC y circunferencia abdominal aumentan (3), y que, a medida que aumentan los malos hábitos en el profesional y dentro de ello la falta de sueño, el nivel de stress que adquieren durante el día es mayor y podría llegar a influir negativamente en sus actividades diarias y a una peor calidad asistencial (26). Es por todo ello que el estudio e identificación de las prácticas de estilos de vida saludables en los médicos asistentes, es crucial (27). La obtención de estudios de este ámbito contribuirá, a conocer en nuestro medio, el estilo de vida de los médicos asistenciales y de ese modo, realizar las intervenciones necesarias que contribuyan a mejorar la calidad de vida y ámbito laboral de nuestros

profesionales de la salud, preservar su salud previniendo enfermedades crónicas a futuro y mejorando su rendimiento laboral en beneficio del sistema de salud en general.

Este estudio buscó enfocarse en una población vulnerable, como se ha visto, la cual constituyen los médicos asistenciales, por lo que consideramos pertinente y necesario, formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los estilos de vida de los médicos asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia, hospital de tercer nivel en Lima, Perú?.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo principal:**

- Describir los estilos de vida saludables de los médicos asistentes de un hospital público de nivel III-1 de Lima, Perú, 2024.

### **Objetivos secundarios:**

- Identificar los estilos de vida saludables según la alimentación, actividad física y estrés en médicos asistentes de un hospital público de nivel III-1 de Lima, Perú, 2024.
- Describir los estilos de vida saludables según su manejo de autorrealización y apoyo interpersonal y responsabilidad en su salud en médicos asistentes de un hospital público de nivel III-1 de Lima, Perú, 2024.
- Describir los estilos de vida saludables según su edad, sexo, especialidad médica y antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemia de en médicos asistentes de un hospital público de nivel III-1 de Lima, Perú, 2024.
- Describir los estilos de vida saludables en relación con su Índice de masa corporal y perímetro abdominal en médicos asistentes de un hospital público de nivel III-1 de Lima, Perú, 2024.



### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **Diseño de estudio:**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde se incluyó a los médicos asistentes que laboraron en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre Julio y Septiembre del año 2024.

#### **Población:**

El estudio incluyó a los médicos asistentes del Hospital Nacional Cayetano Heredia que laboran al momento de la realización del estudio durante el año 2024. Para la determinación de la población de estudio se consideró los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de Inclusión:
  - Médicos asistentes con todas las modalidades de contrato que trabajan en los diferentes departamentos asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el período del estudio
  - Médicos que acepten firmar el consentimiento informado (Anexo 2)
- Criterios de exclusión
  - Personal de salud gestante o periodo de lactancia
  - Personal de salud que declare haber tenido alguna intervención quirúrgica mayor o algún diagnóstico psiquiátrico grave en el último mes que afecten la adherencia a un estilo de vida saludable.

- Personal de salud que se encuentre de vacaciones.

**Muestra:**

Se realizó el cálculo del tamaño muestral con el método de Cornfield considerando un tamaño poblacional cuantificable de 445 médicos asistenciales del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Considerando un nivel de confianza del 95%, error estándar ( $e$ ) del 5%, y probabilidad de ocurrencia ( $p$ ) de un 50%, nuestro tamaño muestral final es de 207.

**Definición operacional de variables:**

Se tuvo en consideración la variable de estilos de vida saludable como variable dependiente, la cual incluye las dimensiones de alimentación, actividad física, manejo del estrés, apoyo interpersonal y autorrealización. Como variables independientes se tuvo el sexo, la edad, el tipo de especialidad médica (clínica, quirúrgica, radiología, administración y gerencia, anatomía patológica) y antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dislipidemias y/o diabetes, además de medidas antropométricas como el IMC y el perímetro abdominal. La definición detallada operacional de cada variable y sus dimensiones están presentadas en el Anexo 1.

## **Procedimientos y técnicas:**

### - Instrumentos de medidas:

Por cada participante se procedió a obtener información sobre las variables sociodemográficas y antropométricas anteriormente mencionadas, y a aplicar la escala sobre Estilos de Vida de Nola Pender et al. (1996) adaptada por Díaz, Marquez y Delgado (2008), la misma que fue validado con un valor de  $r > 0,20$  y con confiabilidad a través del alfa de Cronbach con un valor de 0,79 (28).

La escala de estilo de vida de Nola Pender et. al (1996) adaptado por Díaz, Márquez y Delgado (2008) consta de 25 preguntas, distribuidas en las dimensiones de alimentación, actividad física, manejo del estrés, responsabilidad en salud, apoyo interpersonal y autorrealización. Cada pregunta incluye la opción de indicar con qué frecuencia el o la participante realiza la actividad mencionada por cada pregunta. Para evaluar la frecuencia de realización de estas actividades se tienen las opciones de Nunca (N), A veces (AV), Frecuentemente (F) y Siempre (S). Dentro de esta escala se define si el participante tiene un estilo de vida saludable mediante un punto de corte: Puntajes entre 25 y 74 puntos, se consideran no saludable, y aquellos que obtienen puntajes entre 75 a 100 punto son considerados saludable.

Asimismo, en base a cada subescala, se definió si el participante tiene el hábito saludable según su subgrupo. En el subgrupo de alimentación, la práctica saludable se obtiene con puntaje entre 18 y 27 puntos; en el subgrupo de actividad física, la práctica saludable se obtiene con puntaje entre 6 a 8 puntos; en el subgrupo de manejo de stress, la práctica saludable se obtiene con puntaje entre 12 a 16 puntos; en el subgrupo de apoyo interpersonal, la práctica saludable se obtiene con puntaje entre 12 a 16 puntos; en el subgrupo de autorrealización, la práctica saludable se obtiene con puntaje entre 9 a 12 puntos y en el subgrupo de responsabilidad en salud, la práctica saludable se obtiene con puntaje entre 18 a 24 puntos.

