

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN DE  
AREQUIPA  
FACULTAD DE CIENCIAS HISTORICOS SOCIALES  
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**



**“PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS RELACIONADO A  
FACTORES SOCIOFAMILIARES EN TRABAJADORES ASISTENCIALES  
DEL HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN PUNO 2014”.**

TESINA PRESENTADA POR LAS  
LICENCIADAS:

- MARÍA PILAR TURPO CONDORI
- PRIXY MARLENY ROBLES DE LA  
QUINTANA

PARA OBTENER EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD EN PROMOCION DE  
LA SALUD Y TERAPIA FAMILIAR

**AREQUIPA-PERÚ**

**2015**



## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I</b>	3
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1. Descripción de la realidad problemática	3
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema principal	6
1.3. Objetivo de la investigación	6
1.3.1. Objetivo principal	6
1.4. Hipótesis general	7
1.4.1. Hipótesis específicas	7
1.5. Justificación de la investigación	8
<b>CAPÍTULO II</b>	10
<b>MARCO TEÓRICO</b>	10
2.1. Antecedentes de la investigación	10
2.2. Bases teóricas	13
2.3. Marco Legal	28
2.4. Definición de términos	30
<b>CAPÍTULO III</b>	32
<b>METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN</b>	32
3.1. Tipo de investigación	32
3.2. Diseño de investigación	32
3.2.1. Universo y muestra	33
3.2.2. Categorías, variables e indicadores	33
3.2.3. Matriz de consistencia (Operacionalización de variables)	34
3.2.4. Instrumento de recolección de información	36
3.2.5. Procesamiento de la información	36

3.2.6. Cronograma Presupuestos.	37
<b>CAPÍTULO IV</b>	39
<b>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	39
4.1. Resultados	39
4.2. Análisis y debate de resultados	57
<b>CONCLUSIONES</b>	60
<b>RECOMENDACIONES</b>	62
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	64
<b>ANEXOS</b>	69
Instrumento de recojo de datos	69

## INTRODUCCIÓN

La familia ejerce función mediadora de los procesos sociales en los individuos, función que posee dado su carácter de grupo especial y su funcionamiento peculiar. A la familia se le ha conceptualizado como grupo y como institución y precisamente el enfoque sistémico permite enlazar ambas dimensiones del concepto al hacer énfasis en el carácter interactivo de los miembros que la componen y por el tipo de valores y normas que se producen y reproducen en su seno.

Según Espinoza (2004), la familia tiene una alta injerencia en todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, pues cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas, el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos.

Dentro de ese marco, el grupo familiar constituye el espacio vital donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su interrelación constante con la sociedad a través de todas las etapas de la vida, las funciones familiares permeadas por el amor y el afecto, generan procesos que actúan como protectores de salud o coadyuvantes de la enfermedad; por ello, las malas relaciones familiares son coadyuvantes negativos en el proceso de una enfermedad.

Por otra parte, la aparición de la enfermedad y sus secuelas, se establece un patrón recursivo “familia, servicios y equipo de salud” que conforman el contexto ecológico de la pauta llamada enfermedad. Misma que tiene lugar en un contexto y es una construcción social en el sentido de su complejidad (biológica, psicológica, social y cultural) y porque incluye múltiples sistemas de significados en interacción; por ejemplo; los familiares, el que vive la enfermedad, los que están en relación a la enfermedad misma, los profesionales involucrados y los relacionarlos a los sistemas asistenciales.

Frente a esta situación la presente tesina tuvo por objetivo determinar la relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores socio familiares en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, que aquejan de síndromes compatibles a enfermedades crónicas, por lo que solicitan con frecuencia licencias para sus atenciones de salud, otras veces se ausentan al trabajo, lo que consecuentemente ha venido alterando el rendimiento laboral y la atención de los usuarios en los servicios de hospitalización. Además, realizar el seguimiento e intervención preventivo promocional desde el ámbito social.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

El rápido aumento de las enfermedades no transmisibles representará uno de los desafíos sanitarios más importantes para el desarrollo mundial en el nuevo siglo.

En el Perú, el Ministerio de Salud (2015) ha señalado que la epidemia de las enfermedades crónicas amenaza el desarrollo económico y social y la vida y la salud de millones de personas. Si bien se calcula que las defunciones por las enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuyan 3% en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán en 17% para 2015. Actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad en nuestro medio.

Menciona además, que las enfermedades crónicas contribuyeron a casi 50% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en las regiones de mayor pobreza. La carga de morbilidad crónica puede ser aún mayor de lo que indican estas estadísticas habida cuenta de que el número de notificaciones de fallecimientos es considerablemente inferior al real. Las enfermedades crónicas más frecuentes y las de mayor importancia para la salud pública están las enfermedades metabólicas, cardiovasculares, incluida la hipertensión, las

enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (Ministerio de Salud, 2015).

En Puno la situación no es ajena, según los resultados de Foraquita (2008) se encontró Síndrome Metabólico en pacientes que acuden a consultorio del Hospital III ESSALUD Puno en un 52%. Así mismo, Carrión (2008), al estudiar “Factores Asociados al Síndrome Metabólico En Pacientes Mayores De 40 Años Según Atp Iii Enero – Junio 2008 Policlínico llave Essalud”, encontró una incidencia de 61.0% de Síndrome metabólico, el grupo etáreo más afectado fueron los de 40 – 50 años representados con un 53.2%; la mayoría de ellos provienen del sector urbano con un 51.1% y con mayor incidencia en aquellos con estudio superior lo cual implica un 53.2% en la muestra obtenida. Este estudio concluyó que existe un estilo de vida basado en alimentos de comida rápida ya que este tipo de comida chatarra altera el metabolismo basal de la economía del ser humano

Respecto a los factores, **Pérez, Gómez y Luna (2008)** han señalado que existen algunos factores de riesgo importantes para las enfermedades crónicas como son las dietas poco sanas, falta de actividad física y el consumo de alcohol y tabaco, consumidas como parte del estilo de vida, al que se suman otros factores inherentes a la persona como la edad y el sexo, el estado civil y el nivel educativo de las personas. Cuatro de las principales enfermedades no transmisibles, es decir, las cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes están asociadas a factores de riesgo



prevenibles comunes relacionados no solo con el estilo de vida, sino con factores que se encuentran en el entorno familiar, como el tipo de familia, las relaciones familiares y entre otras.

