



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**“Elaboración y validación de una escala de estilos  
de vida saludable en trabajadores de salud en un  
hospital público de tercer nivel, Lima-Perú, 2020”**

*Elaboration and validation of a healthy lifestyle scale in health  
workers of a third level public hospital in Lima-Peru, 2020*

**Autores:**

Cárdenas Mamani, Carolina Joana

Flores Cayro, Cristian Alexander José

Sánchez León, Nelly Elizabeth

**Asesores:**

Dra. Frine Samalvides Cuba

Dr. Leandro Huayanay Falconi

**LIMA, PERÚ**

**2020**



## **JURADO**

**COORDINADOR: DR. LESLIE SOTO ARQUÍÑIGO**

**PROFESORA CALIFICADORA: DRA. NATALÍ LEIVA REYES**

**PROFESORA CALIFICADORA: DRA. OMayra ChINCHA LINO**

**ASESORES DE TRABAJO DE TESIS**

DRA. FRINE SAMALVIDES CUBA

DR. LEANDRO HUAYANAY FALCONI

## **DEDICATORIA**

“A mi familia por su apoyo incondicional”

Cristian Flores

“A Dios por iluminarme y dar sabiduría a mi vida; a mi madre por su apoyo, amor incondicional y todo el esfuerzo realizado. A mis amigos, a Ricardo por su compañía, apoyo y ayuda; a Alejandra por hacer más llevadero todo este proceso y en especial a mis queridos Nelly y Cristian, sin ellos esto no sería posible”

Carolina Cárdenas

“A Dios por iluminar mi vida y llenarla de bendiciones; a mis padres por el amor, las enseñanzas y todo el esfuerzo que realizan día a día para poder estar ahora yo aquí cumpliendo cada una de mis metas; a mi familia y amigos por acompañarme a lo largo de mi camino en las buenas y en las malas, motivándome siempre en cada caída a levantarme y seguir adelante; y en especial a Carolina y Cristian, ya que sin ellos estos 7 años no hubieran sido los mismos y este logro no se hubiera concretado”

Nelly Sánchez

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestros asesores, la Dra. Frine Salmavides, por siempre confiar en nosotros, motivarnos y guiarnos en este camino; al Dr. Leandro Huayanay por ayudarnos y guiarnos en la parte metodológica de este trabajo. También a los doctores que formaron parte de nuestro “Juicio de expertos”, gracias por compartir sus conocimientos con nosotros, ayudarnos a tener un juicio más crítico y analítico. Por último, un especial agradecimiento al Dr. Málaga por darnos los esbozos de lo que sería a futuro este trabajo.

## **FINANCIAMIENTO**

Este trabajo fue autofinanciado.

## **DECLARACIÓN DE AUTORES**

Este trabajo de investigación no presenta conflicto de interés. Fue elaborado con la finalidad de obtener el título profesional para el grado de Médico Cirujano. Es de carácter original, no presenta plagio de ningún tipo.

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	Pág 01
Materiales y Métodos.....	Pág 06
Resultados.....	Pág 15
Discusión.....	Pág 17
Conclusiones.....	Pág 21
Referencias Bibliográficas... ..	Pág 22
Tablas.....	Pág 26

## RESUMEN

**Introducción:** La práctica de estilos de vida saludable tiene múltiples beneficios, tener una dieta saludable, no consumir ni estar expuesto al tabaco, reducir el consumo de alcohol, dormir entre 6 a 8 horas, disminuir de peso si es diagnosticado de sobrepeso u obesidad, se asocian a una disminución del riesgo de síndrome metabólico, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular. Los instrumentos para medir estilos de vida saludable en población adulta no son aplicados en trabajadores de salud, por lo que se decidió la elaboración y validación de una escala que mida los estilos de vida saludable en trabajadores de salud, por ser una población vulnerable y menos estudiada.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de tipo cuali-cuantitativo, que consta de dos fases. **En la primera fase** se llevó a cabo la elaboración de la escala considerando las últimas recomendaciones de guías clínicas sobre EVS considerando 6 parámetros (obesidad, dieta, actividad física, tabaco, alcohol y sueño). **En la segunda fase** se llevó a cabo los análisis de validación y fiabilidad de dicha escala teniendo en cuenta los resultados obtenidos de una muestra de 180 trabajadores de salud, en el que se excluyó a los médicos residentes y trabajadores de salud con limitaciones para realizar actividad física.

**Resultados:** La edad media de los participantes fue de 37.75 años, la mayor parte de entrevistados fueron médicos siendo un 39.4%, así como la mayoría de sexo femenino siendo un 66.1%. La mayoría de participantes presentó un IMC entre 18.5 a 24.9. Se realizó una validez lógica y validez de contenido a través de un juicio de expertos. El análisis de fiabilidad se evaluó mediante la medición del Alfa de Cronbach en el que se obtuvo un valor de 0.72, resultado consistente con los trabajos de validación de estilos de vida saludable. La validez de constructo fue evaluada mediante un análisis factorial exploratorio, así como se realizaron rotaciones ortogonales y oblicuas con el criterio de rotación varimax, los ítems presentaron cargas factoriales mayores a 0.3 y se agruparon en 5 factores, lo cual es aceptado para determinar el constructo de la escala.



***Conclusiones:*** La escala elaborada de estilos de vida saludable cumple con los criterios de validez y fiabilidad para determinar los estilos de vida saludable en trabajadores de salud.

***Palabras Claves:*** Estilos de vida saludable, validación de escala, Trabajadores de salud.

## ABSTRACT

**Background:** The practice of healthy lifestyles(HLS) has multiple benefits, having a healthy diet, do not consume or be exposed to tobacco, reduce alcohol consumption, sleep between 6 to 8 hours, lose weight if you are diagnosed as overweight or obese, they are associated with a decreased risk of metabolic syndrome, diabetes mellitus, high blood pressure and cardiovascular disease. The instruments to measure healthy lifestyles in the adult population are not applied in health workers, so it was decided to develop and validate a scale that measures healthy lifestyles in health workers, as it is a vulnerable population and less studied.

**Materials and methods:** A qualitative-quantitative study was carried out, consisting of two phases. In the first phase, the elaboration of the scale was carried out considering the latest recommendations of clinical guidelines on HLS considering 6 parameters (obesity, diet, physical activity, tobacco, alcohol and sleep). In the second phase, the validation and reliability analyzes of this scale were carried out, taking into account the results obtained from a sample of 180 health workers, in which resident physicians and health workers with limitations to perform the physical activity were excluded.