- Medidas antropométricas:

El perímetro abdominal se determinó mediante la medición con cinta métrica de todo el perímetro del abdomen de cada médico, tomando en cuenta que se debe tomar la medida de la circunferencia que se encuentra en un punto medio imaginario entre el reborde costal y el borde superior de la cresta iliaca, y al sacar el aire posterior a una inspiración profunda. El punto de corte se consideró en base al estudio del Grupo Latinoamericano para el Estudio de Síndrome Metabólico (GLESMO), grupo proveniente de la Asociación Latinoamericana de la Diabetes (ALAD), que determinó el punto de corte de perímetro abdominal de 94 cm para hombres y de 90 cm para mujeres (41). El Índice de Masa Corporal (IMC) se determinó con los resultados de peso y talla de cada participante y los resultados obtenidos se clasificaron en base a la clasificación planteada por la Organización

Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio Nacional de la Salud (MINSA), donde el IMC menor de 18,5 kg/m<sup>2</sup> fue clasificado como bajo peso, resultados de IMC entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> a 24,9 kg/m<sup>2</sup> fueron clasificados como normal, resultados de IMC entre 25,0 kg/m<sup>2</sup> a 29,9 kg/m<sup>2</sup> fueron clasificados como sobrepeso, resultados de IMC mayor o igual a 30 kg/m<sup>2</sup> fueron clasificados como obesidad, donde las medidas entre 30 kg/m<sup>2</sup> y 34,9 kg/m<sup>2</sup> se clasificaron como obesidad grado I, medidas entre 35 kg/m<sup>2</sup> y 39,9kg/m<sup>2</sup> se clasificaron como obesidad grado II y medidas mayores o igual a 40 kg/m<sup>2</sup> se clasificaron como obesidad grado III u obesidad mórbida (7).

- Recolección de datos:

Para el estudio y determinación de datos se usaron instrumentos digitales y físicos y la duración de la intervención fue de un total máximo de 8 minutos. Para la toma de datos personales y datos de la escala se utilizó la plataforma de Google Forms, donde se ubicaron todas las preguntas y espacios de obtención de datos en el siguiente orden: en primer lugar, se hizo una breve presentación del cuestionario general. Posteriormente se ubicó la primera sección donde se pidió información sobre su edad, sexo y tipo de especialidad médica, antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y/o diabetes mellitus, y espacios para colocar las medidas de peso, talla y perímetro abdominal respectivamente. En la tercera sección se incluyeron las preguntas de la escala sobre Estilos de Vida de Pender et al. adaptado por Díaz, Márquez y Delgado (Anexo 3). La accesibilidad a este formulario

se brindó a los participantes mediante un link o código QR donde pudieron escanearlo y llenarlo en la comodidad de su smartphone. De no tener el participante la accesibilidad de internet, de un dispositivo electrónico o algún dispositivo móvil con lectura de QR, se brindó la facilidad de poder conectar su dispositivo a una fuente de internet externa. De haber necesidad que el participante, si así lo deseaba, haga la encuesta en formato físico, se tuvo copias tanto del consentimiento informado como de la encuesta anónima para que el médico lo realice sin inconvenientes.

Se contactó a cada participante en su centro de trabajo. según su mayor disponibilidad y asistencia en su centro de labores, ello se pudo saber mediante las consultas pertinentes sobre el horario y cronograma oficial de asistentes de cada departamento. Se ubicó en el cronograma los horarios y lugares donde más concurrencia tenía nuestra población objetivo, según el área de departamento y disponibilidad. Al encontrar al participante, se le hizo la presentación personal y del proyecto respectivamente. Posteriormente se le explicó sobre los objetivos de la recolección de datos y se preguntó por su tiempo y disponibilidad. Si el participante no estaba disponible, se le consultó sobre su disponibilidad en otros horarios o días de la semana para así para poder adaptarnos a su horario; si el participante estaba disponible, se procedía a explicarle detalladamente sobre el proyecto y sus implicancias, así como el consentimiento informado, una vez el participante estuvo de acuerdo y confirmó su consentimiento mediante nuestra plataforma en línea, se continuó con la aplicación de las demás

secciones de la encuesta. Asimismo, durante la recolección se tuvo el apoyo de 5 alumnos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia con conocimientos y aptitudes necesarias sobre el tema, quienes fueron previamente capacitados sobre la medición de medicas antropométricas y sobre los objetivos y aspectos éticos del proyecto para poder asistir a los investigadores en la realización de la encuesta y la medición de peso, talla y perímetro abdominal. Finalizada la recolección de datos, se le agradeció por su participación y se respondió cualquier duda final de ser el caso.

**Aspectos éticos del estudio:**

El protocolo fue presentado al Comité Institucional de Ética e Investigación, para seres humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y al Comité de Ética en investigación del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Los participantes firmaron el consentimiento informado luego de la explicación del objetivo y características del estudio y para confirmar su participación voluntaria en el estudio. El equipo de investigación es el único que tiene acceso a los datos e información obtenida, estos datos han sido guardados en una base de datos encriptada y la información fue anonimizada y será guardada por un tiempo máximo de 2 años, para luego ser eliminados. Los participantes pudieron consultar su estilo de vida (saludable o no) en base el puntaje final de a la encuesta. La confidencialidad de los participantes se mantuvo realizando la encuesta anónima y los datos se almacenaron codificados.

### **Plan de análisis:**

- Creación y verificación base de datos primaria: La información recolectada en la encuesta realizada en plataforma de Google Forms o encuestas físicas fue exportada y ordenada en la plataforma de Excel, donde se creó la base de datos primaria. Cada variable y dimensión fueron revisados y ordenados en su totalidad. Solo se consideraron las respuestas que tengan como máximo una pregunta de datos antropométricos no contestada. Sobre la encuesta principal de Estilos de Vida de Nola Pender et al, esta debió ser respondida en su totalidad. Las respuestas de todo aquel participante que no llenó tal encuesta en su totalidad fueron descartadas.
- Manejo de datos para análisis estadístico: Los datos una vez revisados fueron trasladados al software STATA versión 16.0 donde se realizó el análisis estadístico. Se ordenaron los resultados del presente estudio en tablas y gráficos donde posteriormente se realizó el análisis y las conclusiones en base a ellos.
- Análisis estadístico: Se realizó un análisis univariado el cual consistió en la descripción detallada de cada una de las variables expuestas en el estudio. Las variables cuantitativas tuvieron distribución normal, halladas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y fueron descritas de acuerdo a medidas de tendencia central y medidas de dispersión, como media y desviación estándar



(DE). Las variables cualitativas fueron analizadas de acuerdo con el número de porcentajes y cantidad total. Los resultados fueron expresados en tablas según las variables expuestas en detalle.

