

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES  
NO TRANSMISIBLES EN PERSONAL DE SALUD. MICRORED  
VIRGEN DEL CARMEN, BAMBAMARCA – 2017**

**TESIS**

**PRESENTADO POR:**

**NANCY EMPERATRIZ VÁSQUEZ FERNÁNDEZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ASESORA:**

**MG. ANA MARÍA AMANCIO CASTRO**

**Lima, Perú**

**2017**

## ÍNDICE

*Pág.*

ÍNDICE .....	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	viii

### **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1. Descripción de la realidad problemática .....	10
1.2. Definición del problema.....	12
1.3. Objetivos de la investigación.....	13
1.4. Finalidad e importancia .....	13

### **CAPITULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

2.1. Bases Teóricas .....	15
2.2. Estudios Previos .....	33
2.3. Marco Conceptual.....	39

### **CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES**

3.1. Formulación de Hipótesis.....	42
3.1.1. Hipótesis general.....	42
3.1.2. Hipótesis específicas.....	42
3.2. Identificación de variable.....	42
3.2.1. Clasificación de variables .....	42
3.2.2. Definición conceptual de variables .....	43

3.2.3. Definición operacional de variables .....	44
--	----

## **CAPITULO IV METODOLOGÍA**

4.1. Descripción del Método y Diseño.....	45
4.2. Tipo y nivel de Investigación .....	45
4.3. Población y Muestra .....	46
4.4. Consideraciones Éticas.....	46

## **CAPITULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

5.1. Técnicas e instrumentos .....	48
5.2. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos .....	48

## **CAPÍTULO VI RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1. Presentación, análisis e interpretación de datos.....	50
6.2. Discusión .....	60
6.3. Conclusiones .....	63
6.4. Recomendaciones .....	64

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**

Matriz

Instrumento

Base de datos

Confiabilidad

Baremos de las variables

Datos generales de los encuestados

## DEDICATORIA

### ***A Dios.***

*Por su infinita bondad y amor; además por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.*

### ***A mis hijos Yhamira Nataniel y Christofer Brahyan.***

*Dedico esta tesis, por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.*

### ***A mi esposo.***

*Por su comprensión, confianza, amor y por brindarme el tiempo necesario para ver cristalizado mis objetivos.*

### ***A mis padres.***

*Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, así mismo por sus consejos, sus valores y las motivaciones constantes que me han permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.*

### ***A mi hermana Diana Judith.***

*Por su incondicional apoyo moral y sus buenos consejos, los cuales fueron fuente de motivación para llegar a esta meta anhelada.*

***Nancy Emperatriz.***

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, agradecer a Dios por permitirme la vida y bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por hacer realidad este menester emprendido.

A la Casa Superior de Estudios, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Alma Máter, de mi formación, desarrollo y crecimiento profesional, por acogerme en sus aulas durante los estudios y permitirnos formar parte de la gran familia universitaria, así mismo por incentivarnos a seguir superándonos.

A la Facultad Enfermería, por ser el lugar donde recibí los conocimientos científicos y una visión amplia de superación, capacitación, competitividad profesional y calidad humana, mediante los valiosos aportes y dedicación esmerada de su honorable plana docente.

A Ana María Amancio, por su valioso aporte científico como asesora, haciendo del desarrollo de la Tesis una agradable fase de aprendizaje, motivación, dedicación e incentivo para su culminación.

Al Gerente de la microred Virgen del Carmen, personal de salud del misma y así como los profesionales que estuvieron inmersos con su apoyo constante en el desarrollo de este trabajo de investigación.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017. El método empleado fue descriptivo, tipo cuantitativo, diseño correlacional; la muestra estuvo constituida por 53 profesionales de salud, para la recolección de los datos se utilizó como instrumento un cuestionario, validado con 0,83 con el estadístico alfa de Cronbach.

Los resultados encontrados fueron: que el 41,51% tiene regular hábitos alimentarios; respecto a los hábitos alimentarios adecuados fue regular (54,72); así mismo en los hábitos alimentarios no adecuados el 45,28 fue malo. Concerniente a la prevención de enfermedades no transmisibles el 47,17% presentó nivel medio; en la prevención de diabetes el 41,51% tuvieron un nivel alto, en la prevención de HTA el 41,51% presentaron un nivel medio y en la prevención de sobrepeso y obesidad el 45,28% tienen un nivel alto.

Concluyendo que los hábitos alimentarios, se relacionan directamente con las enfermedades no transmisibles, según la correlación de Spearman, aceptándose la hipótesis principal y rechazando la hipótesis nula.

Se recomienda realizar coordinaciones con la dirección de la microred Virgen del Carmen para que se planifique y programen actividades educativas sobre hábitos alimentarios adecuados en el personal de salud y de esta manera contribuir en su calidad vida de ellos

**Palabras Clave:** Hábitos alimentarios, enfermedades no transmisibles, actividades educativas, calidad de vida, prevención de diabetes.

## ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between eating habits and prevention of noncommunicable diseases in health staff of Virgen del Carmen, Bambamarca micro-network, during the first quarter - 2017; The method used was descriptive, quantitative type, correlational design; the sample was composed for 53 health professionals, to data collect it was used a questionnaire as a tool, validated with 0,83 in Cronbach's alpha.

The results found were: 41,51% have regular eating habits; regarding proper eating habits was regular (54,72); with respect to unsuitable eating habits 45.28 was bad. Concerning prevention of noncommunicable diseases, 47,17% presented an average level; In prevention of diabetes 41,51% had a high level, in prevention of hypertension 41,51% presented a medium level and in overweight prevention and obesity, 45,28% submitted a high level.

It concludes that eating habits, are directly related to noncommunicable diseases, according to Spearman's correlation, accepting main hypothesis and rejecting null hypothesis.

It is recommended to carry out coordinations with direction of the Virgen del Carmen micro-network to plan and schedule educational activities about adequate eating habits habits in health staff and in thus contribute in improve their quality of life.

**Key Words:** Eating habits, noncommunicable diseases, educational activities, quality of life, diabetes prevention.

## INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de los hábitos alimentario en el mundo es una responsabilidad que incumbe tanto a la sociedad como al individuo; donde los Gobiernos y Estados a nivel mundial deben emerger políticas y estrategias públicas para crear entornos que permitan a las poblaciones consumir cantidades suficientes de alimentos salubres y nutritivos que constituyan una dieta sana y adecuada. (Organización Mundial de la Salud. 2016).

En los hábitos alimentarios influyen diversos factores (sociodemográficos, culturales, religiosos, económicos y educacionales) que determinan unas costumbres alimentarias propias de cada zona o país. En referencia a la educación el hecho de ser profesional que esté relacionado a la salud implica cambios importantes referentes al entorno social, a los factores económicos, al tiempo que se dispone para cocinar y a la disponibilidad de alimentos utilizados comúnmente en su dieta, todos estos cambios pueden afectar directamente a la alimentación y estado nutricional positivamente o negativamente.

Por lo que diversos estudios demuestran una fuerte asociación entre el aumento de la probabilidad de sufrir determinadas enfermedades no transmisibles (cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus, dislipidemias) y la adopción de determinados patrones dietéticos a causa de los hábitos alimentarios. (Condemaita, B. 2013).

En tal virtud se estableció la correlación que existe entre los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017; que se encuentra en el distrito de Bambamarca Provincia de Hualgayoc y departamento de Cajamarca.

Estructuralmente la investigación consta de seis capítulos. En el CAPÍTULO I; planteamiento del problema: descripción de la realidad problema, definición del problema, objetivos de la investigación y finalidad e importancia. En el CAPÍTULO



II; fundamentos teóricos de la investigación: bases teóricas, estudios previos (antecedentes teóricos) y marco conceptual. En el CAPÍTULO III; hipótesis y variables: formulación de hipótesis e identificación de variables. En el CAPÍTULO IV; metodología: descripción del método y diseño, tipo y nivel de investigación, población y muestra y consideraciones éticas. En el CAPÍTULO V; técnicas e instrumentos de recolección de datos: técnicas e instrumentos, plan de recolección, procesamiento y presentación de datos. En el CAPÍTULO VI; resultados, conclusión y recomendaciones: presentación, análisis e interpretación de datos, conclusiones y recomendaciones. Referencias bibliográficas y anexos

## **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 38 millones de personas cada año, siendo casi el 75% de las defunciones por ENT en los países de ingresos bajos y medios. Las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT. (OMS, 2015). Debido a la industrialización en el mundo entero que ha modificado notoriamente el estado y forma de alimentación en la población, repercutiendo en la salud del individuo. Cifras demuestran que la mitad de las 20 causas principales de mortalidad son las enfermedades no transmisibles, y estas son causadas por los hábitos alimentarios de la población. (OMS, 2014).

El proceso de Globalización hoy en día impone un nuevo modelo de alimentación mediante la promoción de comida rápida, el mal uso de los alimentos y la toma de decisiones incorrectas sobre el consumo. (Barrial, A y Barrial, A. 2012); implantando hábitos alimentarios inadecuados y causando una serie de alteraciones en el organismo de la persona; debido a que la ingesta calórica no está paralelo al gasto calórico. Hecho que es notorio en la población porque esta inclinada al consumo de alimentos en grasas saturadas, azúcares libres y más sodio. (OMS, 2015); dejando de lado las frutas, verduras y fibra dietética.

Observándose estos datos los Estados Miembros de la OMS han acordado reducir el consumo de sal en un 30%, limitar el consumo de azúcar libre a menos del 10%, la ingesta de calóricas excesivas; y de esta forma detener el aumento de la obesidad y la diabetes en adultos y adolescentes, así como en sobrepeso infantil de aquí a 2025, (Guideline, 2015). Esta medida debido a que datos refieren que para el año 2020, las proyecciones de las enfermedades no contagiosas representarán el 75% de todas las muertes. (Fumiaki y cols, 2016); por lo que mejorar la dieta tiene un papel crucial en la reducción de estos porcentajes

En el contexto de América Latina, el Perú es uno de los países que ha sufrido diferentes cambios, nutricionales en la población entre el estadio de remisión de la hambruna hacia el estadio de enfermedades crónicas y degenerativas; a consecuencia de los hábitos alimentarios no adecuados que viene practicando la población, (INEI, 2007). Donde el 18% de mortalidad de la peruana es a causa de las enfermedades no transmisibles. OMS (2016); lo que significa que se debemos adoptar hábitos alimentarios adecuados o saludables para reducir los índices de enfermedades no transmisibles, teniendo en consideración que hoy en día el Perú es un país en plena fase de transición demográfica, en la que el envejecimiento poblacional es mayor que la natalidad. (INEI, 2016)

En tal sentido el MINSA (Ministerio de Salud) presenta campañas de salud sobre hábitos alimentarios, para que la responsabilidad social este concientizada sobre los efectos que causa la inadecuada alimentación en cualquier edad del ser humano, (MINSA, 2015). Debido a que hábitos alimentarios en el Perú, está relacionada con: La disponibilidad de los alimentos, la zona de residencia, con el comportamiento alimentario del individuo (cómo utiliza los alimentos, lo cual está determinado por el grupo social al que pertenece y el nivel educativo que posee) y con el aprovechamiento biológico de los alimentos, (Kahn y cols, 2015). Entendiéndose que la solución al déficit alimentario que se observa en el país no comprende solamente el subsidio de productos alimenticios, sino los hábitos y costumbres en la población para tener una dieta alimentaria que sea balanceada y que vaya en beneficio de la salud.

Analizando lo dicho anteriormente, puedo decir que los hábitos alimentarios en la población cada día son más inadecuados, debido a los cambios constantes de la industrialización la competencia del mercado y el comercio, que generan en el consumidor optar por una alimentación rápida poco saludable y nutritiva para continuar con sus labores cotidianas; lo cual repercute en el sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes del individuo generando el desarrollo de las enfermedades no transmisibles.

En la microred Virgen del Carmen, durante el primer trimestre del año 2017, se viene observando que el personal de salud que labora en esta institución, en todo momento consume galletas, bocaditos, piques, jugos embotellados, gaseosas, salchipollo, pollo a la brasa o alitas brosters, ingiere aguas gaseosas, entre otros; a la entrevista ellos manifiestan no tener tiempo para caminatas, trotar, o acudir al gimnasio aduciendo no tener tiempo; toda esta situación ocasiona un incremento de trabajadores con obesidad o sobre peso, trastornos cardiovasculares, varices, hipertensión arterial, diabetes y algún tipo de cáncer. Según reporte de la oficina de epidemiología y salud ambiental de la institución, estas enfermedades en los últimos 5 años se han visto incrementado en un 5%, por ello me planteo el siguiente problema de investigación.

## **1.2. Definición del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿De qué manera se relaciona los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿De qué manera se relaciona los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017?

¿De qué manera se relaciona los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el

personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

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

Determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

Determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

Determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

### **1.4. Finalidad e importancia**

Una de las mayores influencias en las enfermedades no transmisibles son los hábitos alimentarios que tiene cada individuo; sin embargo, es poco conocida los hábitos alimentarios en el personal de salud que pueden generar buenos o malos desequilibrios en el organismo de estos mismos.

En la región Cajamarca y en el ámbito de Bambamarca, no existen trabajos de investigación que reflejen los hábitos alimentarios en prevención

de enfermedades no transmisibles en el personal de salud; por lo que se considera de suma importancia, determinar la influencia de los hábitos alimentarios en la prevención de enfermedades no trasmisibles del personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca – 2017, constituyéndose el presente trabajo de investigación muy relevante para tales fines.

Al determinar esta influencia de los hábitos alimentarios en la prevención de enfermedades no transmisibles, permitirá analizar y fundamentar este problema para evitar las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles causadas en gran parte por la práctica de hábitos alimentarios poco saludables, sedentarismo y otros factores propios de la edad como los cambios físicos, sicológicos y sociales estos cambios afectan de manera negativa el estado de salud. Es de especial interés conocer cuál es la situación actual de los hábitos alimentarios en el personal de salud, para realizar actividades dirigidas a promover recomendaciones básicas que ayuden a llevar una dieta sana, variada y equilibrada, lo que favorecerá en un futuro la reducción de los factores de riesgo de enfermedades no trasmisibles como hipertensión, diabetes, sobrepeso y obesidad y algunos tipos de cáncer.

En tal contexto este estudio pretende, no sólo determinar los hábitos alimentarios de la población e estudio, sino además facilitar información útil y clara para promover hábitos alimentarios saludables, que aseguren una alimentación sana y equilibrada, así como reforzar aquellos hábitos saludables que han sido adquiridos o que han sido aprendidos en el seno familiar. Razón por la que veo la necesidad de realizar, esta investigación con el fin de mejorar la calidad de vida del personal de salud no solo del sector publico sino también de lo privado y de toda la población en etapa adulta del distrito de Bambamarca y del país.