**Results:** The mean age of the participants was 37.75 years, most of the interviewees were doctors, being 39.4%, as well as the majority of women, being 66.1%. Most participants presented a BMI between 18.5 to 24.9. A logical validity and content validity was performed through expert judgment. The reliability analysis was evaluated by means of the Cronbach's Alpha in which a value of 0.72 was obtained, a result consistent with the validation work on healthy lifestyles. Construct validity was evaluated by means of an exploratory factor analysis, as well as orthogonal and oblique rotations were carried out with the varimax rotation criterion, the items had factor loads greater than 0.3 and were grouped into 5 factors, which is accepted to determine the construct of the scale.

**Conclusion:** The elaborated scale of healthy lifestyles meets the validity and reliability criteria to determine healthy lifestyles in health workers.

**Keywords:** Health workers, Healthy lifestyle scale.

## INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida saludable (EVS) han demostrado que previenen futuras enfermedades coronarias. En los actuales estudios realizados se define como EVS realizar actividad física, no fumar, mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 – 25kg/m<sup>2</sup>, consumo de alcohol moderado y dieta saludable (1). Así mismo dormir 8 horas al día se ha relacionado con menor riesgo de enfermedad coronaria y diabetes mellitus (DM) (2).

Se considera que los adultos diagnosticados con obesidad o sobrepeso tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. "The Obesity Society" recomienda que las personas con obesidad y sobrepeso deben participar en programas de estilo de vida saludables en un periodo de 6 meses a más. Una pérdida de peso del 5% del peso inicial o más, está relacionado a una disminución del riesgo de morbilidad y mortalidad (4).

La dieta saludable es aquella que satisface las necesidades de energéticas y nutricionales de una persona. Se ha observado que adultos que llevan una nutrición saludable, que esté basada a predominio de vegetales, en frutas, reemplazo de la proteína animal con proteína vegetal, dietas bajas en carbohidratos, disminución de bebidas azucaradas y endulzadas artificialmente; presentan una reducción importante en el riesgo de morbilidad y mortalidad de la enfermedad cardiovascular, ayudando también a reducir el índice de obesidad, dislipidemias, síndrome metabólico, DM e HTA (4).

Realizar actividad física posee múltiples beneficios para la salud en todas las edades, de acuerdo a la guía de la "American College of Cardiology/American Heart

Association” (ACC/AHA), “Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease” del 2019, en todos los adultos se sugiere realizar un mínimo 150 minutos por semana (30 minutos por día, 5 días a la semana) de actividad física de intensidad moderada acumulada o un mínimo de 75 minutos por semana de actividad física de intensidad moderada a vigorosa o una combinación de ambas; sin embargo en personas con vida sedentaria que recién estén iniciando rutinas de actividad física a una intensidad y duraciones más bajas. Las definiciones de actividad física moderada y vigorosa dependen de la condición de cada persona y su percepción del esfuerzo físico. Utilizando una escala del 0 a 10, considerado 0 el esfuerzo realizado al sentarse, y considerando 10 el esfuerzo máximo posible, la actividad física moderada se define entre 5 y 6, esta produce un incremento en la respiración y la frecuencia cardiaca, 7 y 8 indican una actividad física vigorosa (17).

El tabaco aumenta la incidencia de infarto de miocardio, así mismo ejerce una significativa sinergia con el resto de factores de riesgo coronarios, a parte de su efecto nocivo (3). La guía publicada por la ACC/AHA en el 2019, indica que el fumar cigarrillos sigue siendo un factor de riesgo muy fuerte para aumentar los eventos de enfermedad vascular arterioesclerótica y muerte prematura.

En un estudio se estima que en el 2015 un total de 54301 muertes causadas son asociadas al tabaquismo, de las cuales el 31% son atribuibles al tabaquismo propio, el 17% de las muertes por enfermedad cardiovasculares y el 17% de las muertes producidas por ACV pueden atribuirse al tabaquismo (7). En un metanálisis de 141 estudios de cohortes se compararon fumadores ligeros (1 a 5 cigarrillos por día) y quienes fuman 20 cigarrillos por día con el riesgo de desarrollar enfermedad

coronaria e infarto agudo de miocardio, se concluyó que fumar 1 cigarrillo diario tiene un riesgo alrededor de la mitad de desarrollar enfermedad coronaria e infarto agudo de miocardio en comparación a quienes fuman 20 cigarrillos, con lo cual se evidencia que no existe una cantidad mínima de cigarrillos para prevenir enfermedad cardiovascular (8).

El consumo excesivo de alcohol tiene efectos nocivos en la salud de la población; sin embargo, los estudios sugieren que el consumo moderado de alcohol incrementa las concentraciones de lipoproteínas de alta densidad (HDL), concluyendo así que un consumo moderado y no excesivo de alcohol en las personas tendría un efecto cardioprotector (14). La ingesta moderada de alcohol se define como un consumo de 5-15 g/día en mujeres y 5-30g/día en hombres; sin embargo, también se define como tomar una bebida por día en mujeres y hasta dos bebidas por día en hombres (15), considerando que una bebida estándar contiene aproximadamente 10g de alcohol etílico puro (16).

Los resultados de estudio "Coronary Artery Risk Development in Young Adults" (CARDIA) probaron que la privación de sueño está asociado a calcificaciones arteriales coronarias, como precursor de enfermedad coronaria (11). En un estudio prospectivo en mujeres se demostró un aumento del riesgo relativo en quienes dormían menos de 8 horas, siendo 5 o menos quienes tenían mayor riesgo de enfermedad coronaria (12).

En un estudio realizado en Arabia Saudita se evaluaron los EVS tales como no fumar, actividad física, dieta e IMC, donde se concluye que los trabajadores de

salud no realizaban EVS, lo cual significaba que, a pesar de tener conocimiento de los EVS, esto no aseguraba que se realice la práctica de estos (19).