Se realizó además un análisis bivariado donde se procedió a hacer una comparación entre aquellas variables independientes y la variable dependiente (estilo de vida) y se presentó 3 escenarios a analizar, de acuerdo al tipo de variable, previo test de normalidad, para identificar su distribución normal de las variables continuas y sus subgrupos, y aplicación de pruebas paramétricas y no paramétricas. Para el primer escenario se realizó un análisis entre el estilo de vida en relación con la edad y los datos antropométricos (peso, talla, IMC y perímetro abdominal). El segundo escenario presentó el análisis entre el estilo de vida y variables como el sexo y antecedentes patológicos. El tercer escenario presentó el análisis entre estilo de vida y tipo de especialidad. En el primer análisis bivariado se usó la prueba de T de Student y se presentó los resultados en medidas de tendencia central y medidas de dispersión tales como media y desviación estándar, y en el segundo y tercer análisis se usó la prueba de Chi Cuadrado y se desarrolló en medidas de cantidad y proporción en porcentajes. En todos los resultados se agregó el valor  $p$  junto a su intervalo de confianza al 95% respectivo, y se consideró un valor  $p$  menor a 0,05 como significativamente estadístico.

#### IV. RESULTADOS

Se realizó un muestreo no aleatorio, por conveniencia en médicos asistentes del Hospital Nacional Cayetano Heredia y se obtuvo una muestra de 207 médicos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se obtuvo la información completa de todas las variables del estudio, con excepción del perímetro abdominal, el cual se recolectó en 82 de los 207 participantes.

Con relación al sexo, se encontró que 131 médicos asistentes fueron del sexo masculino, (63,29% de la muestra) y 76 del sexo femenino. La edad media de los participantes fue de  $43 \pm 10,5$  años. La media del Índice de Masa Corporal (IMC) fue de  $26,29 \pm 3,41$  kg/m<sup>2</sup>, denominado como sobrepeso. En cuestión al perímetro abdominal (PA) (n=82) se obtuvo una media de  $89,32 \pm 14,82$  cm, siendo la media del PA en mujeres (n=37) de  $89,34 \pm 14,82$  cm y en hombres de  $91,74 \pm 13,92$  cm. Con relación al IMC (tabla 1), se encontró que 116 (56,04%) médicos, es decir más de la mitad de la muestra, presentan sobrepeso. Se halló también que 12 (10,63%) presentan obesidad.

Con relación a los antecedentes patológicos encuestados se obtuvo que 20 (9,66%) médicos tenían el diagnóstico de hipertensión arterial, 6 (2,90%) tenían el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y 15 (7,25%) médicos tenían el diagnóstico de dislipidemia y un total de 170 (82,13%) médicos no sufrían de ninguna de estas 3 enfermedades.

En lo relacionado a la cantidad de participantes que obtuvieron el puntaje indicativo de saludable en la escala utilizada (tabla 2). Se observan los resultados en su totalidad y en base a dimensiones. En los resultados según dimensiones se observa que 77 (37,20%) médicos fueron saludables según su alimentación, 85 (41,06%) fueron saludables según su actividad y ejercicio, 106 (51,21%) médicos fueron saludables según su manejo del estrés, 140 (67,63%) médicos fueron saludables según su apoyo interpersonal, 171 (82,61%) médicos fueron saludables según su autorrealización y 77 (37,20%) médicos fueron saludables según su responsabilidad en salud. Con estos resultados se afirma que solo en las dimensiones de actividad y ejercicio, apoyo interpersonal y autorrealización se obtuvieron más de la mitad de los participantes que sí fueron saludables, con predominio en la dimensión de autorrealización. En relación con la totalidad de la encuesta, se encontró que solo 81 (39,13%) médicos asistentes, es decir menos de la mitad, tienen un estilo de vida saludable.

Con relación a los resultados obtenidos para la variable estilos de vida según la edad y variables antropométricas (tabla 3), no se encontró significancia estadística en los resultados según variables antropométricas, sin embargo, sí se encontró en la variable edad ( $p=0,0034$ ), con un intervalo de confianza al 95% (IC95%) de 4,392, donde se encontró que aquellos que llevan un estilo de vida saludable tienen un promedio de  $46 \pm 11,5$  años, a comparación de aquellos que no llevan un estilo de vida saludable cuya edad promedio es de  $42 \pm 9,6$  años. Esto nos permite sugerir que los médicos que llevan un estilo saludable están en una edad mayor a comparación de quienes no lo llevan.

En lo referente a la variable estilos de vida de acuerdo con el sexo y enfermedades metabólicas encuestadas (tabla 4). Se encontró una diferencia significativa en los resultados de los estilos de vida de acuerdo con la presencia de dislipidemia (n=15) como diagnóstico, donde de 15 médicos con diagnóstico de dislipidemia, 10 de ellos sí llevan un estilo de vida saludable según la encuesta realizada. Se encontró además una gran diferencia significativa ( $p=0,0052$  con un IC95% de 0,584) en el grupo de participantes que no tienen diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y/o dislipidemia, donde de los 170 médicos pertenecientes a este grupo, 111 no llevan un estilo de vida saludable según la encuesta aplicada.

Los resultados obtenidos para la variable estilos de vida en base al tipo de especialidad (departamento) donde pertenece cada participante (tabla 5). Como se mencionó anteriormente en esta sección, cada departamento tiene una cantidad (n) distinta de participantes y en base a ello se obtuvieron los resultados de su estilo de vida, dentro de los cuales no se obtuvo resultados significativos, a excepción del departamento de ginecología. Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,0381$  con un IC95% de 1,1582), entre los resultados del departamento de ginecología (n=26), donde se tiene que, de los 26 médicos asistentes pertenecientes al departamento de ginecología, 15 (18,52%) de ellos tienen un estilo de vida saludable según la encuesta realizada.

## V. DISCUSIÓN

Los estilos de vida son un factor determinante para de la salud de una persona. Este estudio buscó identificar si los médicos asistentes de un hospital de tercer nivel llevan un estilo de vida saludable según sus hábitos y dimensiones de vida (alimentación, actividad física, nivel de estrés, autorrealización, apoyo interpersonal y responsabilidad en el cuidado de su salud), en base una escala validada internacionalmente y ampliamente utilizada (28), lo que nos permite hacer comparaciones, así como la identificación y análisis de factores relacionados como sus características sociodemográficas, antropométricas, la presencia o no de enfermedades metabólicas. En nuestro estudio, hallamos que menos de la mitad de los médicos son saludables en base a las dimensiones de alimentación, ejercicio y actividad física, y responsabilidad en salud y, por el contrario, más de la mitad de los médicos evaluados presentan sobrepeso y obesidad.