## **CAPITULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1. Bases Teóricas**

#### **2.1.1. Hábitos Alimentarios**

Se pueden definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación y que debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir las necesidades energéticas y nutritivas del organismo. CECU (Confederación de consumidores y Usuarios, 2013)

Los hábitos alimenticios se transmiten de padres a hijos y están influidos por factores como el lugar geográfico, el clima, la vegetación, la disponibilidad de la región, costumbres y experiencias, pero también tienen que ver la capacidad de adquisición, la forma de selección y preparación de los alimentos y la manera de consumirlos (horarios, compañía). (Meraz, 2014)

Según Gretel (2013) mencionó que:

Los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos. Una dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas.

Según FAO (2012) menciona que:

Es un conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan o preparan y consumen los alimentos influidos por la

disponibilidad de estos, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismo.

La nutrición y la alimentación son procesos importantes para el desarrollo del ser humano. La OMS refiere que la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo, una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud; mientras que una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (OMS. 2017).

Para la elección de los alimentos el individuo está condicionado por una serie de factores: socioculturales, económicos, religiosos, personales, que van a configurar sus hábitos alimentarios. Estas influencias externas son susceptibles de ser modificadas a través de una correcta educación. Los buenos hábitos alimentarios incluyen: comer una variedad de alimentos, comer en cantidades moderadas, y consumir grasas, sal y azúcares sólo en muy poca cantidad. Nuestro cuerpo necesita 40 o más nutrientes para estar saludable y funcionar adecuadamente. Los nutrientes son vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos y grasas; los cuales se encuentran en una variedad de alimentos. Algunos alimentos son ricos en algunos de los nutrientes. Pero no hay un sólo alimento que tenga todos los nutrientes que necesitamos. Por ejemplo: La leche es rica en calcio, pero tiene poco hierro, las carnes, los huevos, las aves, y los frijoles son ricos en proteínas y hierro, pero son pobres en vitamina C, las frutas y vegetales son fuentes de muchas vitaminas, minerales y fibra, pero contienen poco hierro y proteínas. (Clara Y, y Cols. 2015)

Los autores manifiestan que una buena alimentación debe basarse en una adecuada distribución de la ingestión de nutrientes en alimentos variados, lo cual permite asegurar el funcionamiento de los



órganos y sistemas e incide favorablemente en la salud y calidad de vida del individuo.

### **Importancia de los hábitos alimentarios saludables**

Para mantenernos sanos y fuertes, es muy importante llevar una alimentación adecuada. No sólo es importante la cantidad de alimentos que comemos, sino también su calidad, ya que ambas influyen en el mantenimiento adecuado de nuestra salud. Por eso es necesario saber qué nos aporta cada alimento, para así saber elegir un plato o menú más saludable. (Universidad Nacional de Educación a Distancia – UNED, 2008)

### **Hábitos alimentarios adecuados y no adecuados**

La nutrición se debe enfocar a mantener la salud y a prevenir el desarrollo de enfermedades mediante el seguimiento y consumo de alimentos, sanos y equilibrados de acuerdo a la edad, sexo y actividad física que realiza la persona. (MINSAs, 2016).

En nuestra cultura, se exagera del consumo de carne y se dejan a un lado los cereales, verduras y frutas, favoreciendo así la obesidad y muchos problemas por la falta de vitaminas y minerales. (Reyes, 2014)

### **Hábitos alimentarios adecuados**

Los hábitos alimentarios adecuados deben de ser suficientes y distribuidos, con relación a cubrir las necesidades de nutrimentos, conociendo que las kilocalorías que debe consumir un hombre, es de aproximado 2500-2800 kcal y la mujer de 1700-2000 kcal al día. (MINSAs, 2015), distribuidas en el 25% del aporte calórico en el desayuno; el 30% en el almuerzo, el 15% durante el refrigerio y el

restante 30% a la hora de la cena. Por lo que el número de comidas son 4 al día. (OMS, 2013).

Los productos de origen animal se recomiendan consumir 3 raciones diarias de lácteos, una ración equivale a un vaso de leche de 200-250 ml, o a un yogur de 125 ml, o a 30-40 g de queso curado. (Colegio Farmacéutico de Pontevedra, 2015). Concerniente al consumo de carnes, la OMS recomienda consumir un máximo de 500 gr de carne roja a la semana y "poca o nada" carne procesada. El ministerio de Sanidad de España aconseja comer carne "no más de dos veces por semana", (Díaz, 2015). Hay que tener en cuenta que este consumo de carnes debe de ser de 2 porciones al día, pero teniendo en cuenta la combinación de los diversos orígenes de carne como del pescado, pollo, res, carnero, chancho.

La OMS recomienda el consumo de legumbres para disminuir el riesgo de enfermedades asociadas a la alimentación (diabetes tipo 2, obesidad). Las legumbres se caracterizan por su elevado contenido proteico y de fibra; las dietas ricas en fibra pueden reducir el riesgo de enfermedad cardíaca y reducir la presión arterial, porque muchos tipos de fibra reducen los niveles de colesterol LDL (el colesterol "malo") en la sangre de una persona, que a su vez reduce su riesgo de enfermedades del corazón. Hay muchos otros beneficios para la salud de una dieta rica en fibra, incluyendo algunos indicios de que puede reducir el riesgo de ciertos tipos de cáncer y puede proteger de la caries dental. (FAO, 2016). La recomendación del consumo de leguminosas es de 60 – 80 gr de grano y que debe de ser 2 a 3 porciones por semana como mínimo. (Fundación de dieta mediterránea, 2010).

Durante mucho tiempo se sabe que comer más frutas y verduras es probablemente beneficioso para las personas. Comer verduras es mejor que comer frutas (probablemente porque las frutas tienen mucha

más azúcar) y que comer frutas enlatadas parecer ser definitivamente malo (probablemente porque suelen venir en almíbar); por lo que una persona debería ingerir por lo menos cuatro porciones de verduras diarias y unas tres de frutas. (Mosley, 2014).

El consumo de frutas y verduras contribuyen a la salud cardiovascular por la diversidad de fitonutrientes, potasio y fibra que contienen. Se recomienda el consumo diario de frutas y verduras frescas (incluidas bayas, hortalizas de hoja verde y crucíferas y leguminosas) en cantidades adecuadas (400 – 500 g diarios) para reducir el riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular e hipertensión. (OMS, 2013). Que equivale a 5 porciones de frutas y hortalizas al día. (OMS, 2015). Por otro lado, en las guías de alimentación y estilos de vida saludable de Chile recomienda que el consumo de frutas debe de ser 3 porciones y de verduras 2 porciones. (OMS, 2014)

La recomendación del consumo de estos productos es agregar el máximo color posible a la dieta. Consumirlo crudas o ligeramente cocidas al vapor, en lugar de excesivamente hervidas. Las Verdes: llamadas "verduras de hoja", que incluyen espinaca, acelga, lechuga y col rizada, son una buena fuente de minerales como magnesio, manganeso y potasio; el repollo, la coliflor y el brócoli que contienen azufre y compuestos organosulfurados, el azufre es esencial para la producción de glutatión, un importante antioxidante, así como aminoácidos como la metionina y la taurina. Anaranjadas y amarillas, las frutas y verduras con colores amarillos o anaranjados son ricas en carotenoides que se encuentran en zanahorias, melones, tomates, pimientos y calabacines. Rojas, otra clase de carotenoides que producen el color rojo se llaman licopenos. Blancas, incluyen el ajo, cebollas blancas, chalotas y puerros; son ricos en alliums y compuestos alílicos de azufre. (Mosley, 2014)

Una dieta con energía procedente de las grasas no engorda más que la misma cantidad de energía procedente de los carbohidratos o las proteínas, las dietas ricas en grasas tienden a ser concentradas en energía. Estudios demuestran que la creciente ingesta de carbohidratos muy elaborados, carentes de fibra alimentaria, fomenta la aparición de obesidad y diabetes. (Vargas CJ. 2010)

Para tener una alimentación adecuada es preciso comer frutas, verduras, legumbres (por ejemplo, lentejas, judías), frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, mijo, avena, trigo o arroz integral no procesados). (OMS, 2015). Por lo que las recomendaciones para tener energía y realizar todas las actividades cotidianas se debe consumir 5 a 6 porciones de alimentos de estos grupos durante el día (1 porción equivale a: ½ plato de arroz, 1 yuca mediana, 1 chipa pequeña, 1 papa mediana, 1 pan o 5 rosquitas). (FAO, 2016)

Limitar el consumo de grasa al 30% de la ingesta calórica diaria. Las grasas no saturadas (presentes, por ejemplo, en el aceite de pescado, los aguacates, los frutos secos, o el aceite de girasol, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes, por ejemplo, en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso y la manteca de cerdo). Las grasas industriales de tipo trans (presentes en los alimentos procesados, la comida rápida, los aperitivos, los alimentos fritos, las pizzas congeladas, los pasteles, las galletas, las margarinas y las pastas para untar) no forman parte de una dieta sana. (OMS, 2015)

El ser humano nace con el 70% de agua y al hacernos mayores esta llega a representar el 50%. La pérdida de agua, se suele dar a través del sudor, la orina o la respiración unos 2,5 litros diarios de agua. Debemos reponerlo bebiendo diariamente dependiendo del grado del calor, del esfuerzo que realizamos, de las pérdidas que se tiene y del tipo de alimentación que se lleva; cuando hace calor la

ingestión debe ser de 1,5 a 2 litros y en invierno entre 1 y 1,5 litros diarios. (Botanical online, 2017)

El ingerir agua es saludable para el organismo porque mantiene el desarrollo y funcionamiento normal. Las personas de 17 a 70 años la cantidad de consumo de agua deben ser de 2,2 litros al día. INDEA (Instituto de Investigación Agua y Salud, 2016). De igual manera la OMS refiere que se debe consumir de 2 a 3 litros que es un promedio de 8 a 10 vasos al día. (OMS, 2014)

Las vitaminas son nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del organismo, aunque son muy delicadas y se destruyen con facilidad, tanto que no solamente las condiciones ambientales pueden acabar con ellas. (Delgado, 2014). Existen alimentos y sustancias que impiden la absorción de las vitaminas por nuestro organismo. Los principales inhibidores son el tabaco, el alcohol, el café y té. (Parry, 2016)

### **Hábitos alimentarios no adecuados**

El tabaco, concretamente afecta a la absorción de la vitamina C y los betacarotenos, normalmente las personas que consumen entorno a 20 cigarrillos diarios, además de los problemas propios del tabaco para nuestra salud, tendrán unos niveles bajos de estas vitaminas. El alcohol, consumido en su justa medida aporta muchos beneficios para el organismo; pero consumido en exceso inhibe la absorción de las vitaminas del grupo B y la vitamina C. El té y el café son dos sustancias que también intervienen negativamente en la absorción de las vitaminas, y es que un consumo abusivo de ambas hace que la vitamina A, el ácido fólico y la vitamina B12 sean mal asimiladas por nuestro cuerpo. (Delgado, 2014)

Diferentes estudios han demostrado que el consumo de café hervido y sin filtrar aumenta el colesterol total y el colesterol-LDL porque los granos de café contienen un lípido terpenoide llamado cafestol. El consumo de grandes cantidades de café sin filtrar aumenta notablemente el grado de colesterolemia y se ha asociado a la cardiopatía coronaria. (OMS, 2013)

Las frituras, son alimentos con una alta densidad de energía proveniente de grasas principalmente saturada, hidratos de carbono refinados, con alta cantidad de sodio, deficientes en fibra y proteína, y carentes de vitaminas y minerales. Por lo que es importante prevenir el consumo de estos alimentos debido que influyen en el sobrepeso y obesidad de las personas, además de ser perjudicial para la salud. (Biobiochile, 2017)

Los snacks (golosinas y/o galletas), en su composición contienen grasas, azúcares y sustancias químicas llamadas aditivos alimenticios. Entre ellos la Maltodextrina, dextrosa, menos del 2% de dióxido de silicio (agente antihumectante) y glutamato monosódico (GMS) son algunos de los químicos más utilizados por la industria alimenticia en la elaboración de estos productos. (Prias, 2016)

La OMS, recomienda al consumo de azúcar que no debe aportar más del 10% de las calorías diarias tanto en niños como en adultos. Para una dieta de 2 000 calorías, son unos 50 gramos de azúcar, el equivalente a unas 12 cucharillas de azúcar al día en adultos y para los niños reducir a la mitad. El azúcar incrementa el aporte calórico, quita el hambre y reduce ingesta de alimentos más ricos en nutrientes, lo que favorece una dieta poco saludable. (Prats, 2015)

La mayoría de la gente consume demasiado sodio a través de la sal (una media de 9 g a 12 g de sal diarios) y no consume suficiente potasio. La OMS recomienda reducir la ingesta de sodio para reducir

la tensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y cardiopatía coronaria en adultos. (OMS, 2015). Los datos que actualmente se dispone sugieren que una ingesta diaria no superior a 70 mmol o 1,7 g de sodio es beneficiosa para reducir la tensión arterial, (OMS, 2013). Por lo que la recomendación del consumo de este elemento para la edad adulta debe de ser de menos 2 g/día de sal por día, (OMS, 2015). Por lo que su consumo excesivo es perjudicial y nefasta para la salud del individuo.

### **Factores que determinan los hábitos alimentarios**

Muchos refieren que los hábitos alimentarios están determinados por creencias en lo que la FAO refiere que una creencia se define como cualquier "expresión o proposición simple consciente o inconsciente, inferida en lo que una persona dice o hace en relación con los alimentos y la alimentación. FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2012).

Por otro lado, los factores que determinan las creencias y hábitos alimentarios son: los culturales, económicos, sociales, geográficos, religiosos, educativos, psicológicos y los relacionados con la urbanización e industrialización. (Alba y Mantilla, 2014)

Factores Culturales: La cultura se define como el estilo de vida propio de un grupo de personas, casi siempre de la misma nacionalidad o procedentes de una localidad determinada. Las creencias y hábitos alimentarios son un aspecto profundamente arraigado en muchas civilizaciones. Las creencias y hábitos alimentarios de una cultura se van transmitiendo de una generación a otra por instituciones como la familia, escuela e iglesia. (Icaza, 2014)

Uno de los factores culturales que más orientan las creencias y hábitos alimentarios lo constituye la tradición, la cual está básicamente determinada por las experiencias que han sido beneficiosas para el grupo y que son inculcadas a los niños desde pequeños.