Según García (2007), la familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que el individuo se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países,

En el Hospital Manuel Núñez Butrón donde laboran trabajadores que presentan similares estilos de vida, aquejan de síndromes compatibles a enfermedades crónicas, por lo que solicitan con frecuencia licencias para sus atenciones de salud, otras veces se ausentan al trabajo, lo que consecuentemente ha venido alterando el rendimiento laboral y la atención de los usuarios en los diferentes servicios de hospitalización.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema principal**

¿Cuál es la relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores socio familiares en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2014?

### **1.2.2 Problemas específicas:**

- ¿Cuál es la prevalencia de enfermedades crónicas en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno?
  
- ¿Cuál es la relación entre los factores sociales y la prevalencia de enfermedades crónicas en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno?.
  
- ¿Cuál es la relación entre los factores familiares y las enfermedades crónicas en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno?.

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores socio familiares en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2014

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.
- Analizar la relación entre los factores sociales y la prevalencia de enfermedades crónicas en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.
- Analizar la relación entre los factores familiares y la prevalencia de enfermedades crónicas en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.

## **1.4 Hipótesis**

### **1.4.1 Hipótesis general**

Existe relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores socio familiares en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno 2014

### **1.4.2 Hipótesis específicas**

- En los trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón presentan alta prevalencia de enfermedades crónicas: obesidad abdominal, dislipidemia, poliglobulia y colesterolemia

- Los factores sociales tienen relación significativa con la prevalencia de enfermedades crónicas en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.
- Los factores familiares tienen relación significativa con la prevalencia de enfermedades crónicas en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.

### **1.5 Justificación de la investigación**

El aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles hacen que su atención adquiera carácter urgente en las proyecciones del sistema de salud para favorecer el control y mejor manejo de los múltiples factores de riesgo que las acompañan.

La evidencia obtenida en la práctica asistencial dicta, que cada vez más aumenta el número de trabajadores profesionales y técnicos portadores de padecimientos crónicos, que generan ausencia laboral, problemas económicos y familiares. Por tanto, desde un enfoque multidisciplinario, la presente investigación trata de describir cómo se comportan los factores sociofamiliares en la prevalencia de enfermedades crónicas, con el propósito de determinar la relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores sociofamiliares.

La tesina se considera relevante, por su aporte al conocimiento para la administración de salud sobre la situación de salud de los trabajadores, porque las enfermedades crónicas detectadas en los trabajadores de la salud servirán de referencia para realizar el seguimiento e intervención preventivo promocional desde el ámbito social, cuyo beneficio contribuirá en el bienestar físico y social del trabajador.

A nivel institucional, el estudio permitirá a los administradores, plantear atenciones de tamizaje en forma periódica, con la finalidad de detectar tempranamente enfermedades crónicas y los factores sociales y familiares de mayor influencia.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de la investigación

Rodríguez y Muñiz (2014), Cuba estudiaron la “Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en trabajadores de la salud: un enfoque multidisciplinario”, en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. La muestra de estudio fue de 187 sujetos. Los resultados obtenidos evidenciaron: predominaron las mujeres como portadoras de enfermedades crónicas (61 %), los sujetos con nivel de escolaridad mayores de 12 grado (48,6 %), en cuanto a ocupación, los enfermeros (31 %) y médicos (27,8 %). Las enfermedades crónicas más prevalentes fueron: la hipertensión arterial (33,69 %), la diabetes mellitus (19,78 %) y la cardiopatía isquémica (13 %). El tabaquismo prevaleció en el 28,87 % de los sujetos. Los factores de riesgo estudiados están presentes en los sujetos, tanto en los portadores como en los no portadores de padecimientos crónicos.

Cárdenas, Sánchez y Roldan (2005) al estudiar la “Prevalencia del síndrome metabólico en personas a partir de 20 años de edad. Perú, 2005”, en 4.053 individuos representativos de la población peruana, obtuvo los siguientes resultados: La prevalencia de componentes del SM de la población fue: obesidad abdominal 65,6%, C-HDL disminuido

54,2%, hipertrigliceridemia 30%, hipertensión arterial 19,1% e hiperglicemias 8%. Las mujeres presentan alta prevalencia de obesidad abdominal (81%, IC95%:77,6-85,3) en comparación con los hombres (48,5%, IC95%: 44,5-52,5). La prevalencia del SM en la población fue de 25,8%, las mujeres 34,3% y los varones 16,6%, con diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

Pajuelo y Sánchez (2007). Perú, al realizar el estudio sobre “El síndrome metabólico en adultos, en el Perú”, en 4091 personas mayores de 20 años, elegidas sobre la base de un muestreo por conglomerado trietápico, que representa el nivel nacional y los siguientes ámbitos: Lima metropolitana, resto de la costa, sierra urbana, sierra rural y selva. Dentro de los resultados: La prevalencia nacional del síndrome metabólico fue 16,8%. En la sierra rural es la que presentó los valores más bajos, con 11,1%. El género femenino (26,4%) superó ampliamente al masculino (7,2%). El síndrome metabólico fue más prevalente en las personas con obesidad que en las que tenían sobrepeso.

El estudio realizado por Querales (2013) con el objetivo de evaluar la frecuencia de dislipidemias en un grupo de individuos aparentemente sanos con la finalidad de aportar datos que sirvan para la promoción del diagnóstico temprano y tratamiento oportuno los factores de riesgo para las Enfermedades Cardiovasculares (ECV). En una muestra de 100 pacientes en edades comprendidas entre 18 y 50 años, a los cuales se les determinó Triglicéridos, colesterol total, HDL-

colesterol (HDL-c), LDL-colesterol (LDL-c) e índices aterogénicos de Castelli I y II. La dislipidemia aislada más común en el grupo estudiado fue la hipercolesterolemia (43%), seguida de la hipertrigliceridemia (32%) y niveles disminuidos de HDL-c (31%). Se evidenció una baja frecuencia en el aumento de los índices aterogénicos y dislipidemias mixtas (18%).