Como vimos, nuestro estudio muestra que los médicos asistentes de un hospital de Lima, Perú, en su gran mayoría no llevan un estilo de vida saludable, este resultado es similar al encontrado en el estudio de Hurtado y Morales en 2012 (30) en 50 médicos de un hospital regional de 150 médicos de San Salvador, El Salvador cuyos estilos de vida fueron predominantemente no saludables; así como en el estudio de Palomares L. en 2014 (3) en profesionales de la salud de un hospital del MINSA, Lima-Perú, donde un 72,6% lleva un estilo de vida poco saludable . Esto nos lleva a decir que los médicos, entre ellos los médicos asistentes, son un tipo de población que, si bien conocen mucho del tema y de la salud, no son ajenos a la problemática

global que constituye la de falta de adherencia o la no práctica de estilos de vida saludables (14).

En relación a la población encuestada, encontramos que en el hospital público de tercer nivel donde se hizo el estudio, del total de participantes encuestados, 87% calificaban como no adherentes a estilos de vida saludables, resultados que fueron menores a comparación de estudios en profesionales de la salud en centros de la misma complejidad como el de Palomares L. (3) en profesionales de la salud peruanos donde el 72,6% fueron no saludables y el estudio de Hurtado y Morales (30) en médicos de El Salvador donde un 88% llevaban al menos un hábito no saludable. En cuanto a los estilos de vida en base a sus dimensiones, podemos encontrar estudios comparativos que también hacen hincapié en las dimensiones más deficientes. Según el estudio de Hurtado y Morales (30), de los médicos encuestados, un 80% tenía deficiencia en la dimensión de hábitos alimenticios, teniendo inclusión de un gran predominio de carbohidratos y comida rápida en su dieta. Además, se encontró que 56% del total de médicos eran también sedentarios y que, así sean profesionales de la salud, su compromiso y responsabilidad en su propia salud no era el adecuado. Asimismo, un estudio realizado en profesionales de la salud colombianos en el 2014 se encontró que solo el 11,5% de los médicos presentaban un estilo de vida denominado como saludable y que sus mayores deficiencias estaban en la actividad física y el deporte. Esto se relaciona con los resultados encontrados en nuestro estudio según dimensiones, donde se encontró que sus mayores deficiencias en sus estilos de vida se encontraban principalmente

en las dimensiones de la alimentación y en la responsabilidad en salud, seguido de la dimensión de actividad física.

En relación con el índice de masa corporal (IMC), nuestro estudio encontró un valor promedio de 26,29 kg/m<sup>2</sup>, indicativo de sobrepeso. Este resultado es concordante con estudios similares en nuestro país en años anteriores como el de Palomares L. en 2014 (3), estudio realizado en 106 profesionales de la salud en un hospital del MINSA, donde se encontró un promedio de IMC de 27.3 kg/m<sup>2</sup>, también indicativo de sobrepeso. Encontramos además que el 56,04% del total de participantes tenía sobrepeso y el 10,63% obesidad. Con ello también llama la atención que el alto porcentaje de médicos con exceso de peso son también encontrados en otros países latinoamericanos como un estudio en El Salvador (30) donde más del 50% de los médicos presentó sobrepeso y obesidad, y como un estudio en médicos colombianos donde el 44,2% del total de participantes encuestados (392) tenía exceso de peso (30,9% con sobrepeso y 13,3% con obesidad) (42). Estos hallazgos en Latinoamérica son mayores a estudios en otros países de otras regiones, como por ejemplo en España en el estudio ICARIA, donde se evaluó a trabajadores entre ellos a 1340 médicos y donde se encontraron resultados menores en sobrepeso pero similares en obesidad, hallándose que el 28,7% de médicos españoles tenía sobrepeso y el 9% tenía obesidad (43); y a nivel mundial donde según la OMS en el 2022, el 43% de adultos tenía sobrepeso y el 16% es obeso y desde 1990 la prevalencia de obesidad ha aumentado en más del 100% (7). Con todo ello podemos decir que la problemática de profesionales de la salud con IMC elevado (teniendo en promedio 1 de cada 2 profesionales con sobrepeso (sobre todo en países

latinoamericanos) y 1 de cada 10 con obesidad) es un problema que tenemos en nuestro país y a nivel internacional.

Sobre el perímetro abdominal, es importante mencionar la obtención de resultados según el sexo, al tener según la OMS (7) resultados distintos de normalidad en base al sexo femenino como el masculino. Arauz-Hernández et. al (32), en su estudio en población general de Costa Rica, encontró que el promedio de perímetro abdominal en mujeres fue de  $86,4 \pm 12,4\text{cm}$  y el de hombres es de  $88,1 \pm 11,5\text{cm}$ , ambos dentro de los valores saludables según el estudio GLEMSA (41), es decir no indicativos de obesidad abdominal, concordando con los resultados hallados en nuestra investigación en ambos sexos, donde también se encontraron valores menores a 90 cm en mujeres y 94 cms en varones respectivamente. Es importante también hacer hincapié en que la cantidad total (n) de participantes de los cuales se obtuvo su perímetro abdominal, ya que si bien es un tipo de medición que no requiere de maniobras sofisticada ni de mucho tiempo, este no fue aceptado por la totalidad de la población encuestada, a diferencia de otros estudios en otras poblaciones como población general (32), menores de edad (33) o trabajadores de salud (3) donde la totalidad de su muestra acepto la recolección de ese dato; sin embargo, no existen estudios en población de profesionales de la salud donde se identifiquen actitudes negativas ante algunos temas o encuestas sobre su propia información o medición antropométrica, por lo que no se puede asegurar que la poca participación o aceptación de recaudación de tal medida sea debido a su percepción como médicos.



La edad fue uno de los factores donde se obtuvo resultados estadísticamente significativos y dentro de ellos es importante recalcar la diferencia de edades entre saludables y no saludables, donde se puede notar que el grupo de no saludables tiene un menor rango de edad que el grupo de saludables. Esto concuerda con estudios realizados como el de Obdulia C. y Araya A. en mujeres en Santiago de Chile, en el 2021 (34), en ese estudio se encontró que aquellas mayores de 75 años, comparadas con las menores de 75 años, presentan una mejor calidad de vida y mejores cuidados, así como también una mayor satisfacción en el ámbito psicológico, resultados donde también se tomó en cuenta su actividad física, percepción de su salud, autocuidado, estado laboral y comorbilidades. Asimismo, tal resultado encontrado en nuestro estudio concuerda con el encontrado en el de Palomares L. (3) también en profesionales de salud de Lima, donde se encontró que la mayor cantidad del total de participantes no saludables (72,6 %) pertenecían al rango de edades más joven (25 a 54 años) que rangos mayores (55 años a más).