**Factores Económicos:** El alza del costo y la escasez de víveres han hecho sentir su impacto en las comunidades y los hábitos de numerosas familias a nivel mundial. La diferencia entre pobres y ricos se ha acentuado aún más, ya que para los primeros las limitaciones para adquirir comidas diferentes y de origen animal son cada día mayor. Es también importante mencionar que muchas amas de casa seleccionan los alimentos en el mercado basándose únicamente en el precio y en las preferencias culturales y familiares, sin tomar en cuenta el valor nutritivo de los mismos. (Fernández, 2013)

**Factores Sociales:** El individuo pertenece a diversos grupos sociales, por lo cual no puede prescindirse del efecto que tenga la conducta colectiva sobre sus creencias y hábitos alimenticios. En los grupos sociales a que se está adscrito (iglesia, colegio, trabajo, club, sindicato y otros) a menudo se sirven comidas y los menús tienden a reflejar los gustos del grupo. El prestigio social es también uno de los factores sociales que determinan las creencias y hábitos alimentarios, pues existen algunos alimentos que gozan de significado social. (Icaza, 2014)

**Factores Geográficos:** El hombre descubre los diferentes alimentos que le ofrece su entorno geográfico y en función de dicho hábitat. Y de la filosofía de ese pueblo consumen unos alimentos u otros. También existen diferencias entre zonas rurales y zonas urbanas. En las zonas urbanas hay mayor consumo proteico y de vitaminas, mientras que en las zonas rurales hay mayor consumo glúcido y graso. (Apoyo. 2012)



Factores Religiosos: La alimentación se ve condicionada por muchas creencias religiosas. Las restricciones impuestas por la religión influyen en los hábitos alimentarios de muchos pueblos. Por ejemplo, la mayoría de hindúes no come carne de res y algunos de ellos jamás prueban alimento alguno de origen animal, excepto la leche y productos lácteos, pues su religión les prohíbe quitar la vida a un animal. (Apoyo, 2012)

Factores Educativos: El nivel educativo ha influenciado el patrón alimentario el cual se ha observado que varía según el grado de escolaridad de las personas y familias. Viéndose reflejado en el mal uso de los alimentos disponibles y la toma de decisiones incorrectas sobre el consumo de los mismos; por esta razón los hábitos alimentarios deben ser educados desde las edades más tempranas acorde a las realidades, costumbres y necesidades de los países, tributando a una mejor calidad de vida (Barrial, A y Barrial, A. 2012).

Factores Psicológicos: Las creencias y hábitos alimentarios son parte importante de la conducta humana. Por ello es que durante los últimos años se le ha dado un mayor énfasis a la alimentación y nutrición desde el punto de vista psicológico-social. La alimentación no se reduce exclusivamente al campo puramente fisiológico sino también comprende el campo psicológico social. (OMS, 2015)

### **2.1.2. Enfermedades no Transmisibles**

Las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. OMS (2013). Afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero la evidencia muestra que más de 16 millones de las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen en personas menores de 70 años de edad; ocurriendo en su mayoría las

muerres prematuras en países de ingresos bajos y medianos. Toda persona y en cualquier etapa de la vida esta vulnerable a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas malsanas, que pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, sobrepeso y obesidad. Hay soluciones de bajo costo para prevenir los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles más comunes como el ejercicio físico, las dietas adecuadas y el uso de alcohol. (OMS, 2015)

La prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta. La OMS emitió una estrategia mundial basada en el régimen alimentario, actividad física y salud, que establece las medidas para reducir los factores de riesgo de ENT asociados. Con respecto a la dieta, esta estrategia recomienda que se debe limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans; aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar la ingesta de azúcares libres; y limitar la ingesta de sal. (Márquez, 2017).

Para evitar y controlar las ENT, es cumpliendo un decálogo de conductas saludables como: no fumar, alimentándose sanamente, realizando actividad física, controlando el peso, evitando el uso nocivo de alcohol, conociéndolas cifras de hipertensión – colesterol – glucosa, manteniéndose hidratado y reduciendo la carga emocional. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

La manera de prevenir la diabetes tipo 2 el Instituto Nacional de Salud planteó un plan para prevenir dicha enfermedad, en la que consiste hacer por lo menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada, cinco días a la semana. Por ejemplo, caminatas rápidamente. Consumir una variedad de alimentos bajos en grasa y

reduzca el número de calorías que consume por día. Y la pérdida de peso. (Instituto Nacional de Salud, 2014)

Para el presente estudio sobre la forma de prevención de enfermedades no transmisibles a través de los hábitos alimentarios se estudiará la diabetes, hipertensión arterial y el sobrepeso y obesidad.

## **Diabetes**

La DM se define como una enfermedad endocrino – metabólica de carácter crónico y elevada prevalencia, caracterizada por la alteración del metabolismo hidrocarbonado, que se manifiesta principalmente por la elevación persistente y mantenida de la glucemia plasmática, como consecuencia de la disminución de la secreción pancreática endógena de insulina. (Gómez y Palma, 2013)

Se distinguen cuatro tipos básicos de diabetes. DM1 el mecanismo fisiopatológico que determina la aparición de la enfermedad es la destrucción de las células b pancreáticas encargadas de la secreción de insulina, en la mayoría de los casos esta destrucción se inicia con la presencia de anticuerpos dirigidos frente a la célula b, la enfermedad suele presentarse en la infancia y/o adolescencia (< 30 años). DM2 el mecanismo fisiopatológico fundamental es la disminución de la eficacia de la insulina por disminución de la sensibilidad a la misma, también denominada resistencia basal a la insulina, su incidencia y prevalencias están ligadas en cierta medida al sobrepeso/obesidad; la dieta en los pacientes tiene una importancia fundamental, encaminada no sólo al control de la hiperglucemia, sino también al control del peso y de los factores de riesgo frecuentemente asociados. DMG (diabetes millitus gestacional) tipo de DM que se diagnostique durante el embarazo independientemente de la etiología o de su persistencia una vez terminado el embarazo. En el grupo “otros tipos de DM” incluimos las

formas de DM resultantes de alteraciones genéticas concretas, las relacionadas con el uso de determinados fármacos como los esteroides o las que acontecen como consecuencia de la lesión o enfermedad específica del páncreas: DM asociada a fibrosis quística, DM tras pancreatocromía, etc. (Gómez y Palma, 2013)

El diagnóstico es a través de la Glucosa plasmática > 200 mg/dl en cualquier momento del día junto con los síntomas cardinales de DM, esto es: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso. Una vez diagnosticada la DM la nutrición es un pilar fundamental en el tratamiento integral, en tanto que una buena estrategia nutricional contribuye enormemente a la prevención y mejoría del curso clínico de la enfermedad, a la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo CV y de las complicaciones crónicas asociadas a la DM y a mejorar la calidad de vida. (Gómez y Palma, 2013)

En la dieta los hidratos de carbono son el pilar fundamental, a consumir en forma de legumbres, cereales y frutas; de forma similar, se recomienda un consumo frecuente de verduras, en lo que respecta a las proteínas se preconiza un consumo moderado de productos cárnicos, siendo preferible el consumo de pescado, incluyendo el pescado azul, y las aves; se recomienda un consumo moderado de lácteos, sobre todo quesos y yogurt; y como fuente de grasa fundamental se prefiere el aceite de oliva. (Gómez y Palma, 2013)

### **Hipertensión arterial**

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) como resultado de la función de “bombeo” que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial. Se dice que una persona tiene hipertensión arterial cuando la presión sistólica es igual o mayor de 140 mm de Hg y la presión diastólica es igual o

mayor de 90 mm de Hg. Y su evolución es sin manifestar ningún síntoma o ser éstos leves, por lo que se le conoce también como “el asesino silencioso”. (IREGA, 2017)

Los factores de riesgo personales que lo ocasiona son: exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal, consumo de alcohol, insuficiente ingesta de potasio, tabaquismo y estrés. La sintomatología que el individuo puede presentar es dolor de cabeza, visión borrosa, mareo, zumbido de oídos, nerviosismo y cansancio. Entre otros la elevación de la presión arterial, no produce síntomas, pero si aumenta el trabajo del corazón, lo debilita al paso del tiempo y aumenta el riesgo de alguna complicación como ataque al corazón, embolia cerebral, problema en los riñones, problemas con los ojos y muerte. (IREGA, 2017)

La detección de hipertensión arterial se realiza mediante el procedimiento de medición de la presión arterial con el apoyo de un aparato denominado esfigmomanómetro. La prueba para la detección se realiza cuando el usuario está sentado con un brazo apoyado sobre una mesa; el esfigmomanómetro debe colocarse a la altura del corazón, y bien ceñido alrededor de la parte superior del brazo, colocándolo de tal manera que el borde inferior quede a 2,5 cm por encima del pliegue del codo y el diafragma del estetoscopio sobre la arteria braquial. Se debe tener en cuenta si se conoce los valores de la PA del paciente el esfigmomanómetro se debe inflar hasta que el medidor o columna de mercurio marque 30 mmHg por encima de la presión sistólica normal, si se desconoce la presión sistólica usual, se infla el esfigmomanómetro hasta 210 mmHg. Luego se abre la válvula ligeramente, dejando que la presión disminuya en forma gradual (2 a 3 mm Hg por segundo). (Clínica DAM. 2017)

Las interpretaciones se realizarán de acuerdo a los hallazgos de la presión arterial considerada como óptima, desde el punto de vista

de los riesgos cardiovasculares, cuando es inferior a 120/80 mmHg es normal. (Clínica DAM. 2017). En el año 2014, la OMS y la Sociedad Internacional de hipertensión (SIH) clasificaron la hipertensión arterial de la siguiente forma: La categoría sistólica y diastólica óptima debe ser inferior a 120/80 mmHg. Un nivel normal comprende niveles inferiores a 130/85 mmHg y se considera alta cuando supera 130-139/85-89 mmHg. Una persona padece hipertensión sistólica aislada cuando el valor de la tensión arterial sistólica supera 140 mmHg. La hipertensión ligera o de grado I comprende niveles de 140-159 / 90-99 mmHg. La hipertensión moderada o de grado II se sitúa entre 160-179/100-109 mmHg y la hipertensión severa o de grado III comprende niveles superiores a 180-110 mmHg. (Marnet. 2017).

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa. El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas del tratamiento no farmacológico, en alimentación sana y actividad física, así como manejo con medicamento (farmacológico). La principal meta del tratamiento consiste en lograr una presión arterial menor de 140/90 mm de Hg; en el caso de las personas con diabetes la meta consiste en mantener una presión arterial menor de 130/85 mm de Hg. La terapia nutricional es el elemento más importante en el tratamiento no farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial, aunado al ejercicio, estas son las primeras intervenciones que se requieren para controlar la enfermedad. (Vega, M. 2016)

La alimentación correcta es el elemento más importante y principal para la rápida disminución de la presión arterial. La cantidad y tipo de comida deben tener relación con la estatura, el peso, género y la actividad física que desarrolla la persona.

## **Sobrepeso y obesidad**

El sobrepeso se define como una acumulación anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Donde el índice de masa corporal (IMC) oscila entre los valores de 25 a < de 30, es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla. En cambio, la obesidad es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En personas adultas es determinada por un  $IMC \geq 30$ . Así mismo, se clasifica en obesidad grado I, con un IMC de 30 a < 35; obesidad grado II, con IMC de 35 a < 40; y obesidad grado III, con un IMC de  $\geq$  a 40. (MINSAs, 2012)

La meta del IMC según expertos de la OMS en obesidad, refieren que la recomendación a escala individual es mantener el intervalo de 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> y evitar un aumento de peso superior a 5 kg durante la vida adulta. (OMS, 2013)

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, las cuales a nivel mundial ocurre lo siguiente. (OMS, 2016):

- Aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa
- Descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.
- Cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.

## **Teoría de enfermería que sustenta el trabajo de investigación**

La teoría de enfermería que sustenta el trabajo de investigación es la teoría del autocuidado de Dorotea Orem, donde define que: "el autocuidado" son actividades o acciones que realiza la persona con el fin de controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Es así que las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, que contribuyen a la salud y el bienestar. Y para lograr el propósito de mantener el bienestar, salud y desarrollo, hay requisitos que son básicos y comunes, según Dorotea existen tres grandes grupos de requisitos:

Los requisitos universales, que son comunes en todos los seres humanos que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad; siendo la conservación del aire, la conservación del agua, la conservación de los alimentos, la eliminación, la actividad y el descanso, la soledad e interacción social, la prevención de riesgos y la promoción de la actividad humana. Los requisitos del desarrollo, que son etapas específicas del desarrollo humano (etapas de vida) y que varían en períodos específicos del ciclo vital y que pueden afectar positiva o negativamente, como los hábitos alimentarios que pueden afectar positivamente o negativamente la salud del individuo. Y alteraciones o desviaciones de salud, que son las enfermedades fisiológicas o psicológicas de forma temporal o permanente, a causa de las acciones, hábitos o autocuidado del ser humano. (Raile y Marriner, 2011)



## 2.2. Estudios Previos

### 2.2.1. Internacional

Miramontes y Maña (2016) México, realizaron un estudio sobre “La vida en altura como factor de riesgo que predispone la elección de la alimentación rica en carbohidratos: Efectos en la DM II”, tuvo como objetivo conocer si los hábitos alimentarios repercuten en un mayor número de casos con DM II e hipertensión arterial (HTA); fue un estudio comparativo descriptivo transversal. Los resultados fueron que el 61,3% pertenecía al género, el 13,69% se encontró que tenían diabetes tipo II femenino; con respecto a la hipertensión arterial el 16,2% de la población tenía esta patología; concerniente a la relacione se encontró que la DM II depende de la altura ( $p=0,021$ ) pero no del consumo de carbohidratos ( $p=0,708$ ) y la HTA no depende ni de la altura ( $p=0,538$ ) ni del consumo de HDC ( $p=0,401$ ). Se concluye que en la aparición de la diabetes tipo II juegan factores genéticos, socioculturales y socioeconómicos como los hábitos alimentarios.