El estudio realizado por Foraquita (2008) en Puno, sobre “Prevalencia y factores de riesgo relacionado al Síndrome Metabólico en pacientes que acuden a consulto del Hospital III ESSALUD Puno, se encontró que la prevalencia del Síndrome Metabólico fue de un 52%. En varones la prevalencia fue del 38% y en mujeres 62%. La obesidad representada por la circunferencia de cintura estuvo en un 82.29% en varones y en un 90.55% en mujeres. El factor de riesgo más importante hallado fue la edad, el grupo etareo mayor a 60 años con un 44,8%. Otro factor de riesgo importante fue el sedentarismo pero no fue estadísticamente significativo.

Carrión (2008) en el estudio de “Factores Asociados al Síndrome Metabólico En Pacientes Mayores De 40 Años Según Atp Iii Enero – Junio 2008 Policlínico ILAVE ESSALUD”, en 58 pacientes se obtuvo los siguientes resultados: La incidencia de síndrome metabólico en estos pacientes fue de 47 pacientes en el sexo masculino de 30 pacientes y que representan el 63.8% y en el sexo femenino de 17 pacientes los que representan el 36.2%; de los criterios de diagnóstico el que mayor incidencia tuvo es el perímetro abdominal que está representado en



mujeres con un 20.7% y en varones con un 62%, el grupo etáreo más afectado es de 40 – 50 años representados con un 53.2%; la mayoría de ellos provienen del sector urbano con un 51.1% y con mayor incidencia en aquellos con estudio superior lo cual implica un 53.2% en la muestra obtenida. Se concluyó que existe una alta incidencia de Síndrome Metabólico, ya que existe un estilo de vida basado en alimentos de comida rápida ya que este tipo de comida chatarra altera el metabolismo basal de la economía del ser humano.

## **2.1 Bases teóricas**

### **2.1.1 Factores**

Los factores son elementos reales, que existen en el mundo y que por su naturaleza son importantes.

#### **2.2.1.1. Factores sociales**

Los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

Latanzzi (2009), define los factores sociales como condiciones sociales o medios sociales que provocan cambios o inciden sobre la salud de las personas.

Guzmán y Caballero (2012) nos dice que el factor social tiene una dimensión concreta vinculada con la realidad a la cual se refiere, y tiene

una dimensión teórica que vertebre la manifestación de los diferentes aspectos que se vinculan con la realidad a la cual se refieren, los cuales no tienen que ser solo causales. Cualquier factor social es siempre concreto, en cuyo caso es empírico, o sea, observable y medible, aunque también posee una carga teórica que lo explica y justifica ante la ciencia.

#### **a) Edad**

Según la Organización Mundial de la Salud (2014) se suele considerar que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las personas de edad, pero actualmente sabemos que casi la mitad de las muertes por enfermedades crónicas se producen prematuramente, en personas de menos de 70 años. Y una cuarta parte de esas defunciones se dan en personas de menos de 60 años. En los países de ingresos bajos y medios, los adultos de edad madura son especialmente vulnerables a las enfermedades crónicas. En estos países las personas tienden a desarrollar enfermedades a edades más tempranas, sufrirlas durante más tiempo a menudo con complicaciones prevenibles y fallecer antes que en los países de altos ingresos.

#### **b) Sexo**

Es la condición biológica del ser humano, que diferencia al hombre de la mujer. Según Rodríguez (2012), además, designa las características del hombre y la mujer. Esto se incorpora de manera individual tomando como referencia el desarrollo de la personalidad a partir de la

formación psicológica definida como identidad de género. Este trabajo representa una sistematización de la identidad de género como integración de las necesidades, intereses, motivos y características personológicas con las cualidades que distinguen la masculinidad o feminidad.

Las diferencias biológicas entre hombres y mujeres no son suficientes para explicar las diferencias que existen entre ambos sexos, en relación con las causas específicas de muerte y enfermedad o en relación a la utilización de los servicios sanitarios. Paradójicamente, para medir el grado de salud de una sociedad, tenemos que recurrir a las estadísticas de muerte y enfermedad, porque son las únicas que se registran en los países desarrollados. A partir de estos datos se hacen otros indicadores como las muertes prematuras o años potenciales de vida perdidos, la esperanza de vida, los años vividos con discapacidad, los años vividos libres de discapacidad, etc.. En las últimas décadas los datos están desagregados para hombres y mujeres y en la mayoría hay diferencias (Bedoya, 2008).

### **c) Estado civil**

Se denomina estado civil a la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto

Hay diferentes tipos de estado civil que varían de acuerdo al tipo de relaciones que una persona mantenga con otras. Entre los más comunes encontramos el de soltería, casado (aquellas que sí lo están) y divorciado (las personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso). Estos son, entre otros, los vínculos que determinan el estado civil de una persona. Es importante señalar aquí que estos son los posibles estados civiles que una persona puede tener para el Estado

Pero por otro lado, una persona puede ser divorciada, viuda o casada en diferentes momentos, dependiendo del tipo de relaciones que establezca con otras personas y de las circunstancias que le toquen vivir en particular.

#### **d) Grado de Instrucción**

Es el nivel de estudios más alto conseguido por una persona, estudiada o no en la fecha de referencia. Es un indicador a tener en cuenta en la descripción de las condiciones de vida de las personas mayores es el nivel de formación, por estar directamente relacionado con numerosos parámetros que determinan formas y hábitos de vida relacionados con la salud. Aunque el nivel educativo de las personas mayores ha ido en aumento en estos últimos años, todavía se mantiene una tasa considerable de personas que se sitúan en el analfabetismo.

El nivel educativo de una población tiene incidencia en aspectos muy importantes de la vida de ese grupo. Un nivel educativo bajo resulta determinante en cuestiones tan destacadas como el bienestar,

el estado de salud y las situaciones de discapacidad y dependencia.  
(Abellán y Esparza, 2006)

#### **e) Ocupación**

La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, y por ello se habla de ocupación de tiempo parcial o completo, lo que le resta tiempo para otras ocupaciones.

Según Robaina & Sevilla (2003), merece reflexión la problemática a tener en cuenta por el personal de salud dedicado al cuidado de la salud/seguridad y el bienestar de los trabajadores, las enfermedades relacionadas con la ocupación. En los momentos actuales en Cuba no es alta la incidencia de enfermedades profesionales debido a diversas razones; entre las que se encuentra un desarrollo lógico en el marco de la salud, que da lugar a prevenir estas patologías al conocer los factores de riesgo que las condicionan. Sin embargo, el trabajo y las condiciones de trabajo pueden, además, contribuir al desarrollo de morbilidad no específica, ya sea causando o agravando procesos, o indirectamente a través de estilo de vida asociado a la ocupación del trabajador.