La práctica de estilos de vida saludables es el método más investigado para la prevención de eventos cardiovasculares y de enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y, dislipidemia (35, 36). No obstante, cada año encontramos datos preocupantes sobre la gran tendencia a la no adherencia a un estilo de vida saludable, a pesar de los esfuerzos por promoverlos (3, 11, 13, 30), y nuestro estudio no es la excepción. Hallamos que solo un poco más del tercio del total de médicos asistentes tienen hábitos de vida saludables, incluso en quienes no eran portadores de enfermedades metabólicas. Se encontró así mismo, que entre aquellos médicos con alguna enfermedad relacionada como la dislipidemia,

presentaban un mayor porcentaje personas con estilo de vida saludable y que entre los médicos que no tenían diagnóstico de alguna enfermedad metabólica encuestada, el 88% de ellos no llevaba un estilo de vida saludable. Estos hallazgos sobre estilos de vida relacionados con la presencia o no de enfermedades nos revela la importancia de investigar más sobre la prevención y sus tipos, así como las actitudes y comportamientos ante la propia salud y sus estilos de vida en personas sanas versus personas que ya tengan alguna comorbilidad. ¿Es posible que las personas al tener alguna enfermedad metabólica ponen mayor interés en la adopción de estilos de vida saludables? No se han encontrado estudios comparativos de ese tipo.

Se ha demostrado que el comportamiento ser humano se crea en base a su entorno y a factores biopsicosociales como su personalidad, y experiencias de vida (37), y que todo ello influye en gran mayoría a la toma de decisiones. Un comportamiento saludable requiere de métodos, disciplina y estrategias, las cuales parten de una lógica de mantenimiento del bienestar y prevención de enfermedades. La prevención demanda modificaciones psicológicas tanto a nivel individual como social, involucrando todos los mecanismos del proceso de cambio, los cuales no se producen de la misma forma en todas las personas (38), es por ello que las acciones hacia la prevención en general, requieren de una elaboración que implique todos los ámbitos relacionados tanto a la persona y a la comunidad a la que se le aplique, y que no solo se cumplan los objetivos de educación sino también de aplicación de conocimientos, tanto a corto como a mediano y largo plazo. Planes de acción estratégicamente formulados, documentos y normativas nacionales, entre otros, son

herramientas clave para ello, como lo es la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Perú (40), la cual funciona como guía para la aplicación de medidas necesarias para un ambiente laboral seguro en todos sus aspectos, incluyendo en la salud de los trabajadores; sin embargo, se requiere de una correcta aplicación y seguimiento para poder obtener el impacto deseado. Teniendo en cuenta la complejidad del ser humano y la realidad y oportunidades de cada tipo de población, incluyendo a la población de médicos, con todo lo mencionado anteriormente, podremos obtener cambios sostenibles en sus conductas y estilos de vida y con ello prevenir la aparición de enfermedades relacionadas a lo largo del tiempo.

#### Limitaciones:

- Al ser un muestreo no aleatorizado por conveniencia, no podemos generalizar los resultados del estudio hacia el total de la población.
- Al ser una medición bajo materiales portátiles y bajo un tiempo limitado, puede existir la posibilidad que las medidas antropométricas no hayan sido tomadas con la precisión exacta.
- Los participantes cuyo perímetro abdominal no se obtuvo pudieron ser aquellos que por razones personales o por temor a revelar un resultado no saludable, no desearon ser medidos, por lo que los resultados relacionados al perímetro abdominal en este estudio no son confiables.
- Existe la posibilidad que algún participante haya realizado el cuestionario de 25 ítems bajo una percepción infra o sobrevalorada a su realidad, optando por dar información incorrecta pero más acorde a los estándares de salud.

## **VI. CONCLUSIONES**

Se ha determinado que menos de la mitad de los médicos asistentes del hospital estudiado presentan un estilo de vida saludable, con una mayor deficiencia en las dimensiones relacionadas con la alimentación, el ejercicio y la actividad física, así como en la responsabilidad en salud, de acuerdo con la escala modificada de estilos de vida de Nola Pender. Por otro lado, en las dimensiones de apoyo interpersonal, autorrealización y manejo del estrés, más de la mitad de los médicos asistentes fueron clasificados como saludables según la misma escala modificada. Asimismo, se observó que más de la mitad de los médicos presentan sobrepeso, con un índice de masa corporal (IMC) promedio de 27.3 kg/m<sup>2</sup>.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cockerham WC. New directions in health lifestyle research. *International Journal of Public Health*. 2007;52(6):327-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18368990/>
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS, cop. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/>
3. Palomares L. Estilos de vida saludable y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud [Tesis de Magister]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014. Disponible en: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestr%c3%ada\\_LitaPalomares.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestr%c3%ada_LitaPalomares.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
4. WHO. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019. Geneva: World Health Organization. [Internet] 2020. Available online: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019\\_cod\\_methods.pdf?sfvrsn=37bcfac\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfac_5)
5. Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019. Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME. 2020. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
6. World Obesity Federation, World Obesity Atlas 2023. [Atlas] <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19>
7. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. [Nota descriptiva]. [Internet]. OMS; 18 de octubre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

8. FAO, OPS. Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe, 2016, Santiago: FAO/OPS; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33680/9789253096084-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática-Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles (2013 - 2022). Lima- Perú; 2014-2023. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/publicaciones-digitales/>
10. PAHO. Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud, World Health Organization 2018. WHO/NMH/NVI/18.1. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50805>
11. Laguado Jaimes E, Gómez Díaz MP. Estilos de vida saludable en estudiantes de Enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. Bucaramanga, Colombia. 2014. Hacia promoci. salud.; Vol 19(1):68-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309131703006.pdf>
12. Véliz, Telma. Estilos de vida y salud: Estudio del caso de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. [Tesis doctoral] Barcelona, España, 2017. Disponible en: [https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/454898/TPVE\\_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/454898/TPVE_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
13. Matta Ayala, M., Santisteban Moran, G. Estilos de vida saludable en adultos mayores con hipertensión en la Asociación Santa Rosa – Los Olivos – Lima, 2021. [Tesis de licenciatura] Lima, Perú. Repositorio académico UCV. 2021. Disponible en:

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91427/Matta\\_AMG-Santisteban\\_MG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91427/Matta_AMG-Santisteban_MG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