Kluczynik y Cols, (2016), Brasil, realizaron un estudio sobre “Asociación entre los factores de riesgo para la hipertensión y diagnóstico de enfermería sobrepeso en adolescentes”, cuyo objetivo fue explorar las asociaciones entre los factores de riesgo para la hipertensión y el Diagnóstico de Enfermería (DE) de sobrepeso en adolescentes, estudio transversal realizado con 347 adolescentes de escuelas de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Para el análisis se formaron dos grupos: los estudiantes con el DE de sobrepeso ( $n=100$ ) y los estudiantes sin este diagnóstico ( $n=247$ ). Los resultados fueron que los factores de riesgo para la hipertensión que se asociaron con diagnóstico de enfermería fueron: obesidad abdominal ( $OR=40,0$ ), la ingesta de alimentos ricos en azúcar ( $OR=3,5$ ) y en grasa ( $4,4$ ); antecedentes familiares de hipertensión ( $OR=6,9$ ), obesidad ( $OR=2,0$ ) y diabetes ( $OR=5,5$ ). se concluyó que los factores de riesgo para la

hipertensión es el exceso de peso, los hábitos de alimentación, los antecedentes familiares de enfermedades y la presión arterial anormal.

Cervera (2014) España, realizaron un estudio sobre “Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria”, el objetivo fue caracterizar los hábitos alimentarios en una población de estudiantes universitarios y evaluar la calidad de su dieta; estudio transversal con una muestra de 80 estudiantes de la Facultad de Enfermería. Los resultados fueron el 78,75% pertenecían al género femenino; la dieta de los estudiantes es ligeramente hipocalórica; la contribución de los macronutrientes a la energía total diaria la definen como hiperproteica (17%), pobre en hidratos de carbono, alrededor del 40%, casi duplica las recomendaciones de azúcares simples y es alta en grasa saturada y colesterol, la principal fuente de grasa son los alimentos cárnicos, mientras que el grupo del pescado sólo representa el 3,1%; la ingesta de cárnicos y lácteos supera ampliamente a la de poblaciones universitarias en otros países mediterráneos europeos. Más del 91% de los estudiantes se encuentra en una situación de “necesidad de cambios en la dieta” hacia patrones más saludables.

Gómez y Cols, (2014) España, realizaron un estudio sobre “Estado nutricional, hábitos alimentarios y perfil sociosanitario de los usuarios del servicio de comida a domicilio para personas mayores de Vitoria-Gasteiz”, cuyo objetivo fue conocer el estado nutricional, los hábitos alimentarios y las principales características sociosanitarias de los mayores de 65 años usuarios de este servicio en el municipio de Vitoria – Gasteiz; estudio descriptivo y transversal. Los resultados encontrados fueron el 56,25% correspondía al género femenino, la prevalencia del estado nutricional fue desnutrición y riesgo de desnutrición era de 11% y 39% respectivamente; los hábitos alimentarios: la comida servida garantizaba un aporte mínimo de legumbres, pasta, arroz o patatas (1-2 veces/semana), de pescado (1-2 veces/semana) y de carne (3-4 veces/semana); la frecuencia de

consumo de verduras, pescado, arroz, huevos y carne era inferior al recomendado en más del 70% del colectivo.

Paccor (2012) España, realizó una investigación sobre “Estado nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes de cuarto año de la Carrera de Licenciatura en Nutrición”, cuyo objetivo fue evaluar hábitos alimentarios y estado nutricional en estudiantes de nutrición, con una muestra de 113 estudiantes. Los resultados encontrados fueron que el 77% de los estudiantes tuvieron un peso normal, el 15% sobrepeso grado I, el 5% bajo peso o delgadez, el 3% sobrepeso u obesidad y ningún caso de obesidad mórbida; con respecto a los hábitos alimentarios la mayoría realiza todas las comidas diarias recomendadas como desayuno (87,5%), almuerzo (100%), merienda (85%) y cena (95%); la forma como elaboran sus alimentos el 87,7% es al horno, hervidos (60%) y a la plancha (55%); en cuanto a los lácteos, la mayor parte consume leche parcialmente descremada (87%) con una frecuencia semanal alta de 7 días (50%) y de 5 días (26%); Con respecto al consumo de carnes la mayor parte consumen en forma variada alternando carnes rojas y blancas, la mayoría de los alumnos consume carnes rojas (95%) con una frecuencia semanal de 3 días, de aves (92%) con una frecuencia semanal de 2 días y de pescado (70%) con una frecuencia semanal de 2 días. Se concluye que en parte los hábitos alimentarios influyen en el estado nutricional.

### **2.2.2. Nacional**

Meza y Tapullima (2016) Iquitos, “estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio externo de enfermedades no transmisibles del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García. 2016”, Tuvo como objetivo principal relacionar el estilo de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con la enfermedad con el estado nutricional durante la enfermedad. Para ello se siguió un modelo de investigación no experimental, descriptiva, correlacional y analítica. Se

utilizó técnicas de recolección de datos mediante la aplicación de un cuestionario IMEVID, evaluación del estado nutricional por medio de mediciones antropométricas de peso, talla para encontrar el IMC. Se verificó el índice glucémico el mismo día de la toma de datos utilizando un glucómetro. Se contó con una muestra de 132 participantes, de los cuales 86 eran mujeres y 46 varones. Los resultados obtenidos muestran que el 56,8% de pacientes, se ubican en el nivel óptimo de glucosa “70 a 145 mg/dl”, mientras que el 36,4% se ubica en el nivel de alto riesgo “> 160 mg/dl”. El estado nutricional predominante fue de sobrepeso con 39,4%. Mientras que para obesidad se obtuvo 28,8%. Para el estado nutricional normal el resultado fue de 22%, mientras que para delgadez fue de 1,5%. Para obesidad tipo III se obtuvo 3%.

Hidalgo (2014) Perú, realizó un estudio sobre “Asociación del estado nutricional con los estilos de vida del profesional de salud de una empresa de salud”; cuyo objetivo fue Evaluar la asociación del estado nutricional con los estilos de vida de los profesionales de la salud de una Empresa de Salud; estudio observacional, descriptivo de corte transversal; la muestra fue de 288 trabajadores. Los resultados encontrados fueron que el 70,8% perteneció al género femenino; con respecto al estado nutricional el 20,8% son normopeso en el género masculino y el 79,2% son femeninos, con sobrepeso el 32% son masculinos y el 68% femenino y los obesos el 43,5% masculinos y 56,5% femeninos; con respecto a la asociación de estado nutricional y consumo de alimentos se encontró que los que toman agua y diagnóstico nutricional normopeso, son el 88,3%, sobrepeso el 84,4% y obesidad el 93,48%, los que consumen fibra y presentan un diagnóstico nutricional normopeso son el 8,3%, sobrepeso el 10,7% y obesidad el 17,39%, los que consumen leche y presentan un diagnóstico nutricional normopeso son el 26,7%, sobrepeso el 25,4% y obesidad el 23,91%, los que consumen frituras y presentan un diagnóstico nutricional normopeso son el 92,5%, sobrepeso el 92,6% y obesidad el 89,13%, los que consumen embutidos y presentan un

diagnóstico nutricional normopeso son el 67,5%, sobrepeso el 72,1% y obesidad el 63,04%. Con respecto a la significancia del estado nutricional y consumo de alimentos no se encontró asociación, pero si hubo significancia de  $p < 0,05$  con la edad y género.

Palomares (2014) Perú, realizó una investigación sobre “Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud”, cuyo objetivo fue analizar si existe una correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud de un hospital del MINSA, Lima - 2014. Presentó un diseño observacional, analítico, correlacional, de corte transversal y prospectivo. Y según los resultados de este estudio corresponden a 106 profesionales de la salud evaluados en un hospital del MINSA en el periodo de agosto y octubre del 2014, de los cuales 79 son mujeres y 27 son varones, y la edad promedio es de 45,5 años. Según la correlación de Spearman se encontró una asociación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional representado por los valores antropométricos de Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura y grasa visceral ( $p = 0,000$ ;  $r (\rho) = -0,0773$ ); ( $p = 0,000$ ;  $r (\rho) = -0,582$ ); ( $p = 0,000$ ;  $r (\rho) = -0,352$ ) respectivamente. La correlación de las dimensiones del instrumento Estilos de Vida Saludables (EVS), definió a los “Hábitos Alimenticios” con una correlación negativa con el IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral, ( $p = 0,000$ ;  $r (\rho) = -0,671$ ); ( $p = 0,000$ ;  $r (\rho) = -0,458$ ); ( $p = 0,002$ ;  $r (\rho) = -0,3$ ) respectivamente. La aplicación del instrumento EVS permitió diagnosticar que el 72,6% de los profesionales de la salud tienen un Estilo de Vida “Poco saludable”, el 24,5% tiene un Estilo de Vida “Saludable” y un 2,8% “Muy saludable”. Los resultados antropométricos indican según IMC, que el 68% de los profesionales de la salud tienen sobrepeso y obesidad. Respecto a la circunferencia de cintura el 70,7 % está entre “Alto Riesgo Cardiometabólico” y “Muy Alto Riesgo Cardiometabólico”. En cuanto a grasa visceral el 34% está en un nivel “Alto”. La grasa corporal en los niveles “Alto” y “Muy Alto”

suman 88,7%. Se concluye que existe una correlación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional (valorado por IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral) entre los profesionales de la salud de un hospital del MINSA.

Orellana y Urrutia (2013) Perú, realizaron una investigación sobre “Evaluación del estado nutricional, nivel de actividad física y conducta sedentaria en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas”, Con la presente investigación se evaluó la relación existente entre el Estilo de Vida, valorado por el nivel de actividad física y la conducta sedentaria, y el Estado Nutricional valorado mediante una evaluación antropométrica de los estudiantes de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Es un estudio de tipo cuantitativo, transversal, descriptivo y analítico. La muestra final está conformada por 208 estudiantes donde el 55,29% son damas y 44,71% son varones. Los resultados muestran que el 19,13% de damas y 35,48% de varones se encuentra con sobrepeso y el 4,42% de damas y 8,61% de varones con obesidad. Se detalla un mayor riesgo cardiovascular en el sexo femenino según los dos indicadores evaluados: el perímetro de cintura (21,71%) y el índice de cintura- cadera (40%). Respecto al nivel de actividad física, la mayor parte de damas se encuentra en un nivel bajo (45,22%), mientras que la mayoría de varones en un nivel moderado (45,16%) y la minoría en un nivel alto (20% de mujeres y 24,73% de varones. En cuanto a la conducta sedentaria, la media de minutos que pasan sentados los estudiantes de medicina fue de 505 minutos (8,4 horas) encontrándose en la clasificación de conducta sedentaria media. Tanto el riesgo cardiovascular de acuerdo al perímetro de cintura (PC) y al índice cintura- cadera (ICC) son variables dependientes de la conducta sedentaria (p

### 2.3. Marco Conceptual

1. **Autocuidado:** actividades que los individuos aprenden a realizar de forma deliberada para mantener la vida (su carencia puede producir la enfermedad o muerte).
2. **Alimentación:** es un proceso voluntario, educable y consciente que consiste en la elección, preparación e ingestión de los alimentos.
3. **Alimento:** son todos los productos naturales o industrializados que consumimos para cubrir una necesidad fisiológica (hambre).
4. **Delgadez:** es una clasificación de la valoración nutricional de personas adultas, cuando el índice de masa corporal está por debajo de 18,5.
5. **Diabetes:** es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce
6. **Dieta:** conjunto de las sustancias alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.
7. **Enfermedad:** alteración patológica de uno o varios órganos, que da lugar a un conjunto de síntomas característicos.
8. **Enfermedades no transmisibles:** enfermedades de larga duración y no contagiosas cuya evolución es generalmente lenta.
9. **Estilo de vida saludable:** es la forma de vivir, cuyo conjunto de patrones de conducta o hábitos promueven y protegen su salud, familia y comunidad.

- 10. Hábitos alimentarios:** son aquellas actitudes adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación y que pueden ser modificadas por diversos factores.
- 11. Hipertensión arterial:** es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos
- 12. Índice de masa corporal:** es la relación entre el peso corporal con la talla elevada al cuadrado de la persona. Se le conoce también como índice de Quetelet, y su fórmula de cálculo es la siguiente:  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$ .
- 13. Nutrientes:** son sustancias que se encuentran dentro de los alimentos y que el cuerpo necesita para realizar diferentes funciones y mantener la salud. Existen cinco tipos de nutrientes llamados: Proteínas o Prótidos, Grasas o Lípidos, Carbohidratos o Glúcidos, Vitaminas y Minerales.
- 14. Nutrición:** es un proceso involuntario e inconsciente por el que el organismo transforma los alimentos a través de cuatro procesos: digestión, respiración, circulación y excreción, para que sus componentes puedan ser utilizados por las células.
- 15. Microred de salud:** son órganos de línea que están a cargo de la administración del recurso humano, financiero, y que brindan servicios de salud al individuo, familia y/o comunidad
- 16. Obesidad:** es una enfermedad caracterizada por un estado excesivo de grasa corporal o tejido adiposo. En personas adultas es determinada por un IMC mayor o igual a 30.
- 17. Personal de salud:** La OMS define que son todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud



**18. Salud:** según la OMS es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

**19. Sobrepeso:** es una clasificación de la valoración nutricional, donde el peso corporal es superior a lo normal. En personas adultas es determinado por un IMC mayor o igual de 25 y menor de 30.

## CAPITULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1. Formulación de Hipótesis

#### 3.1.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

#### 3.1.2. Hipótesis específicas

Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

### 3.2. Identificación de variable

#### 3.2.1. Clasificación de variables

**Variable independiente (x):** Hábitos alimentarios

**Variable dependiente (y):** Enfermedades no transmisibles

### **3.2.2. Definición conceptual de variables**

#### **Hábitos alimentarios**

Los hábitos alimentarios son acciones o actitudes que es aprendido en el seno familiar, pero se encuentran influenciados por varios factores. CECU (Confederación de consumidores y Usuarios) (2013).

Son adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación. Llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico es la fórmula perfecta para estar sanos; para esto debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir nuestras necesidades energéticas y nutritivas, ya que influyen en el mantenimiento adecuado la salud.

#### **Enfermedades no transmisibles**

Las enfermedades no transmisibles o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. OMS (2013).

Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales como una mala alimentación, sedentarismo, tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.

### 3.2.3. Definición operacional de variables

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Hábitos alimentarios	Adecuados	Consumo de:
		Lácteos
		Leguminosa
		Frutas y verduras
		Cereales, tubérculos
		Aceite de Oliva y Soya
	No adecuados	Consumo de:
		Inhibidores (café, té, gaseosa)
		Frituras
		Golosinas, Snack, galletas
Prevención de enfermedades no transmisibles	Diabetes	Alimentación
		Ejercicio
		Control glicemia
	HTA	Control PA
		Consumo sal
		Sustancias toxicas
	Sobrepeso y obesidad	Peso
		Estado nutricional
		Sedentarismo

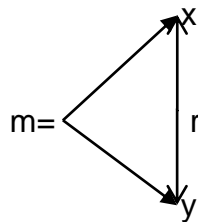
## CAPITULO IV METODOLOGÍA

### 4.1. Descripción del Método y Diseño

**Método.** El método a utilizado fue el Descriptivo, porque se describieron y analizaron las variables tal como se observaron en la realidad. (Lorenzano, C. 2010).