Uno de los primeros instrumentos para medir EVS es el "Inventario de Conductas de Salud en escolares" diseñado por Wold en 1995 y posteriormente traducido al castellano por Balaguer (1999), este cuestionario a través de 29 preguntas trata de evaluar la actividad física, consumo de tabaco, alimentación, alcohol y drogas, educación sexual e higiene personal, en una población de adolescentes; sin embargo, no evalúa las horas de sueño como EVS y no se aplica en adultos o en trabajadores de salud (21). Otro instrumento encontrado, fue el cuestionario ESVISAUN (Benassar, 2012), que contiene 92 preguntas donde se evalúan los componentes: calidad de vida, horas de sueño, consumo de tabaco , IMC, actividad física, hábitos alimenticios, consumo de alcohol y uso de sustancias , fue aplicado en una población de estudiantes universitarios (22). Ambos estudios descritos anteriormente tienen como objetivo principal identificar a través de instrumentos tipo cuestionarios hábitos saludables y problemas de salud en poblaciones de escolares y universitarios, para así poder realizar intervenciones para la promoción de salud en población joven.

A través de una búsqueda sistemática basada en evidencia científica se encontraron estudios en los que utilizan diferentes escalas (cuestionarios) para cada parámetro, más no utilizan una sola escala que pueda evaluar los 6 parámetros en conjunto (obesidad, dieta, actividad física, tabaco, alcohol y sueño). Las escalas que incluyen varios de estos parámetros contienen más de 90 preguntas, además son creados para población adolescente y universitaria. El presente estudio vio apropiado tomar

como población de estudio a los trabajadores de salud, ya que muchos de estos a pesar de tener los conocimientos suficientes sobre los beneficios de llevar un adecuado EVS y de trabajar a diario directamente con pacientes a los cuales muchas veces tienen que recomendar la práctica de EVS para que puedan mejorar su salud.

Las preguntas de esta escala, fueron elaboradas por los investigadores teniendo en cuenta las recomendaciones actuales de diversas guías clínicas sobre la práctica de EVS y los múltiples beneficios observados en las personas, las preguntas de esta escala creada no fueron extraídas ni adaptadas de otros cuestionarios.

### **Objetivos:**

#### **Objetivo General:**

- Elaborar y validar una escala que permita evaluar los estilos de vida saludable en trabajadores de Salud (médicos, enfermeras y personal técnico) de un Hospital de nivel III-1 en Lima, Perú 2020.

#### **Objetivo específico:**

- Describir las características sociodemográficas y antropométricas en Trabajadores de Salud (médicos, enfermeras y personal técnico) de un Hospital Nacional de nivel III-1 en Lima, Perú 2020.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio:**

Se realizó un estudio de tipo cuali-cuantitativo, el cual presenta dos fases. **La primera fase** es la parte cualitativa, en la cual se llevó a cabo la elaboración de una escala de medición de EVS que consideró 6 parámetros (obesidad, dieta, actividad física, tabaco, alcohol y sueño) los cuales fueron obtenidos mediante la búsqueda basada en evidencia científica y la recomendación de las últimas guías clínicas. **La segunda fase** es la parte cuantitativa, donde la escala elaborada en la primera fase fue sometida a validación a través de un juicio de expertos y aplicando la escala a 30 trabajadores de salud de un Hospital Nacional de nivel III-1 en Lima, Perú, con lo que se obtuvo las observaciones y recomendaciones para realizar las modificaciones correspondientes y obtener así la versión final de la escala, con la cual se realizó una prueba piloto en 180 trabajadores de salud, y los resultados obtenidos sirvieron para determinar la fiabilidad del estudio a través del Alfa de Cronbach y el coeficiente de Kuder-Richardson, luego se realizó la validación del constructo mediante la realización de un análisis factorial exploratorio.

### **Población:**

Se tomó como población de referencia a los Trabajadores de Salud (médicos, enfermeras y personal técnico) de un hospital de nivel III-1 en Lima, Perú. La “población blanco” fueron los trabajadores de salud que laboren en un hospital de nivel III-1. La “población de estudio” fueron los trabajadores de salud que laboren en un hospital de nivel III-1 en el año 2020.



**Para la segunda fase en la realización de la prueba piloto se tomará:**

- **Muestra:**

Se realizó un muestreo no probabilístico (Muestreo por conveniencia). La escala en su versión final contiene 18 ítems y se requiere que participen 10 personas por ítem para tener una buena fiabilidad, por lo que se decidió encuestar 180 trabajadores de salud.

- **Criterios de inclusión:**

Trabajadores de Salud (médicos, enfermeras y personal técnico) que figuren en la nómina, nombrados y contratados de un Hospital de nivel III-1 con edades comprendidas entre 18 y 65 años, y haber firmado el consentimiento informado (Anexo 3).

- **Criterios de exclusión:**

Médicos que se encuentren realizando el residency médico en un el Hospital de nivel III-1 y trabajadores de salud que presenten alguna enfermedad del sistema locomotor, óseo o nervioso que limite realizar ejercicio físico.

**Definición operacional de variables:**

**Variable Dependiente:**

- **Índice de masa corporal (IMC):** El IMC indica la relación entre peso y talla, el cual se calcula dividiendo el peso de una persona, en kilos, por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ ). Esta variable será calculada por los investigadores, con los datos antropométricos medidos por ellos mismos. Para determinar obesidad o sobrepeso se tendrán en cuenta los rangos establecidos por la OMS, serán diagnosticados con obesidad si los participantes tienen un

IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> y con sobrepeso si tienen un IMC entre 25 a 29.9 kg/ m<sup>2</sup>, los participantes que no tengan estos diagnósticos serán considerados como de bajo riesgo.

- **Dieta:** Conjunto de sustancias alimenticias que un ser vivo consume habitualmente. Para un bajo riesgo se considera una dieta en base de vegetales, frutas, frutos secos, pescado, disminución de bebidas azucaradas, evitar el consumo de carnes procesadas y disminución de carbohidratos refinados.
- **Actividad física:** Cualquier movimiento corporal que exija un gasto de energía. En actividad física serán considerados de bajo riesgo quienes realicen 150 minutos o más de actividad física moderada o 75 minutos o más de actividad física vigorosa por semana.
- **Alcohol étílico:** Es un líquido claro, sin color e inflamable, se obtiene por destilación de sustancias con azúcar, forma parte de diversas bebidas tales como cerveza, pisco, vino, etc. Seguiremos las recomendaciones actuales de la AHA de que los adultos deben limitar su consumo de alcohol de 1 a 2 bebidas al día en varones y de 1 bebida al día en mujeres, considerando que 1 “bebida” equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1,5 onzas de licores destilados (20). Sin embargo el consumo de alcohol se considerará como bajo riesgo a quienes no consuman bebidas alcohólicas.
- **Fumar:** Acto de inhalar y exhalar el humo producido por la combustión del tabaco o de otra sustancia herbácea preparada en forma de cigarro, cigarrillo o pipa. El tabaco aumenta la incidencia de infarto de miocardio así mismo ejerce una significativa sinergia con el resto de factores de riesgo coronarios, a parte

de su efecto nocivo. En este estudio se considerará como estilos de vida saludable a quienes no sean fumadores o no estén expuesto al humo de tabaco.