Las ocupaciones, remuneradas o no, pueden verse limitadas y reestructuradas a partir de la necesidad de los cuidados sistemáticos de la salud, lo que puede producir inestabilidades económicas con

resonancias en la estructura y dinámica familiar. La familia es la fuente de apoyo por excelencia, en especial la pareja. Es importante explorar las dinámicas de vida de personas con enfermedades crónicas en sus diferentes áreas de expresión, y comprender cómo sus actores participan en sus procesos de salud, como vía para potenciar el bienestar, la salud y la calidad de vida (Ledón, 2011).

### **2.2.1.2. Factores familiares**

Latanzzi (2009), son las diversas condiciones que se encuentran en el entorno familiar que provocan cambios o inciden sobre la salud de las personas.

Según Espinoza (2014), la familia ejerce función mediadora de los procesos sociales en los individuos, función que posee dado su carácter de grupo especial y su funcionamiento peculiar. A la familia se le ha conceptualizado como grupo y como institución y precisamente el enfoque sistémico permite enlazar ambas dimensiones del concepto al hacer énfasis en el carácter interactivo de los miembros que la componen y por el tipo

La familia ejerce función mediadora de los procesos sociales en los individuos, función que posee dado su carácter de grupo especial y su funcionamiento peculiar. A la familia se le ha conceptualizado como grupo y como institución y precisamente el enfoque sistémico permite enlazar ambas dimensiones del concepto al hacer énfasis en el carácter interactivo de los miembros que la componen y por el tipo de valores y normas que producen y se reproducen en su seno, en el marco de la teoría sistémica

señala a la familia como un punto de encuentro entre necesidades individuales e instancias sociales, más aún como un sistema relacional que supera a sus miembros individuales y los articula entre sí (Espinoza, 2014, p 18-19).

La familia tiene una alta injerencia en todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, pues cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas, el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos. El grupo familiar constituye el espacio vital donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su interrelación constante con la sociedad a través de todas las etapas de la vida, las funciones familiares permeadas por el amor y el afecto, generan procesos que actúan como protectores de salud o coadyuvantes de la enfermedad (Espinoza, 2004). Se ha encontrado una relación estrecha entre las interacciones placenteras familiares en los aprendizajes de salud y las conductas de los hijos en edad adulta (Epps y Jackson, 2000).

Así podemos decir que ante la aparición de la enfermedad y sus secuelas, se establece un patrón recursivo “familia, servicios y equipo de salud” que conforman el contexto ecológico de la pauta llamada enfermedad. Misma que tiene lugar en un contexto y es una construcción social en el sentido de su complejidad (biológica, psicológica, social y

cultural) y porque incluye múltiples sistemas de significados de interacción por ejemplo; los familiares, el que vive la enfermedad, los que están en relación a la enfermedad misma, los de los profesionales involucrados y los relacionados a los sistemas asistenciales, donde la enfermedad crónica amenaza las funciones orgánicas, sociales y emocionales, requiere largos periodos de hospitalización y modifica la vida de los enfermos y sus familiares. (Espinosa, 2004)

#### **a) Tipo de familia**

Según García y Vidales (2009) la familia es considerada como la base de la sociedad. Tradicionalmente se ha imaginado la “familia nuclear” constituida por padres e hijos como el prototipo a seguir; otra estructura es la llamada “familia extensa” formada por abuelos, tíos, primos y familiares consanguíneos o afines; la “familia compuesta” es sólo padre o madre y los hijos, principalmente si son adoptados o si tienen un vínculo consanguíneo con alguno de los dos padres; “familia monoparental”, es aquella en la que el hijo o hijos vive(n) sólo con uno de los padres; hay otros tipos de familias conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros), etcétera, quienes viven juntos en la mismo espacio por un tiempo considerable.

Como estructura, la familia es la responsable de formar en valores y emociones a los adolescentes, así como el introducirlos en una



socialización adecuada. Estos procesos presentan dificultades a los padres de familia, ya que por los cambios propios del adolescente, su conducta generalmente es de reto o rechazo ante los valores que la familia trata de incorporar. La participación de los padres en la educación de sus hijos adquiere gran importancia, ya que el estar involucrados en el proceso educativo les permitirá una mejor comunicación y por ende el apoyo en los momentos necesarios (García y Vidales, 2009).

#### **b) Condición de vivienda familiar**

Según la Organización Panamericana de la Salud (2011), las condiciones de la vivienda han sido reconocidas como uno de los principales determinantes de la salud de las personas. Las condiciones de la vivienda pueden promover o limitar la salud física, mental y social de sus residentes. Las enfermedades diarreicas, parasitarias, transmitidas por vector, la tuberculosis son algunos ejemplos de enfermedades que se asocian a malas condiciones de la vivienda.

Bajo esta definición se considera vivienda saludable como agente de la salud de sus moradores. Implica un enfoque sociológico y técnico de enfrentamiento a los factores de riesgo y promueve una orientación para la ubicación, edificación, habilitación, adaptación, manejo, uso y mantenimiento de la vivienda y su entorno, así como la educación sanitaria de sus moradores sobre estilos y condiciones de vida saludables (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

### **c) Relaciones familiares**

Según Amarís, Paternina y Vargas (2004). Las relaciones familiares están constituidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema; a partir de estas interacciones se establecen lazos que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas. Desde el enfoque en mención, la familia es más que la suma de los miembros que la conforman, así cada uno influye en el sistema total y éste influye en cada individuo, además la familia se ve como parte del macrosistema de la sociedad, por lo que las variaciones que allí se dan causan cambios al interior del sistema familiar, a su vez los cambios en el seno de la familia se reflejan en la sociedad.

Zabalegui (2012). Señala que la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas es un parámetro importante, dado el efecto sustancial que conlleva la asistencia de estos pacientes en el bienestar físico, el psicológico, el social y el económico de las personas que los cuidan gracias a las relaciones familiares que se mantengan en el seno familiar.