**Diseño.** Presentó un diseño correlacional. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014)

A continuación, se presentó el siguiente esquema del diseño:



m = Muestra de estudio

x = Observación de la variable hábitos alimentarios

y = Observación de la variable enfermedades no transmisibles

r = Relación entre las variables

### 4.2. Tipo y nivel de Investigación

**Tipo.** El trabajo de investigación según la tendencia fue un estudio cuantitativo, porque el aporte fue solamente a nivel de conocimiento científico. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014)

**Nivel.** El Estudio fue de nivel básica porque porque el aporte fue solamente a nivel de conocimiento científico. (Supo, J. 2014).

### **4.3. Población y Muestra**

#### **4.3.1. Población**

La población estuvo conformada por los trabajadores de salud de los 13 establecimientos de salud que pertenecen a la microred Virgen del Carmen, Distrito de Bambamarca y departamento de Cajamarca

**N = 53**

#### **4.3.2. Muestra**

Por tratarse de una población Censal, la muestra la conformaron el integro de la población.

**n= 53**

### **4.4. Consideraciones Éticas**

En el presente estudio se aplicó los principios éticos que rigen al profesional de enfermería, que permitió cumplir los objetivos establecidos, moralmente y éticamente aceptados. Principios como los siguientes: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Siendo nuestra base moral que nos hace ser servidores del prójimo, y respetar su integridad.

#### **Principio de beneficencia**

Desde el inicio de la investigación, la principal consideración y preocupación es la de no causar daño; así mismo las preguntas serán formuladas con sumo cuidado para no infligir daño psicológico en los participantes, además se les asegurará que su participación e información que proporcionarán no será utilizada en ninguna forma en contra de ellos.

### **Principio de no maleficencia**

Es el respeto hacia la condición física y situación emocional evitando causar daño alguno por lo que se busca un lugar adecuado para realizar la encuesta, guardando los resultados con total discreción y respetando la confianza del encuestado.

### **Principio de justicia**

Para el cumplimiento de este principio fue asegurado aplicándoseles a todos los trabajadores de salud de la microred Virgen del Carmen, sin distinción de etnia, credo u religión, dándose la libertad a manifestar sus dudas, y respuestas brindándoles en todo momento un trato respetuoso y amable.

### **Principio de autonomía**

Uno de los principios que incorpora la bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los encuestados es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: La información y el consentimiento.

## **CAPITULO V TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **5.1. Técnicas e instrumentos**

La técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta, la cual fue aplicada al personal de salud de la microred Virgen del Carmen.

El instrumento que se empleó en la presente investigación fue un cuestionario, constituido por 34 preguntas; las preguntas de la 1 a 5 corresponde a los datos generales; las preguntas de la 6 a la 20 responden a la Variable Hábitos Alimenticios (Adecuados y No Adecuados) y las preguntas de la 21 a la 34 responden a la variable prevención de enfermedades no transmisibles como es la diabetes, la hipertensión arterial y el sobrepeso y obesidad. Dicho instrumento se realizó la validez y confiabilidad con el paquete estadístico spss v23, dando una confiabilidad de alfa de cronbach de 0,839.

### **5.2. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos**

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó el trámite administrativo mediante la presentación de una solicitud dirigida al Gerente de la microred Virgen del Carmen; para obtener el permiso de la aplicación del instrumento. Luego se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes con el gerente, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando una duración promedio de 25 a 30 minutos por encuestado.

Para el análisis de los datos, luego de tener las respuestas de la aplicación del instrumento, se realizó el vaciado de la data en Excel, obteniéndose las sumas de las dimensiones y de las variables. Luego se utilizó el software SPSS versión 23.0, para la reconversión de variables a niveles – rangos y brindando los informes respectivos.



Para mostrar los resultados obtenidos, se trabajó tablas de frecuencias, porcentajes y gráficos de barras, elementos que ayudaron a ver las descripciones y posible relación entre las variables de estudio. Para la prueba de hipótesis al ser variables ordinales se utilizó la prueba estadística no paramétrica Rho de Spearman, según el resultado de significancia obtenido en la prueba de normalidad.

## CAPÍTULO VI RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1. Presentación, análisis e interpretación de datos.

Tabla 1

*Distribución de datos de la variable hábitos alimentarios*

Niveles	f	%
Bueno	15	28,30
Regular	22	41,51
Malo	16	30,19
Total	53	100,00

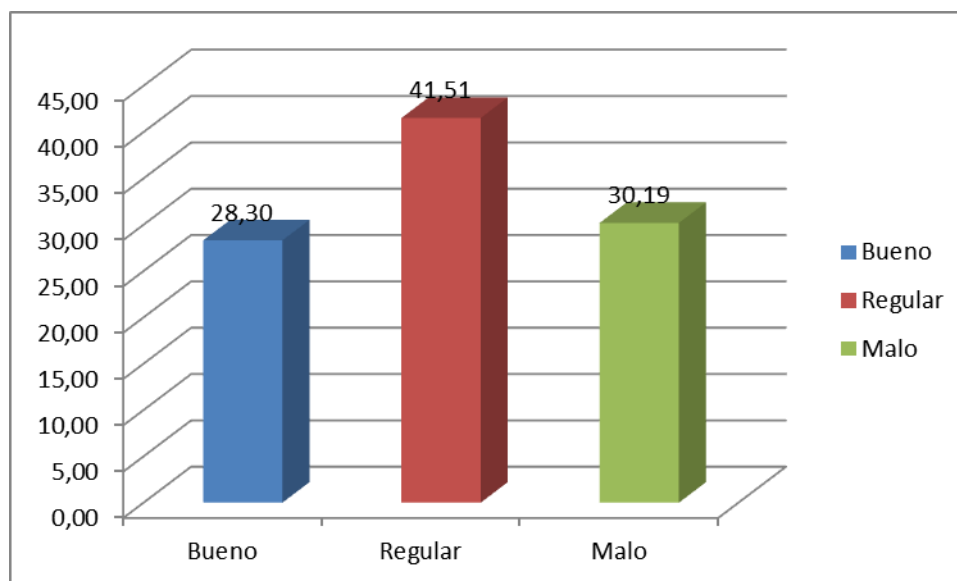


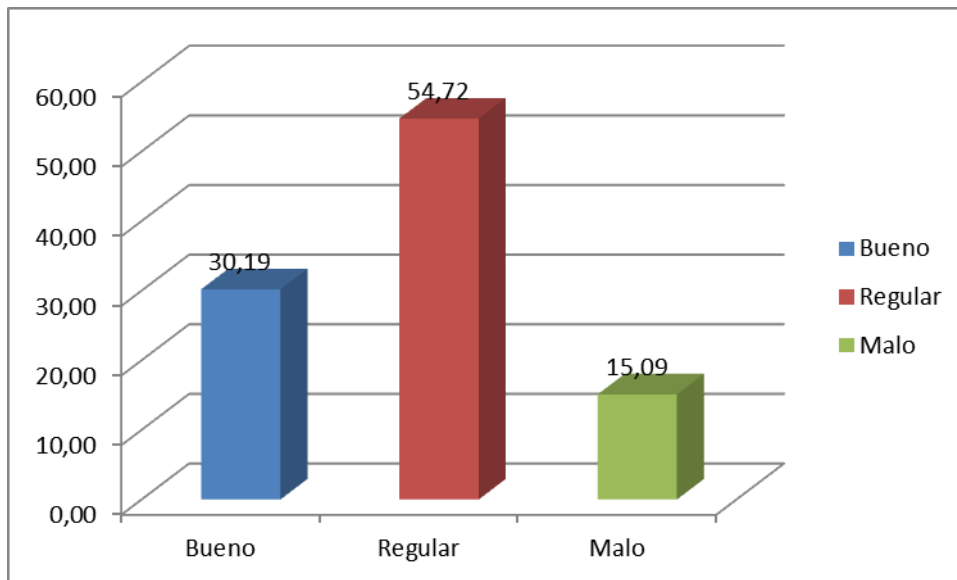
Figura 1: Niveles de la variable hábitos alimentarios

Según los resultados obtenidos se observa que el 41,51% de los encuestados de los encuestados presentan un nivel regular de hábitos alimentarios, el 30,19% un nivel malo y un 28,30% un nivel bueno.

**Tabla 2**

***Distribución de datos de la dimensión hábitos alimentarios adecuados***

Niveles	f	%
Bueno	16	30,19
Regular	29	54,72
Malo	8	15,09
Total	53	100,00



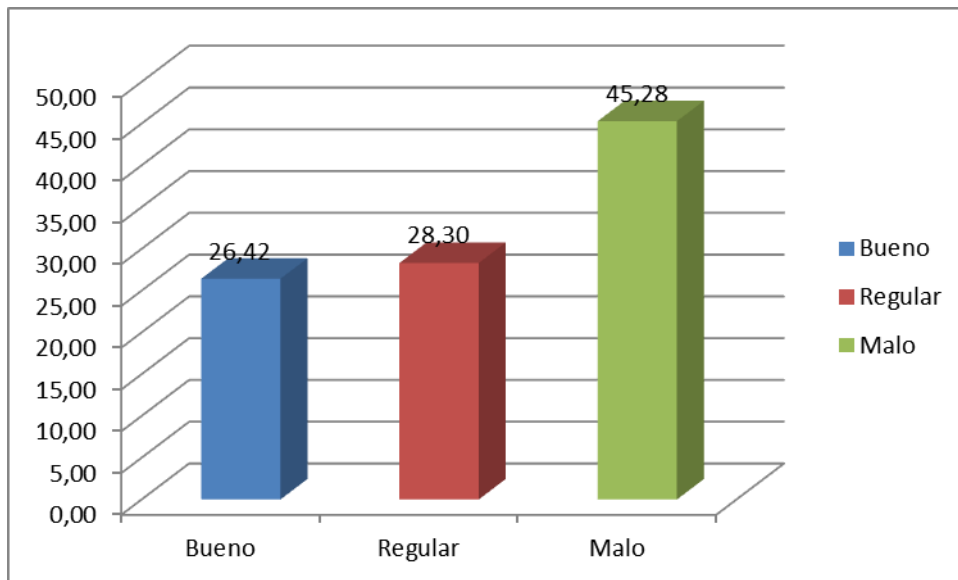
***Figura 2: Niveles de la dimensión hábitos alimentarios adecuados***

Según los resultados obtenidos se observa que el 54,72% de los encuestados presentan un nivel regular de hábitos alimentarios, el 30,19% un nivel bueno y un 15,09% un nivel malo.

**Tabla 3**

***Distribución de datos de la dimensión hábitos alimentarios no adecuados***

Niveles	f	%
Bueno	14	26,42
Regular	15	28,30
Malo	24	45,28
Total	53	100,00



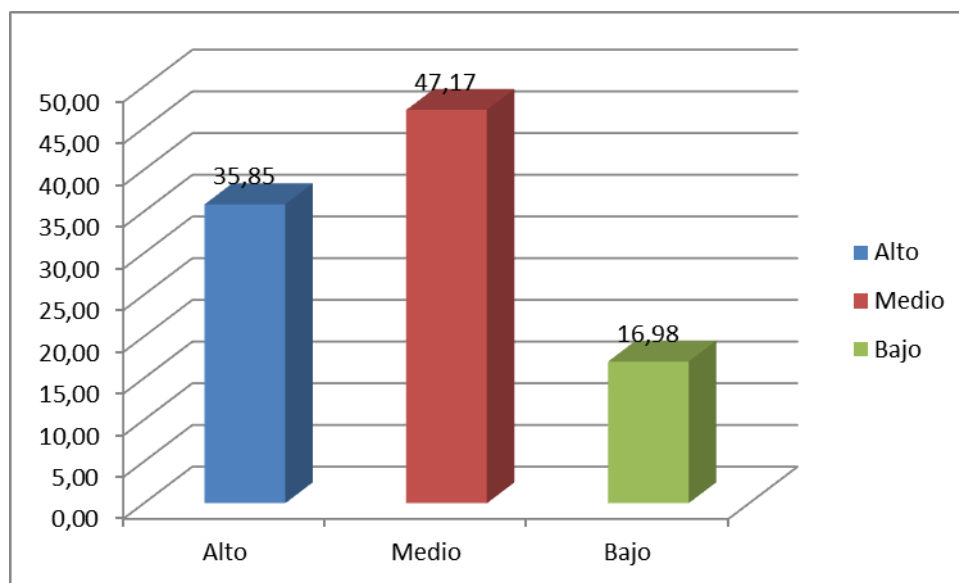
***Figura 3: Niveles de la dimensión hábitos alimentarios no adecuados***

Según los resultados obtenidos se observa que el 26,42% de los encuestados presentan un nivel bueno de hábito alimentario no adecuado, el 28,30% un nivel regular y un 45,28% un nivel malo.

**Tabla 4**

***Distribución de datos de la variable prevención de enfermedades no transmisibles***

Niveles	F	%
Alto	19	35,85
Medio	25	47,17
Bajo	9	16,98
Total	53	100,00



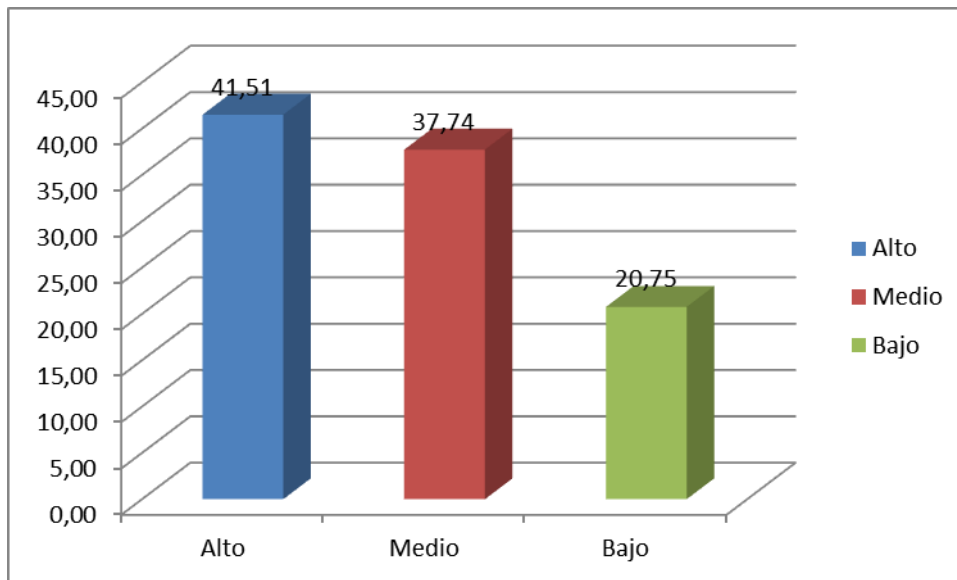
**Figura 4:** Niveles de la variable enfermedades transmisibles

Según los resultados obtenidos se observa que el 47,17% de los encuestados tienen un nivel medio de prevención de enfermedades no transmisibles, el 35,85% un nivel alto y un 16,98% un nivel bajo.