- **Sueño:** Estado de reposo en el que se encuentra la persona que está durmiendo. En este trabajo se considerará igual las horas de sueño por las noches en días de semana como en días de fines de semana; del mismo modo se considerará como bajo riesgo quienes duermen de 6 a 8 horas continuas por las noches, sin incluir las horas de siesta ni horas dormidas durante el día; y como alto riesgo a quienes duermen menos de 5 horas o más de 8 horas continuas por las noches.

#### **Variable Independiente:**

- **Sexo:** Condición fisiológica que distingue a los hombres de las mujeres.
- **Trabajador de salud:** Se refiere a quienes que proveen cuidados de la salud mediante experiencia y un entrenamiento formal. Se considerarán a los trabajadores de salud: Médicos, enfermeras y personal técnico.
- **Edad:** Números de años cumplidos según fecha de nacimiento.
- **Peso:** Medida de los cuerpos en kilogramos. En el presente estudio esta variable antropométrica será registrada por los investigadores con la ayuda de una báscula digital calibrada.
- **Talla:** Altura de una persona medida en metros. En el presente estudio esta variable antropométrica será registrada por los investigadores con un tallímetro de pared.
- **Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene pareja o no y su situación legal respecto a esto.
- **Número de hijos:** Número total de hijos nacidos vivos.

### **Plan de análisis:**

Los resultados obtenidos tras aplicar la escala en su versión final a 180 trabajadores de salud, fueron introducidos en una base de datos almacenada en un documento de Microsoft Office Excel 2016 y para el análisis estadístico se utilizó el software STATA versión 2018. Se realizarán las fases de validación.

### **Validez**

Donde se determinará la capacidad de la escala de medir el constructo para el cual ha sido elaborado, es decir evaluar estilos de vida saludable. Para esto evaluaremos:

- **Validez lógica:** Se refiere a que la escala mida de forma lógica lo que quiere medir, es decir que haya una relación coherente entre las preguntas formuladas en la escala con el objetivo para la cual fue elaborada. Para esto la escala elaborada fue presentada a un comité de juicio de expertos y aplicada luego en 30 trabajadores de salud, con lo cual se obtuvo las observaciones y recomendaciones para poder realizar las modificaciones correspondientes y así obtener la escala en su versión final.
- **Validez de contenido:** Consiste en que los ítems de la escala puedan medir todas las dimensiones relacionadas con el constructo que se desea estudiar, es decir que los ítems sean una muestra representativa de lo que se desea medir o determinar. Para esto se tuvo en cuenta los razonamientos realizados por el comité de juicios de expertos y los comentarios de los participantes en la prueba piloto.

- **Validez de constructo:** Se obtendrá mediante el análisis factorial exploratorio, al tener una escala de variables dicotómicas se utilizó el análisis tetracórico a fin de hallar la correlación dominio-total.

### **Fiabilidad**

La fiabilidad es el grado en la que una escala sea capaz de medir sin errores y esto se puede evaluar estimando la consistencia interna del constructo que no es más que el grado de coherencia e interrelación de los ítems, para esto fue necesario los resultados obtenidos en la prueba piloto que se tomó a 180 trabajadores de salud y mediante los cuales se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach, que nos permite calcular el nivel de fiabilidad de una escala mediante la media ponderal de las correlaciones entre los ítems de la escala, este coeficiente considera que valores alfa por encima a 0.7 garantizan la consistencia interna de la escala. Al tener una escala dicotómica también se calculará el coeficiente de Kurder-Richarson (KR-20).

### **Aspectos éticos:**

El protocolo fue presentado a las instancias correspondientes de la Facultad de Medicina, fue aprobado por el Comité Institucional de Ética e Investigación, para seres humanos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Comité de Ética en investigación del Hospital Cayetano Heredia. Se solicitó firma del Consentimiento Informado a todos los trabajadores de salud que participaron en el presente estudio. El equipo de investigación fue el único que tuvo acceso a los datos de la información obtenida. Los datos fueron anonimizados, ya que se trabajarán con códigos. El personal de salud que participó en la segunda fase será informado

de los resultados de manera privada y personal, para después sea derivado a las especialidades correspondientes dentro del mismo hospital.

### **Procedimiento:**

A continuación detallaremos las fases por las que se llevó a cabo la elaboración y validación de la escala que evaluará los estilos de vida saludable en trabajadores de salud.

#### **Primera fase:**

La primera fase es la etapa cualitativa en la que se tuvo como objetivo elaborar una escala que nos permita evaluar estilos de vida saludable, para lo cual los investigadores realizaron primero una búsqueda sistemática sobre las últimas recomendaciones de la guía del 2019 de la ACC/AHA, que fue la que se tuvo en cuenta para la elaboración de preguntas de obesidad, dieta, actividad física, fumar y consumo de alcohol. Para la elaboración de preguntas de sueño se tomó en cuenta la recomendación de la guía ACC/AHA y también el estudio del 2003 “A Prospective Study of Sleep Duration and Coronary Heart Disease in Women”. Luego se procedió a la elaboración de la primera versión de la escala de estilos de vida saludable que contenía inicialmente 22 ítems o preguntas que consideraban los 6 parámetros de EVS que hemos definido anteriormente: obesidad, dieta, actividad física, fumar, consumo de alcohol y sueño. Esta escala en su primera versión poseía preguntas de opción múltiple y fue diseñada para ser autoaplicable. La puntuación del cuestionario está determinada entre establecer un vínculo de correspondencia entre los elementos evaluados y el sistema de números reales, siendo los números reales comprendidos entre 0 y todos los demás valores numéricos. (26).

Se elaboró una ficha de recolección de características sociodemográficos y antropométricos (**Anexo 1**), la cual se llenará en base a la encuesta que responderán los participantes y a las mediciones de los datos antropométricos (peso y talla) que será realizado por los investigadores, con la ayuda de una báscula digital calibrada y un tallímetro.