#### **2.1.2 Enfermedades Crónicas**

Según Vinacia y Orozco (2005), las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades

respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica

#### **a) Síndrome Metabólico**

El Síndrome Metabólico (SM) se caracteriza por la aparición en forma simultánea o secuencial de diversas alteraciones metabólicas, e inflamatorias a nivel molecular, celular o hemodinámico asociadas a la presencia de resistencia a la insulina y de adiposidad de predominio visceral.

Rosas y Gonzales (2010) señala que la obesidad abdominal es un principal componente del Síndrome Metabólico y como la posible causa de la resistencia a la insulina o al menos como el principal factor potenciador de la misma. Los estudios epidemiológicos y en particular el análisis de factores etiológicos muestran que ambos, tanto la resistencia a la insulina como la obesidad abdominal se destacan como elementos principales, pero ésta última tiene una mayor fuerza de asociación.

Es importante diagnosticar el SM ya que permite identificar a población en riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV) y/o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Los análisis demuestran que las personas con síndrome metabólico tienen mayor riesgo de eventos cardiovasculares con un RR entre 1.61(1.42-1.63) y 1.78 (1.58-2.0) y mucho mayor riesgo de desarrollar DM 2 con un RR entre 3.2-12.1.

Además el diagnóstico permite valorar factores de riesgo como obesidad abdominal, hipertrigliceridemia y estados de intolerancia a la glucosa que de otra forma pasarían desapercibidos y serían subestimados en los programas de prevención.

Según Pajuelo y Col (15), los criterios para definir Síndrome Metabólico (SM) aparte de la circunferencia de cintura son los triglicéridos, el C-HDL, la glucosa y la presión arterial. Si una persona tiene tres o más criterios alterados sufren Síndrome Metabólico (SM).

#### **b) Obesidad abdominal**

Para Yu y Ginsberg (2005). la obesidad es un síndrome de evolución crónica, caracterizado por un aumento generalizado de la grasa corporal que se asocia a co-morbilidades que deterioran la calidad y reducen las expectativas de vida. En la obesidad abdominal uno de los factores que inciden en forma determinante están los patrones culturales, las influencias sociales y los hábitos adquiridos influyen significativamente

en la conducta e ingesta alimentaria. Los mecanismos reguladores de las sensaciones de hambre y saciedad están sobrepasados por estímulos sensoriales que estimulan el apetito. La ingesta excesiva de energía es la consecuencia de un desorden del apetito y de la conducta de comer que es un acto consciente resultante de la integración de estímulos endógenos y exógenos a nivel de la corteza cerebral.

### **c) Dislipidemia**

Las dislipidemias o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia (el sufijo emia significa sangre) e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (TG) o hipertrigliceridemia (Miguel, 2009).

Las dislipidemias como lo refiere Pia de la Masa (2013), constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC). Niveles muy altos de TG, especialmente cuando hay hiperquilomicronemia, han sido señalados como de riesgo en la patogenia de la pancreatitis aguda.

Según Canalo (2013) las dislipidemias son un conjunto de enfermedades asintomáticas que tienen característica común de tener concentraciones anormales de lipoproteínas sanguíneas. Es la presencia de anomalías en concentración de lípidos en sangre (Colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL).

#### **d) Hipertensión arterial**

Rinaldi y De la Serna (2012), refieren que la Tensión o Presión Arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos, y viene determinada por dos factores principales entre otros muchos: la cantidad de sangre que tenemos y el calibre de los vasos sanguíneos por los que circula. Para medirla se usan dos valores o cifras, el valor más alto es la presión sistólica o Máxima, el menor valor es la presión diastólica o Mínima. Se considera valor normal de tensión arterial una presión sistólica de 120 mm. Hg Máxima, y una presión diastólica de 80 mm. Hg Mínima (12/8). La Organización Mundial de la Salud considera que los valores superiores a 140/90 mm Hg son índices de hipertensión arterial.

Según Rodríguez Casanova y Hernández (2012), la hipertensión arterial es la elevación crónica de una o las dos presiones arteriales: Sistólica o Diastólica. Debe considerarse un paciente portador de hipertensión arterial cuando la cifras de tensión arterial (TA), medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas, con intervalo de tres a siete días entre cada toma, se encuentran por encima de 140 mm\Hg de presión arterial sistólica (TAS) y 90 mm\Hg. de presión arterial diastólica (TAD). Esta definición se aplica en adultos a partir de los 18 años (20). Es también más frecuente que aparezca si la persona es obesa, tiene una dieta rica en sal y pobre en potasio, bebe elevadas cantidades de alcohol, no tiene actividad física y sufre estrés psicológico

Otros factores que también se han relacionado con la TA son: sexo, raza, desarrollo físico, historia familiar y factores dietéticos. Probablemente, ocurre una interacción entre estos diversos factores, influida por factores genéticos y ambientales, que determinarán el comportamiento de la TA en aquel individuo.

#### **e) Poliglobulia**

La poliglobulia es un aumento del volumen total de hematíes en sangre. La poliglobulia se suele presentar como un cuadro insidioso y progresivo con síntomas en principio inespecíficos. Esto es muy frecuente en la policitemia vera, única forma primaria adquirida de poliglobulia. El paciente puede referir astenia, sensación de mareo o vértigo, acufenos, cefalea y epistaxis. En las poliglobulias secundarias además presentará síntomas relacionados con el proceso subyacente, como es una enfermedad cardíaca, pulmonar o renal (De Miguel, García, López Y Burgaleta, 2011).

#### **f) Anemia**

Según Carmel (2009), la anemia es una entidad nosológica de gran importancia en las personas mayores. Su prevalencia es alta, y su incidencia se incrementa con la edad, especialmente en los mayores de 85 años, segmento de la población que, recordemos, es el que proporcionalmente más va a crecer en las próximas décadas. Puede interferir en el funcionamiento de varios órganos y sistemas,

relacionándose con un aumento de la morbilidad, la mortalidad y del déficit funcional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2010 consideró como anemia aquellas situaciones en las que los niveles de hemoglobina (Hb) en sangre sean inferiores a 13 g/dl en varones y a 12 g/dl en mujeres

## **2.2 Marco legal**

Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, LEY N° 29783, establece los siguientes principios que protege la salud de los trabajadores.