**Tabla 5**

***Distribución de datos de la dimensión prevención de diabetes***

Niveles	f	%
Alto	22	41,51
Medio	20	37,74
Bajo	11	20,75
Total	53	100,00



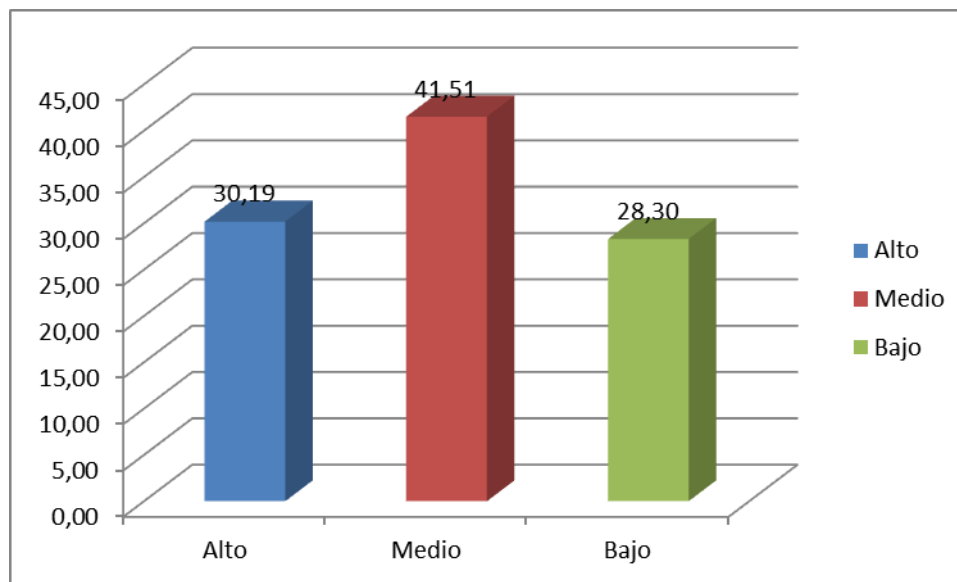
***Figura 5: Niveles de la dimensión prevención de diabetes***

Según los resultados obtenidos se observa que el 41,51% de los encuestados tienen un nivel alto de prevención de diabetes, el 37,74% un nivel medio y un 20,75% un nivel bajo.

**Tabla 6**

***Distribución de datos de la dimensión prevención de HTA***

Niveles	f	%
Alto	16	30,19
Medio	22	41,51
Bajo	15	28,30
Total	53	100,00



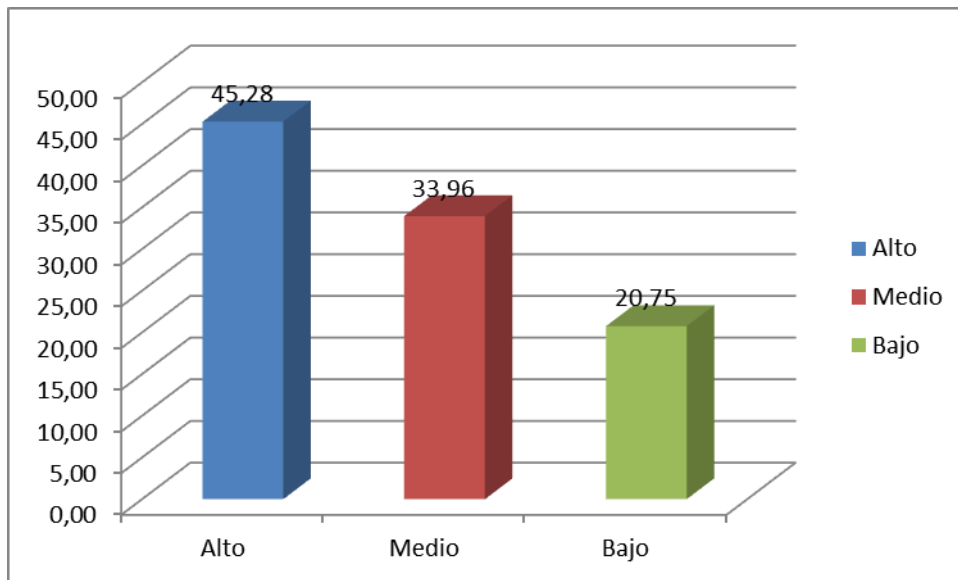
***Figura 6: Niveles de la dimensión prevención de HTA***

Según los resultados obtenidos se observa que el 41,51% de los encuestados tienen un nivel medio de prevención de HTA, el 30,19% un nivel alto y un 28,30% un nivel bajo.

**Tabla 7**

***Distribución de datos de la dimensión prevención de Sobrepeso y obesidad***

Niveles	f	%
Alto	24	45,28
Medio	18	33,96
Bajo	11	20,75
Total	53	100,00



***Figura 7: Niveles de la dimensión prevención de sobrepeso y obesidad***

Según los resultados obtenidos se observa que el 45,28% de los encuestados tienen un nivel alto de prevención de Sobrepeso y obesidad, el 33,96% un nivel medio y un 20,75% un nivel bajo.



## Prueba de hipótesis

### Comprobación de hipótesis general

H.P: Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

H.0: No existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

**Tabla 8**

### ***Correlación de Spearman según los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles***

			Hábitos alimentarios	Enfermedades no transmisibles
Rho de Spearman	Hábitos alimentarios	Coeficiente de correlación	1,000	,578**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	53	53
	Enfermedades no transmisibles	Coeficiente de correlación	,578**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	53	53

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 8 el hábito alimentario tiene una relación directa con la variable enfermedades no transmisibles, según la correlación de Spearman de 0,578 representado este resultado como moderado con una relación directa de  $p=0,000$  siendo menor que el 0,01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

## Comprobación de hipótesis específica 1

H.E.1: Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

H.0: No existe relación significativa entre los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

**Tabla 9**

***Correlación de Spearman según los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles***

		Hábitos alimentarios adecuados	Enfermedades no transmisibles
Rho de Spearman	Hábitos alimentarios adecuados	1,000	,522**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	53
	Enfermedades no transmisibles	,522**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001
		N	53

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 9 los hábitos alimentarios adecuados, tienen una relación directa con la variable enfermedades no transmisibles, según la correlación de Spearman de 0,522 representado este resultado como moderado con una relación directa de  $p=0,001$  siendo menor que el 0,01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

## Comprobación de hipótesis específica 2

H.E.2: Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

H.0: No existe relación significativa entre los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.

**Tabla 10**

***Correlación de Spearman según los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles***

			Hábitos alimentarios no adecuados	Enfermedades no transmisibles
Rho de Spearman	Hábitos alimentarios no adecuados	Coeficiente de correlación	1,000	,608**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	53	53
	Enfermedades no transmisibles	Coeficiente de correlación	,608**	1,000
Sig. (bilateral)		,000	.	
N		53	53	

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Como se muestra en la tabla 10 los hábitos alimentarios no adecuados, tiene una relación directa con la variable enfermedades no transmisibles, según la correlación de Spearman de 0,608 representado este resultado como moderado con una relación directa de  $p=0,000$  siendo menor que el 0,01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

## 6.2. Discusión

Con esta investigación se ha pretendido conocer la prevención de las enfermedades no transmisibles que tienen el personal de salud de la microrred Virgen del Carmen, analizando los hábitos alimentarios adecuados y no adecuados que influyen en las enfermedades no trasmisibles (diabetes, HTA y sobrepeso - obesidad). Frente a esto, es relevante mencionar que los datos hallados demuestran tanto los hábitos alimentarios adecuados y no adecuados influyen en la prevención de las ENT.

A través de los resultados obtenidos se puede observar en la tabla 1 y figura 1 el 28,30% de los encuestados presentan un nivel bueno de hábito alimentario, el 41,51% un nivel regular y un 30,19% un nivel malo, también se evidencia en la tabla 4 y figura 4 que el 35,85% de los encuestados tienen un nivel alto de prevención de enfermedades transmisibles, el 47,17% un nivel medio y un 16,98% un nivel bajo. Con respecto a la correlación de las variables se obtuvo en la tabla 8 que los hábitos alimentarios están relacionados directamente con la variable enfermedades no transmisibles, según la correlación de Spearman de 0,578 representado este resultado como moderado con una relación directa de  $p=0,000$  siendo menor que el 0,01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

Estos datos guardan relación con la investigación realizado por Kluczynik y Cols, (2016), acerca de la asociación entre los factores de riesgo para la hipertensión y diagnóstico de enfermería sobrepeso en adolescentes, teniendo como resultados que los factores de riesgo para la hipertensión que se asociaron con diagnóstico de enfermería fueron: obesidad abdominal (OR=40,0), la ingesta de alimentos ricos en azúcar (OR=3,5) y en grasa (4,4); antecedentes familiares de hipertensión (OR=6,9), obesidad (OR=2,0) y diabetes (OR=5,5). Concluyendo que los factores de riesgo para la hipertensión es el exceso de peso, los hábitos de alimentación, los antecedentes familiares de enfermedades y la presión arterial anormal, existiendo una similitud con los resultados obtenidos acerca de los hábitos

alimenticios, sirviendo dicho antecedente como base fundamental para la investigación.

De igual forma con la investigación realizada por Palomares (2014) acerca de los estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud, en la cual se encontró una asociación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional representado por los valores antropométricos de Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura y grasa visceral ( $p= 0,000$ ;  $r(\rho) = -0,0773$ ); ( $p= 0,000$ ;  $r(\rho) = -0,582$ ); ( $p= 0,000$ ;  $r(\rho) = -0,352$ ) respectivamente. La correlación de las dimensiones del instrumento Estilos de Vida Saludables (EVS), definió a los “Hábitos Alimenticios” con una correlación negativa con el IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral, ( $p= 0,000$ ;  $r(\rho) = -0,671$ ); ( $p= 0,000$ ;  $r(\rho) = -0,458$ ); ( $p= 0,002$ ;  $r(\rho) = -0,3$ ) respectivamente. La aplicación del instrumento EVS permitió diagnosticar que el 72.6% de los profesionales de la salud tienen un Estilo de Vida “Poco saludable”, el 24,5% tiene un Estilo de Vida “Saludable” y un 2,8% “Muy saludable”. Los resultados antropométricos indican según IMC, que el 68% de los profesionales de la salud tienen sobrepeso y obesidad. Respecto a la circunferencia de cintura el 70,7 % está entre “Alto Riesgo Cardiometabólico” y “Muy Alto Riesgo Cardiometabólico”. En cuanto a grasa visceral el 34% está en un nivel “Alto”. La grasa corporal en los niveles “Alto” y “Muy Alto” suman 88,7%. Se concluye que existe una correlación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional (valorado por IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral) entre los profesionales de la salud de un hospital del MINSA. Existiendo una contrariedad con los resultados obtenidos en la presente investigación, en la cual se obtuvo una correlación positiva y significativa.

Por otro lado, en el estudio realizado por Orellana y Urrutia (2013) acerca de la evaluación del estado nutricional, nivel de actividad física y conducta sedentaria en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, teniendo como resultado que el 19,13% de damas y 35,48% de varones se encuentra con sobrepeso y el

4,42% de damas y 8,61% de varones con obesidad. Respecto al nivel de actividad física, la mayor parte de damas se encuentra en un nivel bajo (45,22%), mientras que la mayoría de varones en un nivel moderado (45,16%) y la minoría en un nivel alto (20% de mujeres y 24,73% de varones. En cuanto a la conducta sedentaria, la media de minutos que pasan sentados los estudiantes de medicina fue de 505 minutos (8,4 horas) encontrándose en la clasificación de conducta sedentaria media. Existiendo una similitud con los resultados obtenidos acerca de los hábitos alimenticios, sirviendo dicho antecedente como base fundamental para la investigación.

### 6.3. Conclusiones

**Primera:** A través de los resultados obtenidos se concluye que el hábito alimentario, está relacionada directamente con la variable enfermedades no transmisibles, según la correlación de Spearman de 0,578 representado este resultado como moderado con una relación directa de  $p=0,000$  siendo menor que el 0,01.

**Segunda:** A través de los resultados obtenidos se concluye que los hábitos alimentarios adecuados, está relacionada directamente con la variable enfermedades no transmisibles, según la correlación de Spearman de 0,522 representado este resultado como moderado con una relación directa de  $p=0,001$  siendo menor que el 0,01.

**Tercera:** A través de los resultados obtenidos se concluye que los hábitos alimentarios no adecuados, está relacionada directamente con la variable enfermedades no transmisibles, según la correlación de Spearman de 0,608 representado este resultado como moderado con una relación directa de  $p=0,000$  siendo menor que el 0,01.

#### 6.4. Recomendaciones

**Primera:** Realizar coordinaciones con la dirección de la microred Virgen del Carmen para que se planifique y programen actividades educativas sobre hábitos alimentarios adecuados, en el personal de salud y de esta manera contribuir en su calidad vida de ellos.

**Segunda:** Poner en conocimientos al personal de salud que se intervino en la investigación de manera que tomen conciencia de los estilos de vida que están practicando.

**Tercera:** Con la colaboración de los supervisores y jefe de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, implementar actividades como charlas, talleres, películas, etc. que les permita reflexionar al personal de salud sobre su situación y de esta forma prevenir las enfermedades no transmisibles.

**Cuarta:** A los trabajadores de salud que realicen afiches que promocionen los hábitos alimenticios adecuados en el hospital.

**Quinta:** A los trabajadores de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, realizarse tamizajes bioquímicos para prevenir las enfermedades no transmisibles.