### **Segunda fase:**

La segunda fase corresponde a la etapa cuantitativa del estudio en la que se realizará la validez de juicio de expertos y el análisis de fiabilidad.

#### **- Validez de Juicio de Expertos:**

La versión inicial de la escala elaborada por los investigadores, la cual contenía 22 ítems, fue sometida a un proceso de validación de contenido y validez lógica a través de juicio de expertos. Para el juicio de expertos se seleccionaron 6 participantes todos ellos docentes universitarios y profesionales con experiencia en el área de investigación, entre ellos un médico cardiólogo, un médico endocrinólogo, dos médicos internistas, un médico experto en metodología, un lingüista para considerar sus aportes y sugerencias en el diseño del instrumento. Los investigadores hicieron llegar de forma presencial a cada experto una carta de presentación y la versión inicial de la escala con 22 ítems, la cual contenía los espacios correspondientes para que cada experto pueda expresar sus opiniones u observaciones que considerara oportunas en cuanto a la validez de contenido y lógica de la escala. Es así que cada experto valoró la claridad, la necesidad y adecuación de cada ítem en la escala elaborada para poder evaluar los estilos de vida saludable en trabajadores de salud.

Con los resultados obtenidos de la valoración de expertos, se procedió a realizar las modificaciones de los ítems, se decidió eliminar algunos que redundaban o se consideraron que no medían el dominio correspondiente, y se formularon nuevas preguntas que midan el dominio correspondiente. De esta manera la escala quedó conformada por 22 ítems, algunas preguntas de opción múltiple y otras preguntas dicotómicas.

Luego la escala fue sometida a una prueba piloto, donde se decidió encuestar 30 trabajadores de salud de un Hospital de nivel III-1, Lima- Perú, 2020, tras lo cual se evaluó nuevamente el instrumento, reestructurando algunas preguntas que causaron dificultad de comprensión a los encuestados, luego pasó por un segundo juicio de expertos (1 médico cardiólogo, 1 médico endocrinólogo, 1 médico metodólogo) con lo que se logró completar las modificaciones pertinentes y obtener así la versión final de la escala (**Anexo 2**), la cual consta de 18 ítems repartidos en 6 dominios (Dieta, obesidad, sueño, alcohol, tabaco y actividad física), siendo esta, la versión final de la escala, la que se aplicó en 180 trabajadores de salud de un Hospital de nivel III-1, Lima-Perú.



## **RESULTADOS**

La edad media de los participantes fue de 37.75 (DE = 10.71, Min: 19 Max: 69).

La mayor parte de entrevistados fueron médicos siendo un 39.4% (n=180) así como la mayoría fueron de sexo femenino siendo un 66.1 % (n=180). La mayoría de participantes presentó un IMC entre 18.5 a 24.9 siendo un 46.1 % (**Tabla 1**).

### **Análisis de fiabilidad:**

La fiabilidad del instrumento se evaluó mediante la medición del Alpha de Cronbach (**Tabla 2**), en el que se obtuvo un valor de 0.72, el cual garantiza la consistencia interna de la escala al obtener un valor alfa mayor a 0.7, esto nos muestra que los ítems de la escala presentan una homogeneidad para medir un constructo. También se calculó el coeficiente de Kuder-Richardson (KR20) (**Tabla 3**), el cual es utilizado para instrumentos con respuestas dicotómicas. El resultado fue de 0.67, obteniéndose un valor inferior al límite aceptado de 0.7, pero muy cercano a este lo que nos garantizaría también la consistencia interna de la escala.

### **Validez de constructo:**

Para realizar la validez de constructo se analiza la dimensionalidad de la escala y para ello se realizó un análisis factorial exploratorio, con correlaciones tetracóricas, Así mismo para estimar las cargas factoriales se realizó un análisis de componentes principales de las matrices así como también se realizaron rotaciones ortogonales y oblicuas con el criterio de rotación varimax. Tras ello se realizó el procedimiento final en el que se agruparon los ítems en 5 factores (**Tabla 4**).

El análisis factorial sugiere que los ítems presentan un valor adecuado de la carga factorial del ítem sobre el factor, presentando valores mayores al límite aceptado de 0.3 (27). El análisis tetracórico agrupó las variables en 5 Factores. El Factor 1 incluye la mayor parte de los ítems del 1 al 10, excepto el ítem 4 (Referente a si el participante consume semillas, frutos secos o legumbres), este factor corresponde al Dominio de "Dieta". El Factor 2 involucra las ítems 11, 12, 13, lo que se relaciona con los dominios de Alcohol y tabaco. El Factor 3 incluye los ítems 14, 15 y 16 que corresponden al dominio de Actividad física y Obesidad. El Factor 4 agrupa los ítems 7, 9 y 11, los 2 primeros pertenecen al Dominio de Dieta y el último a Alcohol. Por último el Factor 5 abarca diversos ítems 4, 6 y 10, que se relacionan con el dominio Dieta.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo la elaboración y validación de una escala de estilos de vida saludable, la escala cuenta con múltiples dimensiones y se aplicó en el contexto de nuestro país en trabajadores de salud. Para ello se determinó la fiabilidad del instrumento, se realizó una validez a través de juicio de expertos y una validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio.

Con lo que respecta a la validez lógica o aparente, la escala fue evaluada en un juicio de expertos, cuyas observaciones y recomendaciones se tuvieron en cuenta para realizar las modificaciones correspondientes, formulando nuevas preguntas, eliminando preguntas que se consideraron innecesarias, y mejorando la redacción de algunas otras con el fin de facilitar la comprensión de la escala a los participantes.

Se determinó la fiabilidad del instrumento mediante la determinación de la consistencia interna a través del cálculo del Alfa de Cronbach, el cual permite determinar el grado de correlación y coherencia de los ítems, midiendo si los ítems presentan homogeneidad entre ellos, al obtenerse un resultado del cálculo del Alfa de Cronbach de 0.72, siendo mayor a 0.7, el cual demuestra la fiabilidad de la escala. Sin embargo, el coeficiente Kuder Richardson (K-20) presenta un resultado de 0.67, levemente inferior al límite aceptado (0.7), este resultado puede ser explicado debido a la homogeneidad en la muestra, al ser aplicada en trabajadores de salud los cuales en su mayoría presentan similar carga laboral y estilos de vida, ya que mientras más heterogénea sea la muestra un instrumento presenta mayor fiabilidad. El tamaño de la muestra ( $n=180$ ), teniendo en cuenta el número de ítems

de la versión final de la escala (18 ítems), es otra prueba que nos permite afianzar la fiabilidad de esta escala.