### **I. PRINCIPIO DE PREVENCIÓN**

El empleador garantiza, en el centro de trabajo, el establecimiento de los medios y condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores, y de aquellos que, no teniendo vínculo laboral, prestan servicios o se encuentran dentro del ámbito del centro de labores. Debe considerar factores sociales, laborales y biológicos, diferenciados en función del sexo, incorporando la dimensión de género en la evaluación y prevención de los riesgos en la salud laboral.

### **II. PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD**

El empleador asume las implicancias económicas, legales y de cualquier otra índole a consecuencia de un accidente o enfermedad que sufra el trabajador en el desempeño de sus funciones o a consecuencia de él, conforme a las normas vigentes.



### **III. PRINCIPIO DE COOPERACIÓN**

El Estado, los empleadores y los trabajadores, y sus organizaciones sindicales establecen mecanismos que garanticen una permanente colaboración y coordinación en materia de seguridad y salud en el trabajo.

### **IV. PRINCIPIO DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN**

Las organizaciones sindicales y los trabajadores reciben del empleador una oportuna y adecuada información y capacitación preventiva en la tarea a desarrollar, con énfasis en lo potencialmente riesgoso para la vida y salud de los trabajadores y su familia.

### **V. PRINCIPIO DE GESTIÓN INTEGRAL**

Todo empleador promueve e integra la gestión de la seguridad y salud en el trabajo a la gestión general de la empresa.

### **VI. PRINCIPIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD**

Los trabajadores que sufran algún accidente de trabajo o enfermedad ocupacional tienen derecho a las prestaciones de salud necesarias y suficientes hasta su recuperación y rehabilitación, procurando su reinserción laboral.

### **IX. PRINCIPIO DE PROTECCIÓN**

Los trabajadores tienen derecho a que el Estado y los empleadores aseguren condiciones de trabajo dignas que les garanticen un estado de

vida saludable, física, mental y socialmente, en forma continua. Dichas condiciones deben propender a:

- a) Que el trabajo se desarrolle en un ambiente seguro y saludable.
- b) Que las condiciones de trabajo sean compatibles con el bienestar y la dignidad de los trabajadores y ofrezcan posibilidades reales para el logro de los objetivos personales de los trabajadores.

### **2.3 Definición de términos**

**Factores:** Son aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.

**Factores sociales:** Son elementos que hacen referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común. Los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren

**Enfermedad:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la de "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes

del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

**Enfermedad crónica:** Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.

**Trabajador del sector salud:** Es el personal sanitario o «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud» (Informe sobre la salud en el mundo 2006).

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación, según, Hernández, Fernández, y Baptista (2010) es una investigación **descriptiva relacional**, que consiste en presentar la información tal cual es las variables de estudio, indicando cual es la situación en el momento de la investigación analizando, interpretando, y evaluando lo que se desea conocer.

#### 3.2. Diseño de la investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006) la presente investigación es no experimental y transversal.

**No experimental:** porque la variable independiente factores sociales y familiares no se manipularon dado que ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables: Factores sociofamiliares y las enfermedades crónicas de los trabajadores se realizan sin intervención o influencia directa, así mismo las relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural.

**Transversal,** porque se buscó determinar el grado de relación entre las variables de estudio, con posterior análisis.

### **3.2.1. Universo y muestra**

**Universo:** El universo estuvo constituido por 189 trabajadores asistenciales nombrados entre médicos, enfermeras, obstetras y técnicos en enfermería.

**Muestra:** La muestra de estudio estuvo conformada por 88 trabajadores asistenciales nombrados (56 mujeres y 32 varones) que asistieron a la evaluación de salud en el año 2014, que constituye el 46.56% de la población.

### **3.2.2. Categorías Variable se indicadores**

**Categoría de la investigación:** Cualitativa y Cuantitativa

**Variables:**

**Variable Independiente:**

Factores sociofamiliares

#### **Factores sociales**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación

#### **Factores familiares**

- Condición de la vivienda familiar
- Tipo de familia
- Relaciones familiares

**Variable dependiente:**

Enfermedades crónicas

### 2.3 MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: Prevalencia de enfermedades crónicas relacionado a factores sociofamiliares en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno enero a marzo del 2015.

PREGUNTA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE VALORACIÓN	INSTRUMENTO
¿Cuál es la relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores socio familiares en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno enero a marzo del 2015?	Determinar la relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores socio familiares en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno enero a marzo del 2015	Existe relación entre la prevalencia de enfermedades crónicas y los factores socio familiares en trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.	VI: Factores socio familiares	Factores sociales       Factores familiares	Edad  Sexo  Estado civil  Ocupación  Tipo de familia  Condición de vivienda familiar  Relaciones familiares	Menor de 40 años 40-59 años 60 años y más  Masculino Femenino  Casado Conviviente Solero (a) Separado (a)  Médico Enfermera Obstetriz Técnico en enfermería  Nuclear Monoparental Extensa  Propia Alquilada  Buenas Regulares Malas	Formato de encuesta  Guía de se revisión documentaria

			VD: Prevalencia de enfermedades crónicas	Enfermedades crónicas	Síndrome Metabólico Obesidad abdominal Dislipidemia Colesterolemia Poliglobulia Hipertensión arterial Hiperglicemia Trigliceridemia Anemia	Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No	
--	--	--	--	--------------------------	--	---	--

### 3.2.4. Instrumentos de recolección de datos

**Guía de Revisión Documental:** Permitió recabar la información sobre los factores socio familiares a partir de la Ficha Social y sobre las enfermedades crónicas a partir de la “Cartilla personal de salud”.

Esta guía fue elaborada en base a los objetivos de la investigación, que permitió a las investigadoras registrar los datos requeridos sobre los factores sociales y familiares, además de las enfermedades crónicas en los trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.