## BIBLIOGRAFÍA

- Alba, D. y Mantilla, S. (2014) *Estado nutricional, hábitos alimentarios y de actividad física en adultos mayores del servicio pasivo de la policía de la ciudad de Ibarra. 2012 – 2013*. Ecuador. [en línea] disponible en: <http://www.repositorio.utn.edu.ec/bitstream/1234567893499106%20NUT%20145%20TESIS.pdf> [2016, 13 de octubre]
- Apoyo. (2012). Factores externos que influyen en la alimentación. [en línea] disponible desde: <http://critika-dietetika.blogspot.pe/2012/10/factores-externos-que-influyen-en-la.html> [2017, 12 de junio]
- Barrial, A. y Barrial, A. (2012) *La educación alimentaria y nutricional desde una dimensión sociocultural como contribución a la seguridad alimentaria y nutricional*. Cuba. [en línea] disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/16/bmbm.html> [2016, 29 de setiembre]
- Biobiochile. (2017) 4 aspectos de la dieta en los que debes fijarte para disminuir la grasa en el pecho. Chile. [en línea] disponible desde: <http://www.biobiochile.cl/noticias/hombre/datos-hombre/2017/03/01/4-aspectos-de-la-dieta-en-los-que-debes-fijarte-para-disminuir-la-grasa-en-el-pecho.shtml> [2017, 29 de marzo]
- Botanical online (2017) *¿Cuánta agua se debe beber?*. [en línea] disponible en: <http://www.botanical-online.com/aguanecesidades.htm> [2017, 29 de marzo]
- CECU (Confederación de consumidores y Usuarios). (2013) *Estudio sobre hábitos alimentarios de los niños y jóvenes*. España. [en línea] disponible en: <http://www.cecucampanasalimentacionESTUDIO%20Habitos%20%20Alimentarios.pdf> [2016, 7 octubre]
- Cervera, F. (2014) *Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria*. España. [en línea] disponible en:

<https://www.ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/5953/TESIS%20Cervera%20Burriel.pdf?sequence=1> [2017, 27 de febrero]

Clara Y, y Cols. (2015) *Factores relacionados con las prácticas alimentarias de estudiantes de tres universidades de Bogotá*. Colombia. [en línea] disponible desde:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n6/v17n6a09.pdf> [2017, 27 de febrero]

Clínica DAM. (2017). Presión arterial. España. [en línea] disponible en: <https://www.clinicadam.com/salud/5/003398.html> [2017, 13 de junio]

Colegio Farmacéutico de Pontevedra (2015) *Recomendaciones nutricionales para el consumo de leche y productos lácteos*. España. [en línea] disponible en:

[https://www.cofpo.org/tl\\_files/csanitarias/20150601%20CampanaObesidadInfantil/Ficha%20Lacteos.pdf](https://www.cofpo.org/tl_files/csanitarias/20150601%20CampanaObesidadInfantil/Ficha%20Lacteos.pdf) [2016, 15 de octubre]

Condemaita, B (2013) *Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional*. Ecuador. [en línea] disponible en:

<http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5524/1/Condemaita%20Bejarano%20Diana%20Alexandra.pdf> [2017, 04 de junio]

Delgado (2014) *Algunas sustancias que evitan la asimilación correcta de las vitaminas*. [en internet] disponible en:

<https://www.vitonica.com/vitaminas/algunas-sustancias-que-evitan-la-asimilacion-correcta-de-las-vitaminas> [2017, 3 de abril]

Díaz (2015) *La OMS dice 500g Sanidad "dos veces semanales"*. España. [en línea] disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2590545/0/rajoy-desconoce/carne-debe-ingerirse/sanidad-recomienda-una-dos-veces/> [2016, 15 de octubre]

FAO. (2016) *Legumbres y la relación entre la nutrición y la salud*. Guatemala.

FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). (2012). *Cultura y prácticas alimentarias*. Guatemala. [en línea] disponible en: <http://www.fao.org/docrep/018/ar647s/ar647s.pdf> [2016, 7 de octubre]

- Fernández, B. y Cols. (2000) *Hipertensión arterial: guía para pacientes*. México. 2da edición. Ginebra. [en línea] disponible en: <http://www.fao.org/pulses-2016/news/news-detail/es/c/386997/> [2017, 31 de marzo]
- Fernández. (2013). Factores que Influyen en el Consumo Alimenticio. [en línea] disponible desde: <https://prezi.com/hnzgudchbe9p/factores-que-influyen-en-el-consumo-alimenticio/> [2017, 12 de junio]
- Fumiaki, I. y cols (2016) *Los hábitos alimenticios poco saludables predominan en las dietas del mundo*. Reino Unido. [en línea] disponible <http://www.rpp.pe/vida-y-estilosaludlos-habitos-alimenticios-poco-saludables-predominan-en-las-dietas-del-mundo-noticia-770854> [2016, 1 de octubre]
- Gómez, C. y Palma, S. (2013) *Nutrición y diabetes*. España. [en línea] disponible en: [https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual\\_de\\_nutricion\\_new/Manual\\_Nutricion\\_Kelloggs\\_Capitulo\\_19.pdf](https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_19.pdf) [2017, 21 de febrero]
- Gómez, F. y Cols. (2014) *Estado nutricional, hábitos alimentarios y perfil sociosanitario de los usuarios del servicio de comida a domicilio para personas mayores de Vitoria-Gasteiz*. España. [en línea] disponible en: <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/30> [2016, 13 de octubre]
- Guideline. (2015) *Sugars intake for adults and children*. Geneva: World Health Organization.
- FAO. (2012). Glosario de términos. Estados Unidos. [en línea] disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf> [2017, 3 de junio]
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de Investigación. Quinta edición*. México D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana editores.
- Hidalgo, M. (2014) *Asociación del estado nutricional con los estilos de vida del profesional de salud de una empresa de salud*. Perú. [en línea] disponible en: <http://www.repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/33816/11/Tesis+Hidalgo.pdf> [2016, 12 octubre]

- INDEA (Instituto de Investigación agua y salud). (2016) *Ingesta de agua recomendada*. España. [en línea] disponible en: <http://www.institutoaguaysalud.es/hidratacion-y-agua-mineral/ingesta-de-agua-recomendada/> [2017, 20 de febrero]
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2007) *La transición nutricional en el Perú*. Perú. [en línea] disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/EstLib0700Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/EstLib0700Libro.pdf) [2016, 3 de octubre]
- INEI. (2016) *Población total al 30 de junio de cada año, según sexo y grupo de edad, 2005 – 2021*. Perú.
- Icaza, B. (2014). *Prácticas alimentarias*. Ecuador. [en línea] disponible en: <http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap3/Nut-CpBa.html> [2016, 13 de octubre]
- Instituto Nacional de Salud (2014) *No es demasiado tarde para prevenir la diabetes tipo 2*. Estados Unidos. [en línea] disponible en: [https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-communication-programs/ndep/espanol/informacion-salud/No-demasiado-tarde-para-prevenir-diabetes-tipo-2/Documents/NDEP-75SP\\_508.pdf](https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-communication-programs/ndep/espanol/informacion-salud/No-demasiado-tarde-para-prevenir-diabetes-tipo-2/Documents/NDEP-75SP_508.pdf) [2017, 12 de junio]
- IREGA. (2017) Hipertensión arterial. México. [en línea] disponible desde: <http://www.irega.com.mx/Blog/nutricion/hipertension-arterial/> [2017, 13 de junio]
- Kahn, B. y Cols. (2015) *Cuestiones sociales*. Perú. [en línea] disponible en: <http://www.scuestionessociales.wordpress.com/2014/11/15/la-alimentacion-en-el-peru> [2016, 8 de octubre]
- Kluczynik, C. y Cols. (2016) *Asociación entre los factores de riesgo para la hipertensión y diagnóstico de enfermería sobrepeso en adolescentes*. Brasil. [en línea] disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5647641> [2017, 28 de febrero]
- Lorenzano, C. (2010). Concepción estructural del conocimiento científico, metodología de los programas investigativos y criterios para formular políticas investigación. *Electroneurobiología*. 18 (1): 3-254

- Marnet. (2017). Clasificación de la hipertensión arterial según la OMS. [Internet] disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/33210-clasificacion-de-la-hipertension-arterial-segun-la-oms> [2017, 13 de junio]
- Márquez, A. (2017) *Dieta, nutrición y las enfermedades crónicas*. México. [en línea] disponible en: <http://ciatej.mx/dieta-nutricion-y-las-enfermedades-cronicas/#sthash.L5bfXkon.dpuf> [2017, 20 de febrero]
- Meraz, L. (2014) *Hábitos alimenticios: los saludables y los que debes evitar*. [en línea] disponible en: <http://www2.esmas.com/salud/nutricion/662441/habitos-alimenticios/>
- Meza, C. y Tapullima, J. (2016) *estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio externo de enfermedades no transmisibles del Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García*. 2016, Iquitos.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) *Decálogo de las conductas saludables para evitar y controlar las enfermedades no transmisibles*. Colombia. [en internet] disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/infografia%20\(2\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/infografia%20(2).pdf) [2017, 4 de octubre]
- MINSA (Ministerio de Salud). (2015) *Situación actual en el Perú*. Perú. [en línea] disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6> [2016, 8 de octubre]
- MINSA. (2015) *Alimentación saludable*. Chile. [en línea] disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401sam401s02.pdf> [2016, 16 de octubre]
- MINSA. (2016) *Su Salud es Primero/Adulto/Alimentación*. Perú. [en línea] disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adulto/adul-alim.asp> [2016, 15 de octubre]
- Miramontes, M. y Maña, I. (2016) *La vida en altura como factor de riesgo que predispone la elección de la alimentación rica en carbohidratos: Efectos en la DM II*. México. [en línea] disponible en: <http://www.revista.nutricion.org/PDF/MINIA-MIRAMONTES.pdf> [2017, 26 de febrero]

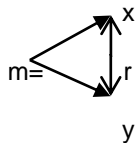
- Mosley, M. (2014) *Una guía a todo color para comer siete frutas o verduras al día*. [en línea] disponible desde:  
[http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/05/140508\\_guia\\_siete\\_frutas\\_verduras\\_diarias\\_jgc\\_finde#](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/05/140508_guia_siete_frutas_verduras_diarias_jgc_finde#) [2017, 30 de marzo]
- OMS. (2017). Nutrición. [en línea] disponible en:  
<http://www.who.int/topics/nutrition/es/> [2017, 08 de junio]
- OMS. (2016) *Reducir el consumo de sal*. Ginebra. [en línea] disponible desde:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/es/> [2017, 04 de junio]
- OMS. (2013) *Cuánto debemos comer*. Ginebra. [en línea] disponible en:  
[http://www.tutierra.com.au/index.php?option=com\\_content&view=article&id=48:calorias-diarias&catid=36:vida-sana&Itemid=53](http://www.tutierra.com.au/index.php?option=com_content&view=article&id=48:calorias-diarias&catid=36:vida-sana&Itemid=53) [2016, 15 de octubre]
- OMS. (2014) *Estadísticas sanitarias mundiales*. Suiza. [en línea] disponible en:  
[http://www.apps.who.int/ris/bitstream/10665/112817/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_spa.pdf?ua=1&ua=1&ua=1](http://www.apps.who.int/ris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1&ua=1&ua=1) [2016, 8 de octubre]
- OMS. (2015) *Alimentación sana: datos y cifras*. Estados Unidos. [en línea] disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/> [2016, 1 de octubre]
- Orellana, K. y Urrutia, L. (2013) *Evaluación del estado nutricional, nivel de actividad física y conducta sedentaria en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú*. [en línea] disponible en:  
[http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/301568/2/orellana\\_ak-pub-delfos.pdf](http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/301568/2/orellana_ak-pub-delfos.pdf)
- Paccor, A. (2012) *Estado nutricional y hábitos alimentarios en estudiantes de cuarto año de la Carrera de Licenciatura en Nutrición*. España. [en línea] disponible en:  
<http://www.imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111967.pdf> [2017, 24 de febrero]
- Palomares, L. (2014) *Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud*, Perú. [en línea] disponible en:  
[http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/566985/2/TesisdeMaestr%C3%ADa\\_LitaPalomares.pdf](http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/566985/2/TesisdeMaestr%C3%ADa_LitaPalomares.pdf)

- Parry, N. (2016) *¿La cafeína afecta la absorción de vitaminas o minerales?*. Inglaterra. [en línea] disponible en: [http://www.muyfitness.com/cafeina-afecta-absorcion-info\\_33370/](http://www.muyfitness.com/cafeina-afecta-absorcion-info_33370/) [2016, 15 de octubre]
- Prats, J. (2015) *La OMS recomienda no consumir más de 12 cucharillas de azúcar al día*. España. [en línea] disponible en: [http://www.elpais.com/elpais/2015/03/04/ciencia/1425492900\\_302754.html](http://www.elpais.com/elpais/2015/03/04/ciencia/1425492900_302754.html) [2016, 7 de octubre]
- Prias, L. (2016) *“Snacks” pueden ser dañinos, a pesar de contener compuestos permitidos*. Ecuador. [en línea] disponible en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/snacks-pueden-ser-daninos-a-pesar-de-contener-compuestos-permitidos> [2016 30 de diciembre]
- Raile, M. y Marriner, A. (2011) *Teorías y modelos de enfermería*. España. EdiDe, S.L.
- Reyes, A. (2014) *Hábitos alimentarios*. Ecuador. [en línea] disponible en: [https://www.es.slideshare.net/Adriana\\_Reyes/habitos-alimenticios-oficial](https://www.es.slideshare.net/Adriana_Reyes/habitos-alimenticios-oficial) [2017, 06 de marzo]
- Supo, J. (2014). Niveles de investigación. Arequipa, Perú.
- Tamayo, M. y Tamayo, H. (2005) *El proceso de la investigación científica*. Colombia: Limusa editores.
- Universidad Nacional de Educación a Distancia –UNED– [sede Web], Madrid [acceso octubre 2008]. *Guía Nutricional. La dieta mediterránea*. Disponible en: [www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/infancia/numero.htm](http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/infancia/numero.htm).
- Vargas CJ. (2010). Valoración antropométrica y estilos de vida en pacientes internados en el Hospital Regional Mérida del ISSSTE. México. [en línea] disponible en: [http://cmim.org/boletin/pdf2010/MedIntContenido03\\_06.pdf](http://cmim.org/boletin/pdf2010/MedIntContenido03_06.pdf) [2017, 12 de junio]
- Vega, M. (2016). Hipertensión arterial. Cuba. [en línea] disponible desde: <http://www.drvegaendocrino.com/blog/hipertension-arterial/como-evolucion-la-hipertension-arterial/> [2017, 13 de junio]