El resultado del Alfa de Cronbach (0.72) es consistente con otros trabajos de validación de estilos de vida saludable, Santiago-Bazan elaboraron un instrumento que media estilos de vida saludable, el cual presentó un valor de 0.81 (28). Así mismo el instrumento “Fantástico” validado en el 2015, presentó un Alfa de Cronbach similar, con un resultado de 0.77 (29).

Se determinó la validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio en base a la matriz de correlaciones tetracóricas de los ítems, el cual determinó que las cargas factorial de los ítems son mayores a 0.3, lo cual es lo aceptado para determinar el constructo de la escala (27).

El signo de las cargas factoriales en la teoría representa la forma en que el ítem está relacionado al factor, si el ítem se relaciona negativamente al factor entonces se muestra una carga factorial negativa, si el ítem se relaciona positivamente entonces se mostrara una carga negativa. El valor absoluto de las cargas factoriales debe ser mayor a 0.3 para que se considere que mide el constructo de la escala.

En la tabla 4 se muestra que los ítems 4,17 y 18 presentan cargas negativas; sin embargo previamente los datos de estos ítems se habían rotado para dar una mayor confiabilidad a la escala, por lo cual al realizar el análisis factorial se representan con cargas negativas, mas no están asociados negativamente al medir el constructo de la escala.

### **Fortalezas:**

- En la elaboración de la escala se tuvo en cuenta las últimas recomendaciones de la guía del 2019 de la ACC/AHA, con lo que se pudo determinar los dominios que tendríamos en cuenta en su elaboración los cuales fueron obesidad, dieta, actividad física, fumar y consumo de alcohol.
- Para que una escala pueda medir de manera correcta aquel constructo para el cual fue diseñada debe evaluarse en todas o algunas de sus dimensiones, en el caso del presente trabajo la escala fue evaluada en las dimensiones de validez lógica y validez de contenido a través de un juicio de expertos, disminuyendo así el error sistemático. Del mismo modo la escala debe tener fiabilidad, la cual se determinó a través de los coeficientes de Alfa de Cronbach y Kuder-Richardson, obteniéndose así valores que nos garantizan la consistencia interna de la escala, lo que se traduce en que las respuestas obtenidas son coherentes entre sí y que los ítems miden de manera correcta EVS.
- Otra fortaleza es que el presente trabajo cuenta con un tamaño de muestra adecuada para la prueba piloto, siendo así 180 trabajadores de salud los cuales participaron en este estudio, debido a que la escala final contaba con 18 ítems y para realizar el Alpha de Cronbach se debe tener 10 personas como mínimo por cada ítem que tenga la escala.

### **Limitaciones:**

- La principal limitación de este estudio fue la no evaluación de una propiedad psicométrica importante, el test retest el cual mide la fiabilidad inter e intra observador, así como no realizarse una validez concurrente al no contar con una

escala que se encuentre validada para estilos de vida saludable en el Perú, se cuenta con un instrumento de estilos de vida saludable elaborado en el 2019 por Santiago-Bazán en estudiantes universitarios, sin embargo no cuenta con una validación de constructo por lo que no se pudo utilizar para realizar una validez de concurrente mediante una correlación de los instrumentos en el presente estudio (28). Así mismo en el 2015 se realizó una validación de estilos de vida saludable del instrumento “Fantástico”, sin embargo este instrumento contaba con ítems agrupados en dominios distintos por lo cual no se podía realizar una correlación con este instrumento (29).

## **CONCLUSIONES**

- Luego de los resultados obtenidos de los diferentes análisis realizados podemos concluir que la escala elaborada cumple con los criterios de validez y fiabilidad para determinar los estilos de vida saludable en trabajadores de salud.
- El análisis de fiabilidad mediante la medición del Alfa de Cronbach, teniendo un resultado un 0.72, presentando un valor aceptable para determinar la fiabilidad del instrumento.
- La mayor cantidad de participantes fueron médicos 39.4% y participantes de sexo femenino 66.1 %. Del total de participantes se obtuvo que un 46.1% tienen un IMC normal, 43.4% tienen sobrepeso y un 10.5 % tienen obesidad. Del mismo modo se determinó que la mayor parte de los participantes son casados (40%).

### **Conflictos de intereses:**

Los autores niegan tener conflictos de intereses.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Chiuve SE, Mccullough ML, Sacks FM, Rimm EB. Healthy Lifestyle Factors in the Primary Prevention of Coronary Heart Disease Among Men. *Circulation*. 2006Nov; 114(2):160–7.
2. Nagai M, Hoshida S, Kario K. Sleep Duration as a Risk Factor for Cardiovascular Disease- a Review of the Recent Literature. *Current Cardiology Reviews*. 2010Jan;6(1):54–61.
3. María Del Rosario Landea, Martin R. Salazar, Alberto G. Marillet, Miguel A. Novello, Horacio A. Carbajal, Raúl F. Echeverría. Prevalencia de tabaquismo y factores de riesgo cardiovascular en el casco urbano de una localidad rural de la Provincia de Buenos Aires. *Rev. am. med. respir* ; 11(3): 110-116, sept. 2011.
4. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2020; 141(4)
5. Chávez Rodas V, Tapia Cabanillas L, Rojas Valero M, Zavaleta Martínez Vargas A. Epidemiología de drogas en la población urbana peruana 2010. Encuesta de Hogares. Lima: CEDRO; 2011.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. 2015 [citado el 11 de noviembre de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/fctc/signatories\\_parties/es](http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es)
7. Bardach AE, Caporale JE, Alcaraz A, Augustovski F, Huayanay-Falconí L, Loza-Munarriz C, et al. Carga de enfermedad por tabaquismo e impacto potencial del incremento de precios de cigarrillos en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016; 33(4):651.



8. Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang J-L, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *Bmj*. 2018
9. Obesity and Overweight. Fact Sheet, October 2017. Disponible en: <http://www.who.int/me-diacentre/factsheets/fs311/en/>.
10. Mullington JM, Haack M, Toth M, Serrador JM, Meier-Ewert HK. Cardiovascular, Inflammatory, and Metabolic Consequences of Sleep Deprivation. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2009;51(4):294–302.
11. King CR, Knutson KL, Rathouz PJ, et al. Short sleep duration and incident coronary artery calcification. *JAMA* 2008; 300: 2859-66.
12. Ayas NT, White DP, Manson JE, Stampfer MJ, Speizer FE, Malhotra A, et al. A Prospective Study of Sleep Duration and Coronary Heart Disease in Women. *Archives of Internal Medicine*. 2003;163(2):205.
13. Verónica Dapcich, Gemma Salvador Castell, Lourdes Ribas Barba, Carmen Perez Rodrigo. *Guia de la Alimentación saludable*. Universidad Las Palmas, Barcelona. 2004
14. Elizabeth R. De Oliveira E Silva, Foster D, Harper MM, Seidman CE, Smith JD, Breslow JL, et al. Alcohol Consumption Raises HDL Cholesterol Levels by Increasing the Transport Rate of Apolipoproteins A-I and A-II. *Circulation*. 2000Jul;102(19):2347–52.
15. <https://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>.
16. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; 392:1015.
17. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116:1094.

18. <https://health.gov/paguidelines/default.aspx>
19. Mohammad A. AlAteeq. Healthy lifestyle among primary health care professionals. Saudi Med J 2014; Vol. 35 (5).
20. Pallazola VA, Davis DM, Whelton SP, Cardoso R, Latina JM, Michos ED, Sarkar S, Blumenthal RS, Arnett DK, Stone NJ, Welty FK. A Clinician's Guide to Healthy Eating for Cardiovascular Disease Prevention. Mayo Clin Proc Inn Qual Out. September 2019;3(3):251-267.
21. Wold, B. (1995). Health-Behaviour in schoolchildren: A WHO crossnational Survey. Resource Package Questions 1993-4. Norway: University of Bergen.
22. Bennassar, M. (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud (Tesis Doctoral sin publicar). Universitat de Illes Balears, Palma de Mallorca, España.
23. López-Carmona, J. M., Ariza-Andraca, C. R., RodríguezMoctezuma, J. R., y Munguía-Miranda, C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública de México, 45(4), 259-267.
24. Arrivillaga, M., Salazar, I. y Gómez, I. (2002). Prácticas, creencias y factores del contexto relacionados con estilos de vida de jóvenes y adultos. Documento de Trabajo. Cali: Pontificia Universidad Javeriana.
25. Ponce N, Quispe L, Alfaro P, et al. Creencias y prácticas de la actividad física y estilos de vida saludable en el personal administrativo de una universidad de Lima, Perú. Revista Herediana Rehab. 2016; 1; 46-58.
26. Prieto L, Badia X. Cuestionarios de salud: concepto y metodología. Atención Primaria. 2001; 28(3):201-9.
27. Waltz C., Strikland O., and Lenz E. Measurement in Nursing and Health Research. 4th Ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.

28. Santiago-Bazán C, Carcausto W. Validez y fiabilidad de un cuestionario de estilo de vida saludable en estudiantes universitarios. *Health Care & Global Health*.2019;3(1):23-8.

29. Villar López M, Ballinas Sueldo Y, Gutiérrez C, Angulo-Bazán Y. Análisis de la confiabilidad del test Fantástico para medir Estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el Programa “Reforma de Vida”del Seguro Social de Salud (Essalud). *Revista Peruana de Medicina Integrativa*.2016;1(2):17-26.

**Tabla 1. Características de participantes a quienes se aplicó la encuesta de estilos de vida (N=180)**

<b>Variable</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Características(n) %</b>
<b>Edad</b>	<b>18-34</b>	<b>86 (47.8%)</b>
	<b>35-44</b>	<b>52 (28.9%)</b>
	<b>45-54</b>	<b>25 (13.9%)</b>
	<b>Más de 55</b>	<b>17 (9.4%)</b>
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	<b>61 (33.9%)</b>
	<b>Femenino</b>	<b>119 (66.1%)</b>
<b>Trabajador de salud</b>	<b>Médico</b>	<b>71 (39.4%)</b>
	<b>Enfermera</b>	<b>47 (26.1%)</b>
	<b>Técnico de enfermería</b>	<b>62 (34.5%)</b>
<b>Índice de masa corporal</b>	<b>&lt;18.5</b>	<b>0 (0%)</b>
	<b>18.5-24.9</b>	<b>83 (46.1%)</b>
	<b>25-29.9</b>	<b>78 (43.4%)</b>
	<b>&gt;30</b>	<b>19 (10.5%)</b>
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero</b>	<b>63 (35%)</b>
	<b>Casado</b>	<b>72 (40%)</b>
	<b>Divorciado</b>	<b>34 (18.89%)</b>
	<b>Viudo</b>	<b>11 (6.11%)</b>
<b>Número de hijos</b>	<b>0</b>	<b>58 (32.22%)</b>
	<b>1</b>	<b>39 (21.67%)</b>
	<b>2 o más hijos</b>	<b>83 (46.11%)</b>

**Tabla 2. Evaluación del Alfa de Cronbach**

<b>Variable</b>	<b>Obs</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
ítem 1	180	0.5833333	0.4943818	0	1
ítem 2	180	0.2444444	0.4309561	0	1
ítem 3	180	0.3388889	0.4746523	0	1
ítem 4	180	0.8444444	0.3634445	0	1
ítem 5	180	0.6444444	0.4800166	0	1
ítem 6	180	0.5833333	0.4943818	0	1
ítem 7	180	0.6055556	0.4900943	0	1
ítem 8	180	0.4722222	0.5006203	0	1
ítem 9	180	0.5222222	0.5008993	0	1
ítem 10	180	0.5166667	0.5011161	0	1
ítem 11	180	0.5555556	0.4982901	0	1
ítem 12	180	0.8611111	0.3467952	0	1
ítem 13	180	0.6222222	0.486184	0	1
ítem 14	180	0.5611111	0.4976356	0	1
ítem 15	180	0.3055556	0.4619273	0	1
ítem 16	180	0.6722222	0.4707127	0	1
ítem 17	180	0.75	0.4342205	0	1
ítem 18	180	0.6277778	0.4847456	0	1