### 3.2.5. Procesamiento de la información

El desarrollo de la tesina implicó las siguientes actividades:

- ▣ Se seleccionaron las fichas de los trabajadores asistenciales, para luego ser sistematizadas en la guía de revisión documentaria.
- ▣ Luego la información se trasladó a una hoja Excel, para luego ser procesada para el respectivo análisis.
- ▣ Para el análisis de los resultados se aplicó la estadística descriptiva porcentual, a partir de ellos se elaboraron tablas.
- ▣ La contrastación de la hipótesis se realizó con la Prueba No paramétrica Chi Cuadrado, aplicando la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Donde:

$\sum$  = Sumatoria

$O_i$  = Frecuencia observada

$E_i$  = Frecuencia esperada



### 3.2.6. Cronograma Presupuestos

#### Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set
PLANIFICACIÓN						
• Elaboración del proyecto	x					
• Presentación		x				
• Revisión y mejora			x	x		
• Aprobación de proyecto					x	
EJECUCIÓN						
• Recolección de datos					x	
• Procesamiento de datos					x	
• Análisis de resultados						x
• Redacción de informe final						x
PRESENTACION DE INFORME FINAL						x

#### RECURSOS A UTILIZAR

##### Potencial Humano

- Asesora
- Investigadoras

##### Recursos materiales

- **Bienes**
  - Material de escritorio
  - Material de anillado
  - Material de impresión
  - Material de fotocopias
- **Servicios**
  - Movilidad
  - Refrigerio
  - Llamadas

## Presupuesto

Descripción	Cantidad	Precio unitario	Costo total
<b>MATERIAL DE ESCRITORIO</b>			
Papel	4 paquetes	13.00	52.00
Lapiceros	10	0.50	5.00
<b>MATERIAL DE ANILLADO</b>			
Espiralado	10	3.50	35.00
<b>MATERIAL DE IMPRESIÓN</b>			
Impresiones a blanco/negro	800	0.10	80.00
Impresiones a color	50	0.20	10.00
Empastado			100.00
<b>MATERIAL DE FOTOCOPIAS</b>			
Fotocopias	300	0.10	30.00
Asesor	1	-	800.00
Estadístico	1	-	500.00
Movilidad	50	0.70	35.00
Llamadas	60	0.50	30.00
Refrigerio	60	2.00	120.00
<b>TOTAL</b>			<b>1295.00</b>

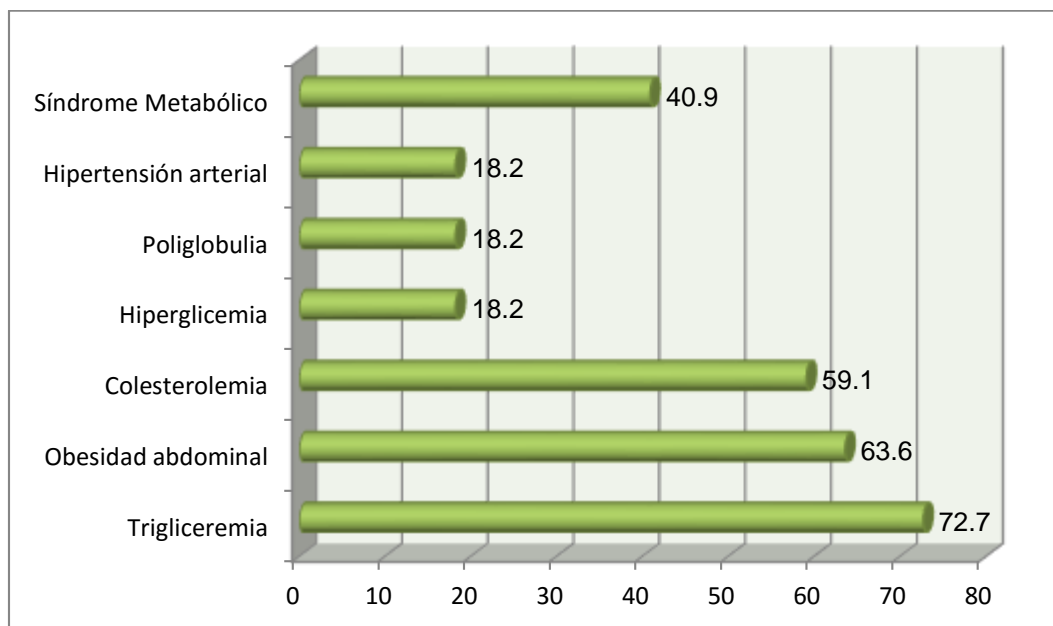
## CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

**TABLA N° 1**  
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES  
ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

ENFERMEDADES CRÓNICAS	SI		NO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Trigliceremia	64	72.7	24	27.3	88	100.0
Obesidad abdominal	56	63.6	32	36.4	88	100.0
Colesterolemia	52	59.1	36	40.9	88	100.0
Hiperglicemia	16	18.2	72	81.8	88	100.0
Poliglobulia	16	18.2	72	81.8	88	100.0
Hipertensión arterial	16	18.2	72	81.8	88	100.0
Síndrome Metabólico	36	40.9	52	59.1	88	100.0

Fuente: Ficha Cartilla Personal de Salud.

**GRÁFICO N° 1**  
PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES  
ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO



Fuente: Tabla 1

Los resultados de la tabla y gráfico 1 muestran la prevalencia de enfermedades crónicas en los trabajadores asistenciales evaluados en la primera fase de control de la salud, donde se aprecia que el 72.7% presenta trigliceremia, un 63.6% obesidad abdominal, el 59.1% colesterolemia y el 40.9% es portador de síndrome metabólico, las demás enfermedades crónicas se presentan en menor porcentaje.

Los hallazgos determinan que la mayoría del personal asistencial padece de alguna enfermedad crónica, enfermedades de alta gravedad que requieren no solo un control sino, la intervención a través de un Plan de vida promovido desde la oficina de Bienestar social.