# **ANEXOS**



### Anexo 01: Matriz de consistencia

HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN PERSONAL DE SALUD DE LA MICRORED VIRGEN DEL CARMEN, BAMBAMARCA – 2017						
Definición del problema	Objetivos	Formulación de hipótesis	Clasificación de variables	Metodología	Población y muestra	Instrumentos
<p><b>Problema general</b> ¿De qué manera se relaciona los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿De qué manera se relaciona los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017? ¿De qué manera se relaciona los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> Determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017. Determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.</p> <p><b>Hipótesis específicos</b> Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017. Existe relación significativa entre los hábitos alimentarios no adecuados y la prevención de enfermedades no transmisibles en el personal de salud de la microred Virgen del Carmen, Bambamarca, durante el primer trimestre – 2017.</p>	<p><b>Variable dependiente:</b> hábitos alimentarios</p> <p><b>Variable independiente:</b> Prevención de enfermedades no transmisibles</p>	<p><b>Método.</b> Descriptivo</p> <p><b>Diseño.</b> Correlacional</p>  <p><b>Tipo.</b> Básica</p> <p><b>Nivel.</b> Descriptivo</p>	<p><b>Población.</b> la conforman los trabajadores de la microred</p> <p><b>N=</b> 53</p> <p><b>Muestra.</b> por ser población Censal la muestra es el integro de la población <b>n=</b> 53</p>	<p><b>Técnicas:</b> La encuesta</p> <p><b>Instrumentos:</b> Un cuestionario de 34 preguntas; las preguntas la 1 a 5 corresponde a datos generales; de la 6 a la 20 responden a la Variable Hábitos Alimenticios (Adecuados y No Adecuados) y de la 21 a la 34 responden a la variable Prevención de Enfermedades No Transmisibles</p>

## Anexo 02: Instrumento de recolección de datos

### “Hábitos alimentarios en prevención de enfermedades no transmisibles del personal de salud de la microred Virgen del Carmen Bambamarca 2017”

#### CUESTIONARIO

Sr. Sra. Srta., le saludo cordialmente soy la Srta. Nancy E, Vásquez Fernández, Egresada de la Facultad de Enfermería de la universidad Inca Garcilaso de la Vega estoy realizando un estudio en coordinación con la microred Virgen del Carmen con fin de obtener información que nos servirán para adoptar medidas y estrategias de prevención de enfermedades no transmisibles en el personal que labora en esta institución, esperamos sus respuestas veraces, expresándole que estas son de carácter **anónimo** y confidencial, agradezco por anticipado su colaboración.

**INSTRUCCIONES:** Marque con una (X) la alternativa que Ud. considera correcto

#### I. Datos Generales

1. Género:.....
2. Edad:.....
3. Religión:.....
4. Estado civil:.....
5. Profesión:.....

A continuación, leer la pregunta en forma pausada y marcar la alternativa que cree pertinente.

#### II. HÁBITOS ALIMENTARIOS ADECUADOS

6. ¿Consume lácteos en su alimentación?
  - a) Leche
  - b) Queso
  - c) yogurt.
  - d) No, consume
  
7. ¿Consume leguminosa en sus alimentaciones?
  - a) Todo tipo de menestras.
  - b) Tamarindo, algarrobina
  - c) Maní.
  - d) No consume

8. ¿Cuántas porciones diarias de verduras y frutas deberían o consume?

Verduras

- a) 4
- b) 3
- c) 2
- d) Ninguno

Frutas

- a) 3
- b) 2
- c) 1
- d) Ninguno

9. ¿Su consumo de verduras incluye verduras verdes?

- a) Espinaca, acelga, lechuga
- b) Col, coliflor, brócoli.
- c) Todos

10. ¿Su consumo de verduras y frutas incluye los colores amarillos y rojos?

- a) Zanahoria, calabacines, pimiento
- b) Melón, tomate
- c) Ninguno

11. ¿Su consumo de verduras y frutas incluye los colores blancos?

- a) Ajo, cebollas blancas
- b) Cebolla roja, poro
- c) ninguno

Cereales y Tubérculos

12. ¿Su consumo de cereales incluye?

- a) Trigo entero, arroz
- b) Quinoa, maíz
- c) Todos

13. ¿Su consumo de tubérculos incluye?

- a) Papa, olluco, yuca
- b) Oca, mashua
- c) Yacon

Aceite de Oliva, Soya

14. ¿La preparación de sus alimentos lo hace con?

- a) Aceite de oliva
- b) Aceite de soya
- c) Aceite de cocinar

## Ingerir Agua

15. El organismo pierde agua diariamente en promedio 2.5 litros?

- a) A través del sudor
- b) A través de la respiración
- c) No se pierde

16. ¿El organismo necesita reponer agua bebiendo por ingestión directa?

- a) 1.5 litros a 2 litros de agua cuando hace calor
- b) 1 a 1.5 litros con temperaturas menores
- c) Solo en los alimentos

### III. HÁBITOS ALIMENTARIOS NO ADECUADOS.

#### Inhibidores de las Vitaminas

17. ¿Dentro de su alimentación incluye y consume?

- a) Café, té diariamente
- b) Cigarrillos mayores a tres por día
- c) Alcohol ocasionalmente
- d) Alcohol cada semana.
- e) Ninguno

#### Frituras

18. Consume continuamente

- a) Pollo a la brasa, papas fritas
- b) Pastas, hamburguesas.
- c) Huevo frito, otros.

#### Golosinas

19. ¿Consume con agrado y continuamente en la semana?

- a) Gaseosa, chizitos (snack)
- b) Jugos embotellados
- c) Esporádicamente
- d) No consume

Sal

20. Sus alimentos contienen sal

- a) Añade sal a los alimentos preparados
- b) Consume aperitivos (papitas lay, chizitos, etc)
- c) Solo el de los alimentos preparados

#### **IV. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

Diabetes: Alimentación

21. ¿Considera que su alimentación es?

- a) Saludable (consume verduras, frutas, carnes, menestras, tubérculos, etc)
- b) Poco saludable (consume harinas, pocas verduras, carnes, frituras)
- c) Nada saludable (consume pastas, frituras, gaseosa, hamburguesa, etc)

22. ¿Dentro de sus actividades, realiza ejercicios?

- a) Tres veces a la semana 30 minutos
- b) Todos los días 30 minutos
- c) Solo sus actividades cotidianas

Control de Glucosa

23. ¿Tiene familiar con Diagnostico de Diabetes Mellitus?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

24. ¿Se hizo un control de glucosa en sangre, sabe cuánto es?

- a) < a 100 mgr/dl
- b) > a 150 mgr/dl
- c) > a 200 mgr/dl
- d) No sabe

Hipertensión Arterial: Control PA

25. Usted se realiza controles de su Presión Arterial

- a) Si
- b) No

26. ¿Conoce los valores de su Presión Arterial?

- a) 110/70 mmhg
- b) 140/90 mmhg
- c) 120/80 mmhg.
- d) No sabe

27. Su vida diaria y/ o trabajo le genera?

- a) Mucho estrés
- b) Poco estrés
- c) Normal.

Consumo de Sal

28. ¿Para mantener su Presión Arterial una de las acciones que debe realizar es?

- a) Consumir las comidas bajas en sal, mantener su peso en valores indicados, beber agua, realizar ejercicios mínimos 30 minutos tres veces a la semana.
- b) Tomar sus antihipertensivos, snack, gaseosas, realizar ejercicios.
- c) Consultar con el médico

Consumo de Sustancias toxicas

29. ¿Las sustancias toxicas como él?

- a) Café, té, consume todos los días
- b) Consume cigarrillos más de tres por día
- c) Bebe alcohol todas las semanas
- d) Todo ocasionalmente
- e) Ninguno

Sobrepeso y Obesidad

30. ¿Conoce, si su peso está dentro de lo normal?

- a) Si
- b) No

31. Para conocer el estado nutricional en la etapa adulta, se divide el peso sobre la talla en metros cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

¿al Calcular su estado nutricional, marcar donde está su resultado que obtuvo al hacer esa operación?

Clasificación	(Kg/m <sup>2</sup> )	Riesgo
Normal	18,5 – 24,9	Promedio
Sobrepeso	25 -29,9	aumentado
Obesidad grado I	30 – 34,9	Moderado
Obesidad grado II	35 – 29,9	Severo
Obesidad grado III	más de 40	Muy severo

32. Su vida diaria y su trabajo no le permite

- a) Realizar ejercicios
- b) Camina muy poco, esta mayormente sentada
- c) No tiene problemas de actividad y o ejercicios

33. El sedentarismo es el estilo de vida más cotidiano que incluye poco ejercicio, suele aumentar el régimen de problemas de salud, especialmente

- a) aumento de peso (obesidad)
- b) padecimientos cardiovasculares.
- c) Hipertensión Arterial

34. ¿Parta prevenir el sedentarismo y sus complicaciones deberá?

- a) Caminar, subir escaleras,
- b) Montar bicicleta, moverse
- c) Distensionarse, aflojar, disminuir la tensión de los músculos.

### Anexo 03: Base de datos

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28	Item 29	
Enc 1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
Enc 2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	
Enc 3	2	3	2	2	1	2	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3	1	3	2	3	2	2	1	2	1	3	3	2	2	
Enc 4	3	3	2	2	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	1	3	3	2	2	3	3	
Enc 5	3	3	1	3	1	3	1	1	1	2	3	3	1	3	3	2	1	2	3	3	1	3	1	3	1	1	1	1	2	3
Enc 6	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	
Enc 7	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3
Enc 8	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3	
Enc 9	1	3	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	3	1	3	1	3	1	3	3	3	3	
Enc 10	3	2	1	1	1	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	1	2	3	3	2	1	1	1	2	2	3	2	3	3	
Enc 11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
Enc 12	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	
Enc 13	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2
Enc 14	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
Enc 15	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	
Enc 16	3	3	2	2	1	2	3	2	1	1	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	2	1	1	3	
Enc 17	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	3	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	
Enc 18	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	
Enc 19	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	
Enc 20	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	
Enc 21	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	



Enc 22	1	3	2	2	1	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	2	2	1	3	2	2	3	2	3	
Enc 23	2	3	2	1	3	3	1	2	3	2	2	2	2	3	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	1	2	3	2	2	
Enc 24	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	
Enc 25	3	2	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	2	3	
Enc 26	1	3	2	2	1	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	1	3	1	3	2	3	3	
Enc 27	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	
Enc 28	1	3	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	1	3	3	3	1	3	2	2	2	3	2	
Enc 29	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	
Enc 30	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	
Enc 31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
Enc 32	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	
Enc 33	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2
Enc 34	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	1	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	
Enc 35	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	
Enc 36	3	3	2	2	1	2	3	2	1	1	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	2	1	1	3	
Enc 37	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	3	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	
Enc 38	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	
Enc 39	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	
Enc 40	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	
Enc 41	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	
Enc 42	1	3	2	2	1	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	2	2	1	3	2	2	3	2	3	
Enc 43	2	3	2	1	3	3	1	2	3	2	2	2	2	3	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	1	2	3	2	2	
Enc 44	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	
Enc 45	3	2	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	2	3	
Enc 46	1	3	2	2	1	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	1	3	1	3	2	3	3	
Enc 47	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	3

Enc 48	1	3	3	3	1	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	1	3	3	3	1	3	2	2	2	3	2
Enc 49	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	
Enc 50	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3
Enc 51	1	3	2	2	1	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	3	2	2	1	3	2	2	3	2	3
Enc 52	2	3	2	1	3	3	1	2	3	2	2	2	2	3	3	1	2	3	2	3	2	1	3	3	1	2	3	2	2
Enc 53	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3

## Anexo 04: Confiabilidad de Crombach

**Resumen de procesamiento de casos**

		N	%
Casos	Válido	53	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	53	100,0

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,839	29

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM01	29,52	71,561	,516	,829
ITEM02	28,06	70,098	,406	,833
ITEM03	28,60	71,143	,534	,828
ITEM04	28,54	69,845	,537	,827
ITEM05	27,02	70,387	,397	,833
ITEM06	28,20	70,939	,267	,843
ITEM07	28,30	71,071	,402	,832
ITEM08	29,96	73,917	,268	,838
ITEM09	30,06	73,119	,432	,832
ITEM10	29,28	67,553	,515	,827
ITEM11	30,26	73,666	,562	,831
ITEM12	28,74	71,829	,395	,833
ITEM13	29,08	68,810	,527	,826
ITEM14	29,40	71,510	,369	,834
ITEM15	29,18	68,640	,581	,824
ITEM16	29,74	77,870	-,042	,852
ITEM17	29,04	71,958	,351	,835
ITEM18	28,22	64,379	,672	,817
ITEM19	28,90	68,541	,562	,825
ITEM20	29,40	73,184	,341	,835
ITEM21	30,26	73,666	,562	,831
ITEM22	28,74	71,829	,395	,833
ITEM23	29,08	68,810	,527	,826
ITEM24	29,40	71,510	,369	,834
ITEM25	29,18	68,640	,581	,824
ITEM26	29,74	77,870	-,042	,852
ITEM27	29,04	71,958	,351	,835
ITEM28	28,22	64,379	,672	,817
ITEM29	28,90	68,541	,562	,825

**Anexo 05: Baremos de la variable hábitos alimentarios y prevención de hábitos alimentarios**

Variable hábitos alimentarios	Variable prevención de enfermedades no transmisibles
Bueno (35-45)	Alto (32-42)
Regular (25-34)	Medio (23-31)
Malo (15-24)	Bajo (14-22)

**Rango**

Máximo valor = 45

Mínimo valor = 15

Niveles = 3

$R = (45 - 15) / 3$

R = 10

**Rango**

Máximo valor = 42

Mínimo valor = 14

Niveles = 3

$R = (42 - 14) / 3$

R = 9

### Anexo 05: Datos generales de los encuestados

<b>GÉNERO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	23	43,40
Femenino	30	56,60
<b>EDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
< de 30 años	22	41,51
De 30 a 50 años	27	50,94
> de 50 años	4	7,55
<b>RELIGIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Protestante	3	5,66
Católica	40	75,47
Ateo	7	13,21
Evangélico	3	5,66
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Conviviente	15	28,30
Soltero/a	24	45,28
Casado/a	14	26,42
<b>PROFESIÓN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tec. Enfermería	24	45,28
Lic. Enfermería	12	22,64
Obstetra	6	11,32
Medico	4	7,55
Otros	7	13,21
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Cuestionario de hábitos alimentarios en prevención de enfermedades no transmisibles