**Tabla 3. Evaluación del coeficiente Kuder-Richardson (KR-20)**

<b>Variable</b>	<b>Obs</b>	<b>Dificultad del ítem</b>	<b>Varianza del ítem</b>	<b>Correlación ítem-dominio</b>
ítem 1	180	0.5833	0.2431	0.4452
ítem 2	180	0.2444	0.1847	0.4033
ítem 3	180	0.3389	0.2240	0.4306
ítem 4	180	0.8444	0.1314	-0.1066
ítem 5	180	0.6444	0.2291	0.3256
ítem 6	180	0.5833	0.2431	0.2666
ítem 7	180	0.6056	0.2389	0.3912
ítem 8	180	0.4722	0.2492	0.3933
ítem 9	180	0.5222	0.2495	0.4249
ítem 10	180	0.5167	0.2497	0.4494
ítem 11	180	0.5556	0.2469	0.1717
ítem 12	180	0.8611	0.1196	0.1566
ítem 13	180	0.6222	0.2351	0.0637
ítem 14	180	0.5611	0.2463	0.2449
ítem 15	180	0.3056	0.2122	0.2894
ítem 16	180	0.6722	0.2203	0.3766
ítem 17	180	0.7500	0.1875	-0.0069
ítem 18	180	0.6278	0.2337	-0.1362

**Tabla 4. Cargas de factores rotados (matriz de patrones) y variaciones únicas.**

<b>Variable</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>Factor 5</b>
Ítem 1	0.8235				
Ítem 2	0.8618				
Ítem 3	0.8014				
Ítem 4					-0.8992
Ítem 5	0.6339				
Ítem 6	0.3569				0.6218
Ítem 7	0.4323			0.5790	
Ítem 8	0.6178				
Ítem 9	0.5290			0.5250	
Ítem 10	0.6139				0.3173
Ítem 11		0.6506		0.3968	
Ítem 12		0.9191			
Ítem 13		0.8879			
Ítem 14			0.8665		
Ítem 15			0.9252		
Ítem 16			0.6999		
Ítem 17				-0.8033	
Ítem 18		-0.4819			

## ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<b>DATOS PERSONALES</b>			
<b>Personal de salud</b>	Médico	Enfermero(a)	Técnico de enfermería.
<b>Sexo</b>		<b>Edad</b>	
<b>Peso*</b>		<b>Talla*</b>	
<b>IMC*</b>			
<b>Estado civil</b>		<b>Número de hijos</b>	
<b>(*)Estos datos serán tomados por los investigadores.</b>			



## ANEXO 2: ESCALA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

### DIETA

1. ¿Consume frutas y verduras todos los días?
  - a) Sí
  - b) No
  
2. ¿Consume de 4 a 5 frutas medianas al día? Tener en cuenta que 1 fruta mediana equivale a media taza de fruta picada o a ½ taza de jugo de fruta.
  - a) Sí
  - b) No
  
3. ¿Consume aproximadamente 2 tazas de verduras crudas o cocidas al día? (verduras crudas o cocidas: brócoli, espinacas, lechuga, col, nabo, apio, tomates, pimientos, zanahorias, calabazas, vainita, champiñones, cebolla, pepino, calabacín, entre otros) a
  - a) Sí
  - b) No
  
4. ¿Consume frutos secos (pecanas, almendras, nueces, maní, pistachios, castañas, piñones, avellanas, entre otros), semillas (girasol, chía, linaza, ajonjolí, calabaza, entre otros), o legumbres (lentejas, frijoles, garbanzos, arvejas, soya, entre otros) durante la semana?
  - a) Sí
  - b) No
  
5. ¿Ha disminuido el consumo de carne roja (carne de res, cerdo, cordero, entre otros) y carnes rojas procesadas (jamón, salchichas, tocino, chorizo, embutidos, entre otros)?
  - a) Sí
  - b) No
  
6. ¿Consume carne de pescado y/o mariscos de dos a más veces por semana?
  - a) Sí
  - b) No
  
7. ¿Ha reducido el consumo de bebidas azucaradas (leche con azúcar agregada, café con azúcar agregada, infusiones con azúcar agregada, jugo de frutas con azúcar agregada, gaseosas, frugos, bebidas deportivas, bebidas energéticas o similares)?
  - a) Sí
  - b) No

8. ¿Consumes leche o productos lácteos (yogurt, quesos, mantequilla, entre otros) bajos en grasas o sin grasas?

- a) Sí
- b) No

9. ¿Ha reducido el consumo de sal en sus comidas?

- a) Sí
- b) No

10. ¿Ha dejado de consumir comida chatarra (Pollo broaster, salchipapa, hamburguesa, KFC, McDonald's, galletas, tartas, pasteles, pan dulce, donas, manteca, entre otros)?

- a) Sí
- b) No

### **ALCOHOL**

11. Si usted es hombre ¿Consumes más de dos bebidas alcohólicas en un día? O si es usted mujer ¿Consumes más de 1 bebida alcohólica en un día?

(1 bebida alcohólica equivale a 1 vaso de cerveza al 5% alcohol (350 ml), 1 copa de vino al 12% de alcohol (150ml) o 1 trago destilado a 40% de alcohol (50 ml))

- a) Sí.
- b) No.

### **FUMAR**

12. ¿Ha fumado o consumido algún producto con tabaco en los últimos 30 días incluso una inhalación o bocanada? (Producto con tabaco: Cigarrillos electrónicos y sus soluciones líquidas, cigarros, tabaco en pipa, tabaco masticable)

- a) Sí.
- b) No.

13. ¿Ha tenido exposición al humo de tabaco en su área de trabajo, casa o lugares públicos al menos 4 minutos? (Humo de tabaco de cigarro, pipas, entre otros).

- a) Sí.
- b) No.

## **ACTIVIDAD FÍSICA**

**14.** ¿Realiza alguna actividad física durante la semana?

- a) Sí
- b) No

**15.** ¿Usted realiza actividad física moderada (caminar rápido, aeróbicos, ejercicios con pesas, natación recreativa) más de 150 minutos semanales o actividad física vigorosa (trotar, correr, manejar bicicleta, deportes de competición como fútbol o voleibol) más de 75 minutos semanales?

- a) Sí
- b) No

## **OBESIDAD**

**16.** ¿Ha tenido cambios de peso en el último año?

- a) He bajado mi peso.
- b) He mantenido mi peso.
- c) He aumentado de peso.

## **SUEÑO**

**17.** ¿Duerme de 6 a 8 horas durante la noche?

- a) Sí
- b) No

**18.** ¿Suele despertarse durante las noches?

- a) Sí
- b) No