14. Sanabria Ferrand, P., Gonzalez L., Urrego D. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. [Estudio exploratorio]. Bogotá, Colombia. 2007. Revista Med. 15 (2): 207-217. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
15. Espinoza Cardenas L. Estilo de vida del profesional de enfermería pertenecientes a la microred de San Vicente Cañete 2016. [Tesis de licenciatura]Ica, Perú. Repositorio académico USMP. 2016. Disponible en:  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2285/espinoza\\_1.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2285/espinoza_1.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
16. Luis H, Carlos M. Correlación Entre Estilos de Vida y La Salud de Los Médicos Del Hospital Regional de Sonsonate.San Salvador, El Salvador, 2012. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/137953296/Correlacion-entre-Estilos-de-Vida-y-la-Salud-de-los-Medicos-del-Hospital-Regional-de-Sonsonate>
17. Divya, Dr & Ravichandran, Priyadharshini. A STUDY ON WORK LIFE BALANCE OF DOCTORS IN IMPACT OF KEY VARIABLES. 2022. Vol. VIII, No. 1(III) :. 2277-7067. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/362410938\\_A\\_STUDY\\_ON\\_WORK\\_LIFE\\_BALANCE\\_OF\\_DOCTORS\\_IN\\_IMPACT\\_OF\\_KEY\\_VARIABLES](https://www.researchgate.net/publication/362410938_A_STUDY_ON_WORK_LIFE_BALANCE_OF_DOCTORS_IN_IMPACT_OF_KEY_VARIABLES)
18. Maheux B, Pineault R, Lambert J, Béland F, Berthiaume M. Factors influencing physicians' preventive practices. Am J Prev Med. 1989 Jul-Aug;5(4):201-6. PMID: 2765290. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2765290/>

19. Arenas-Monreal Luz, Hernández-Tezoquipa Isabel, Valdez-Santiago Rosario, Bonilla-Fernández Pastor. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. Salud pública Méx. 2004 Ago ; 46( 4 ): 326-332. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000400007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000400007&lng=es).
20. Secretaría de Salud. Guía de estilo de vida saludable en el trabajo C. H. 1a ed.-- Tegucigalpa, Honduras: [s. i]: [2016] 87 p. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1427525/guia\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludable\\_en\\_el\\_amb-18534.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1427525/guia_estilos_de_vida_saludable_en_el_amb-18534.pdf)
21. Haitung King, Health in the medical and other learned professions, Journal of Chronic Diseases. 1970. Volume 23, Issue 4,Pages 257-281,ISSN 0021-9681,
22. Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. Arch Fam Med. 2000 Mar;9(3):287-90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10728118/>
23. Lobelo, Felipe & Duperly, John & Frank, Erica. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counseling practices. British journal of sports medicine. 2008. 43. 89-92. 10.1136/bjism.2008.055426. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19019898/>
24. Frank E, Kunovich-Frieze T. Physicians' prevention counseling behaviors: current status and future directions. Prev Med. 1995 Nov;24(6):543-5. Disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8610075/>
25. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study.



Arch Fam Med. 2000 Apr;9(4):359-67. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10776365/>

26. Díaz-Campo García-Carpintero Yolanda, Díaz-Campo García-Carpintero Cristina, Puerma Castillo Carmen, Viedma Lloreda M<sup>a</sup> Nieves, Aulet Ruiz Alberto, Lázaro Merino Eloisa et al . La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos Áreas de Salud de Castilla-La Mancha. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2008 Jun; 2(4): 156-161. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2008000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000200004&lng=es)
27. Garg R, Agrawal P, Singh AP, Agrawal M, Gupta P. Glimpse into the Lifestyle of Doctors. J Midlife Health. 2022 Apr-Jun;13(2):115-120. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36276628/>
28. Aparicio Linares, Paula Lisbeth; Delgado Zavaleta, Rocio del Pilar, Lifestyle factors and the older biosocioculturales. Estate Casuarinas, Nuevo Chimbote, 2011. Revista Crescendo ; 2(1): 131-146, ene.-jun. 2011. Disponible en:  
[http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in\\_crescendo/v2n1/a8.pdf](http://repebis.upch.edu.pe/articulos/in_crescendo/v2n1/a8.pdf)
29. Bocanegra Ramírez R, correlación del estido de vida saludable con la felicidad en adultos mayores que asisten a un programa brondado por un centro asistencial de Lima – 2018. [Tesis de Licenciatura]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. Disponible en:  
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7732/Correlacion\\_BocanegraRamirez\\_Reina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7732/Correlacion_BocanegraRamirez_Reina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. Hurtado LA y Morales CA. Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital regional de Sonsonate. [Tesis de Posgrado] Facultad de

Medicina. Universidad de El Salvador. San Salvador-El Salvador. 2012. Disponible en: <https://www.scribd.com/document/137953296/Correlacion-entre-Estilos-de-Vida-y-la-Salud-de-los-Medicos-del-Hospital-Regional-de-Sonsonate>

31. Gladys I., Estilos de vida saludables y su Relación con el estado nutricional de los trabajadores del Centro de Salud de Maras, del distrito de Maras, provincia de Urubamba- Cusco, 2018. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/34442/ITUSACA\\_QG.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/34442/ITUSACA_QG.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
32. Aráuz-Hernández A. G, Guzmán-Padilla S, , Roselló-Araya M. La circunferencia abdominal como indicador de riesgo de enfermedad cardiovascular. Acta Médica Costarricense [Internet]. 2013;55(3):122-127. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43428797004>
33. Forero Torres AY, Forero Ballesteros LC, Mediciones de obesidad abdominal como predictores de riesgo metabólico en escolares y adolescentes, Colombia 2018. Revista Pediatría. 2020;53(4):131-137 Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://revistapediatria.org/rp/article/download/226/158/1910&ved=2ahUKEwiS9fbh1oSIAxWIDrkGHYKOB4sQFnoECBoQAQ&usg=AOvVaw2QG5-X62X8SIFvioxSNdia>
34. Obdulia C., Araya A. Diferencias entre mujeres menores y mayores de 75 años relacionadas con fragilidad multidimensional y calidad de vida. Santiago de Chile. 2021. Revista Gerokomos [Internet]. 2023;34(2):106-114. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v34n2/1134-928X-geroko-34-02-106.pdf>

35. Hernández Ruiz de Eguilaz M., Batlle M. A., Martínez de Morentin B., San-Cristóbal R., Pérez-Díez S., Navas-Carretero S. et al . Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2016;39(2):269-289. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000200009&lng=](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200009&lng=)
36. Más Sarabia Maheli, Alberti Vázquez Lizet, Espeso Nápoles Nelia. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Rev Hum Med* [Internet]. 2005 Ago [citado 2024 Ago 20]; 5( 2 ): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006&lng=es).
37. López C. Comportamiento humano y valores (Determinación y medición). *Omnia* [Internet]. 21 de julio de 2010; 4(1). Disponible en: <https://produccioncientificaluz.org/index.php/omnia/article/view/6997>
38. Rodríguez Méndez Mariela, Echemendía Tocabens Belkis. La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2011; 49( 1 ): 135-150. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000100015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000100015&lng=es).
39. González C, Cuadrado C. Interventions to reduce the impact of dual practice in the public health sector. [Internet]. *Revista Gerokomos* , Medwave Santiago de Chile., 2019;19(5):e7643. Disponible en: <https://www.medwave.cl/medios/medwave/Junio2019/PDF/medwave-2019-05-7643.pdf>

40. Ley N° 29783 Seguridad y Salud en el Trabajo. Diario Oficial El Peruano. Lima, Perú. 2011. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3728046/Ley%20N%C2%B0%2029783%2C%20Ley%20de%20Seguridad%20y%20Salud%20en%20el%20Trabajo.pdf?v=1669818007>
41. Isaac S., José C., Luís de L., Olga R., Hugo L., Ruy L., et al. Epidemiología, Diagnóstico, Control, Prevención y Tratamiento del Síndrome Metabólico en Adultos. Revista ALAD. [Internet] 2010. VOL. XVIII - N° 1. Disponible en: <https://www.revistaalad.com/pdfs/100125-44.pdf>
42. Hernández E., Alfonso N., Varela D., Acosta T., Lora F1, Rosero R. Percepción y actitudes acerca de la obesidad de los médicos en Colombia en el 2021: una encuesta nacional. REV ARGENT ENDOCRINOL METAB. Buenos Aires, Argentina. Vol.59 #3. 2022. Disponible en: [https://raem.org.ar/articulos\\_raem/percepcion-y-actitudes-acerca-de-la-obesidad-de-los-medicos-en-colombia-en-el-2021-una-encuesta-nacional/](https://raem.org.ar/articulos_raem/percepcion-y-actitudes-acerca-de-la-obesidad-de-los-medicos-en-colombia-en-el-2021-una-encuesta-nacional/)
43. Carlos C., María C., Eva C., Luis R. Sobrepeso y obesidad en personal médico en España; resultados del estudio ICARIA. Cartas científicas / Med Clin. Barcelona, España. 2012;139(2):84–87. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sobrepeso-obesidad-personal-medico-espana-S002577531101075X>

## VIII. TABLAS

**TABLA 1:** Clasificación según Índice de Masa Corporal,

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bajo peso	0	0,00%
Normal	69	33,33%
Sobrepeso	116	56,04%
Obesidad grado I	19	9,18%
Obesidad grado II	2	0,97%
Obesidad grado III (mórbida)	1	0,48%

**TABLA 2:** Participantes quienes obtuvieron un resultado indicativo de saludable en su estilo de vida, según la escala de estilos de vida elaborada por Nola Pender et. Al (1996) adaptado por Díaz, Márquez y Delgado (2008).

<b>Variable</b>	<b>Dimensión</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Estilo de vida saludable	Alimentación	77	37,20%
	Ejercicio y Actividad	85	41,06%
	Manejo del Estrés	106	51,21%
	Apoyo Interpersonal	140	67,63%
	Autorrealización	171	82,61%
	Responsabilidad en Salud	77	37,20%
Total saludables		81	39,13%
Total no saludables		126	60,87%

**TABLA 3:** Estilo de vida saludable/no saludable en médicos según su promedio en edad, peso, talla, índice de masa corporal y perímetro abdominal.

Variable	Estilo de vida saludable		Estilo de vida no saludable		P-value	IC95% (dif)
	Me	D.E	Me	D.E		
Edad	46,54	11,54	42,15	9,60	0,0034	4,392 (IC95% - 1,473 a 7,312)
Peso	73,64	12,15	73,31	13,54	0,8566	0,335 (IC95% - 3,319 a 3,989)
Talla	167,67	7,90	166,10	8,69	0,1921	1,563 (IC95% - 0,792 a 3,919)
IMC	26,12	3,52	26,40	3,36	0,5664	- 0,280 (IC95% - 1,240 a 0,681)
Perímetro abdominal (n=82)	89,32	11,48	89,32	16,16	0,9991	0,004 (IC95% - 7,114 a 7,122)

IMC: Índice de masa corporal

IC: Intervalo de confianza

dif: diferencia

**TABLA 4 :** Estilo de vida saludable/no saludable en médicos según su sexo y enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia y ninguna de las anteriores.

Variable	Estilo de vida saludable		Estilo de vida no saludable		P- valu e	IC95% (TRP)	
	n	% <sub>1</sub>	n	% <sub>2</sub>			
Sexo	Femenino (n=76)	27	33,33%	49	38,89%	0,41 84	0,862 (IC95% 0,598 a 1,242)
	Masculino (n=131)	54	66,67%	77	61,11%		
HTA (n=20)	11	13,58%	9	7,14%	0,12 60	1,469 (IC95% 0,949 a 2,276)	
DM 2 (n=6)	4	4,94%	2	1,59%	0,16 08	1,740 (IC95% 0,962 a 3,147)	
Dislipidemia (n=15)	10	12,35%	5	3,97%	0,02 33	1,803 (IC95% 1,205 a 2,697)	
Ninguna Enfermedad* (n=170)	59	72,84%	111	88,10%	0,00 52	0,584 (IC95% 0,417 a 0,817)	

HTA: Hipertensión arterial. DM 2: Diabetes mellitus tipo 2. \*: Médicos que no tienen diagnóstico de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y/o dislipidemia.

%<sub>1</sub>: Porcentaje del total de saludables. %<sub>2</sub>: Porcentaje del total de no saludables.

TRP: Tasa de razón de prevalencias.



**TABLA 5:** Estilo de vida saludable/no saludable en médicos según su especialidad

Variable	Estilo de vida saludable		Estilo de vida no saludable		p-value	IC95% (TRP)
	n	%	n	%		
Administración (n=6)	1	1,23%	5	3,97%	0,2526	0,419 (IC95% 0,069 a 2,526)
Cirugía (n=47)	15	18,52%	32	25,40%	0,2490	0,774 (IC95% 0,490 a 1,222)
Ginecología (n=26)	15	18,52%	11	8,73%	0,0381	1,582 (IC95% 1,081 a 2,316)
Medicina (n=73)	31	38,27%	42	33,33%	0,4680	1,138 (IC95% 0,806 a 1,608)
Patología (n=3)	1	1,23%	2	1,59%	0,8358	0,850 (IC95% 0,170 a 4,250)
Pediatría (n=43)	16	19,75%	27	21,43%	0,7718	0,939 (IC95% 0,610 a 1,446)
Radiología (n=4)	1	1,23%	3	2,38%	0,5587	0,634 (IC95% 0,115 a 3,493)
Rehabilitación (n=5)	1	1,23%	4	3,17%	0,3749	0,505 (IC95% 0,087 a 2,940)
TOTAL	81	100,00%	126	100,00%		

TRP: Tasa de razón de prevalencias

## ANEXOS

### ANEXO 1: Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Valor
Estilos de vida	Dependiente, continua discreta	Conjunto de comportamientos o actitudes determinados por sus aspectos personales que implementan en su vida cotidiana para mantener su	El estilo de vida se evalúa mediante las dimensiones de alimentación, actividad física, Manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y	Alimentación (Pregunta 1, 2, 3, 4, 5 y 6.)	Consumo de alimentos balanceados. Frecuencia de consumo de agua y comida. Limitación de consumo de comidas no saludables	1 = nunca 2 = Algunas veces 3 = Frecuentemente 4 = Siempre	Alimentación: Saludable (18 a 27) No saludable (6 a 17) Actividad física: Saludable (6 a 8) No saludable (2 a 5)

		salud y una buena calidad de vida	responsabilidad en salud	Actividad física (Preguntas 7 y 8)	Tiempo de actividad y ejercicio.	Excepto la pregunta 25 que se categoriza como: 1 = Siempre 2 = Frecuentemente 3 = Algunas veces	Manejo del estrés: Saludable (12 a 16) No saludable (4 a 11)
				Manejo del estrés (Preguntas 9, 10, 11 y 12)	Reconocimiento e identificación de fuentes de estrés. Toma de acción ante el estrés.		Apoyo interpersonal: Saludable (12 a 16) No saludable (4 a 11)

				<p>Apoyo interpersonal (Preguntas 13, 14, 15 y 16)</p>	<p>Relación con su entorno humano. Mantenimiento de buenas relaciones y comunicación con los demás.</p>	<p>4 = nunca</p>	<p>Autorrealización: Saludable (9 a 12) No saludable (3 a 8)  Responsabilidad en salud: Saludable (18 a 24)</p>
--	--	--	--	--	---	------------------	---

				<p>Autorrealización (Pregunta 17, 18, 19)</p>	<p>Satisfacción por aspiraciones y acciones personales. Accionar para su desarrollo personal,</p>		<p>No saludable (6 a 17)</p> <p>VALOR FINAL: No saludable 25-74 ptos Saludable 75-100 ptos</p>
--	--	--	--	---	---	--	--

				Responsabilidad en salud (Pregunta 20, 21, 22, 23 ,24, 25)	Asistencias a revisiones médicas. Toma de recomendaciones medicamentos prescritos y por el médico. Participación de actividades en salud. Consumo de sustancias nocivas para la salud.		
--	--	--	--	---	---	--	--

Edad	Independiente, continua discreta	Número de años vivido desde su nacimiento	Valor sacado de la ficha de encuesta	-	-	-	Edad en años
Sexo	Independiente, categórica dicotómica	Conjunto de características físicas que diferencian al hombre y a la mujer	Valor sacado de la ficha de encuesta	-	-	-	Masculino Femenino

<p>Tipo de Especialidad médica</p>	<p>Independiente, categórica Politómica nominal</p>	<p>Clasificación de tipos de especialidades que diferencian los actos médicos según su tipo de intervención</p>	<p>Valor sacado de la ficha de encuesta</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medicina</li> <li>- Cirugía</li> <li>- Pediatría,</li> <li>- Ginecología</li> <li>- Administración y gerencia</li> <li>- Radiología</li> <li>- Patología</li> <li>- Rehabilitación</li> </ul>
------------------------------------	---	---	---	----------	----------	----------	--



Índice de Masa Corporal	Variable continua de razón	Valor matemático que asocia el peso con la talla de un individuo	Valor que se obtiene de la medición del peso y la talla de la siguiente manera: peso sobre talla al cuadrado	-	-	-	Índice en kg/m <sup>2</sup>
-------------------------	----------------------------	--	--	---	---	---	-----------------------------

Perímetro abdominal	Variable continua de razón	Medición que refleja el nivel de tejido graso en el abdomen.	Valor obtenido tras la medición en centímetros de la circunferencia del abdomen, a nivel del ombligo	-	-	-	Perímetro en centímetros
---------------------	----------------------------	--	--	---	---	---	--------------------------

Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2	Independiente, categórica dicotómica	Presencia o no de la enfermedad de Diabetes Mellitus tipo 2 (CIE 10: E11.9) como parte de su historial de salud y confirmado por su médico	Valor sacado de la ficha de encuesta	-	-	-	Sí No
---	--------------------------------------	--	--------------------------------------	---	---	---	----------

<p>Diagnóstico de Dislipidemia</p>	<p>Independiente, categórica dicotómica</p>	<p>Presencia o no de la enfermedad de Dislipidemia (CIE 10: E78.5) como parte de su historial de salud y confirmado por su médico</p>	<p>Valor sacado de la ficha de encuesta</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>Sí No</p>
------------------------------------	---	---	---	----------	----------	----------	------------------

Diagnóstico de Hipertensión arterial	Independiente, categórica dicotómica	Presencia o no de la enfermedad de Hipertensión arterial (CIE 10: I10) como parte de su historial de salud y confirmado por su médico	Valor sacado de la ficha de encuesta	-	-	-	-Sí -No
--------------------------------------	--------------------------------------	---	--------------------------------------	---	---	---	------------



N=NUNCA

AV=A VECES

F=FRECUEMENTEMENTE

S=SIEMPRE

Nº	ENUNCIADO	N	AV	F	S
<b>ALIMENTACIÓN</b>					
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno almuerzo y comida.	N	AV	F	S
2	Consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	AV	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	N	AV	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	AV	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	AV	F	S
6	Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	AV	F	S
<b>ACTIVIDAD Y EJERCICIO</b>					
7	Hace Ud. ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	AV	F	S
8	Realiza en su día actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	AV	F	S
<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>					
9	Identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	AV	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	N	AV	F	S
11	Plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.	N	AV	F	S
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	AV	F	S
<b>APOYO INTERPERSONAL</b>					
13	Se relaciona con los demás.	N	AV	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	N	AV	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	AV	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	AV	F	S
<b>AUTORREALIZACIÓN</b>					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	AV	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	N	AV	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	AV	F	S
<b>RESPONSABILIDAD EN SALUD</b>					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	AV	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	N	AV	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico.	N	AV	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	AV	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	AV	F	S
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	AV	F	S