**TABLA N° 2**

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

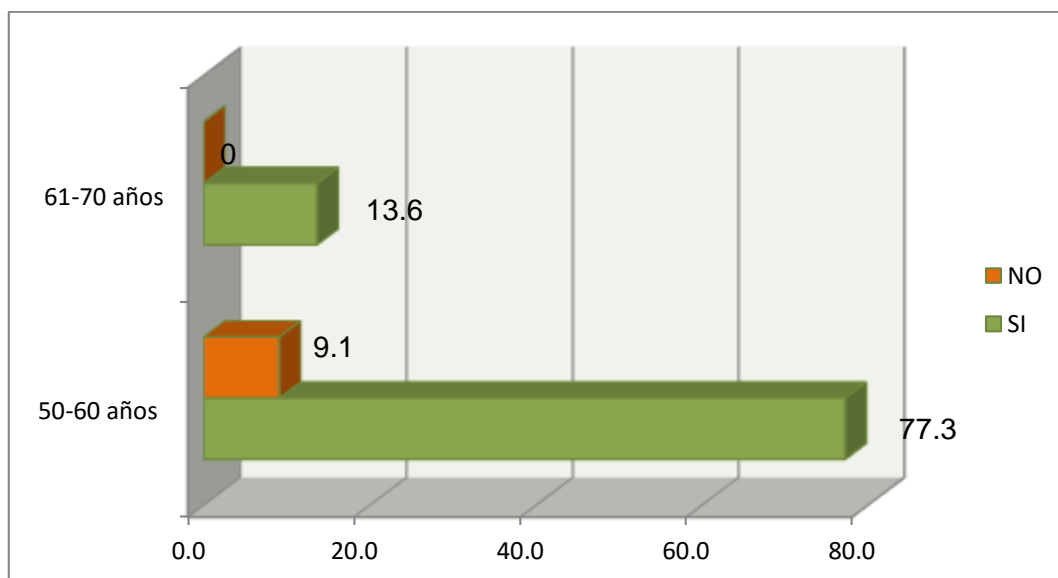
EDAD	ENFERMEDAD CRÓNICA				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
50-60 años	68	77.3	8	9.1	76	86.4
61-70 años	12	13.6	0	0.0	12	13.6
TOTAL	80	90.9	8	9.1	88	100.0

Fuente: Ficha social y Ficha Cartilla Personal de Salud.

$$X^2c = 1.389 < X^2t = 3.841 \quad GL = 1 \quad p = 0.238 \quad \alpha = 0.05$$

**GRÁFICO N° 2**

RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.



Fuente: Tabla 2

Al relacionar la edad de los trabajadores con las enfermedades crónicas que padecen, en la tabla y gráfico 1, los resultados muestran que, el 77.3% de los trabajadores que tienen enfermedad crónica se encuentran en edades de 50 a 60 años, resalta también con 13.6% en edades de 61 a 70 años.

Estadísticamente con la prueba Chi Cuadrado se ha obtenido  $X^2_c=1.389 < X^2_t = 3.841$  y  $p= 0.238$  para 1 grado de libertad y un  $\alpha = 0.05$ ; por tanto, se rechaza la hipótesis planteada, lo que significa que la edad es un factor que no tiene relación con las enfermedades crónicas, debido a que independientemente de la edad que tienen los trabajadores presentaron enfermedad crónica.

Con los resultados se puede inferir que los trabajadores asistenciales desde muy tempranas edades vienen presentando enfermedades crónicas, pero los trabajadores adultos mayores en su totalidad.

**TABLA N° 3**

RELACIÓN ENTRE SEXO Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

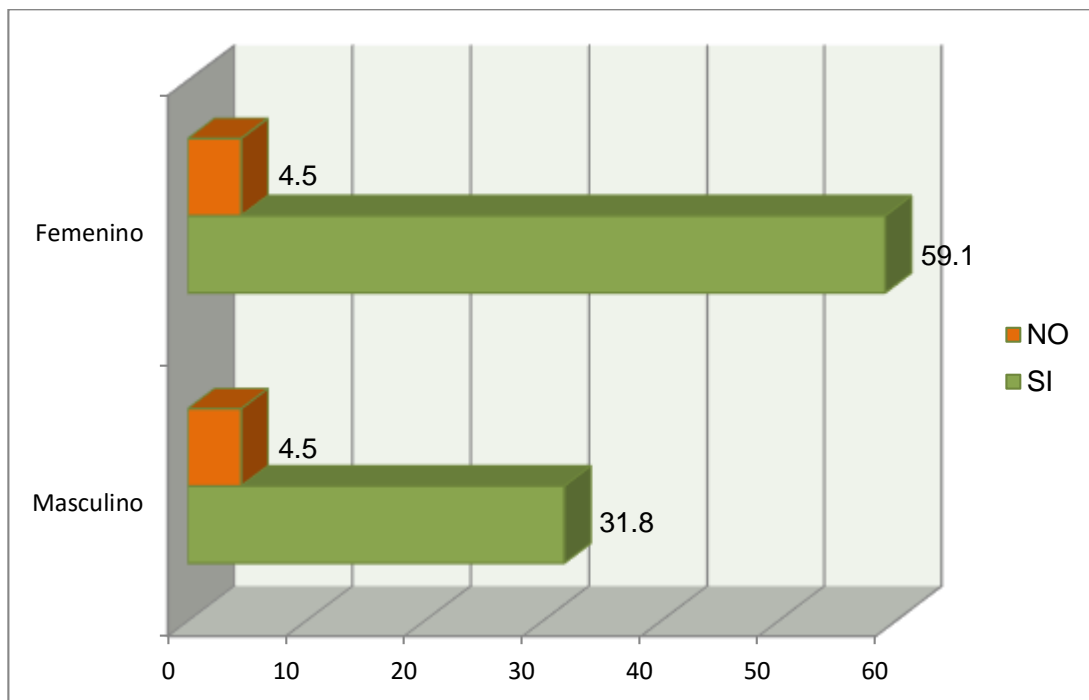
SEXO	ENFERMEDAD CRÓNICA				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	28	31.8	4	4.5	32	36.4
Femenino	52	59.1	4	4.5	56	63.6
TOTAL	80	90.9	8	9.1	88	100.0

Fuente: Ficha social y Ficha Cartilla Personal de Salud

$X^2_c = 0.70 < X^2_t = 3.841$        $GL = 1$        $p = 0.400$        $\alpha = 0.05$

**GRÁFICO N° 3**

RELACIÓN ENTRE SEXO Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.



Fuente: Tabla 3

Los resultados de la tabla y gráfico 3, muestran que el, 59.1% de los trabajadores de sexo femenino presentan enfermedades crónicas, el 31.8% los trabajadores de sexo masculino.

Con la prueba Chi Cuadrado se ha obtenido  $X^2_c=0.70 < X^2_t = 3.841$  y  $p= 0.400$  para 1 grado de libertad y un  $\alpha = 0.05$ ; por tanto, se rechaza la hipótesis planteada, lo que significa que el sexo es un factor que no tiene relación con las enfermedades crónicas, porque ambos sexos son afectados aunque porcentualmente existe cierta predilección en trabajadores de sexo femenino.

Los resultados demuestran que los trabajadores de ambos sexos vienen presentando enfermedades crónicas, donde la condición biológica no es un factor condicionante.



**TABLA N° 4**

RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

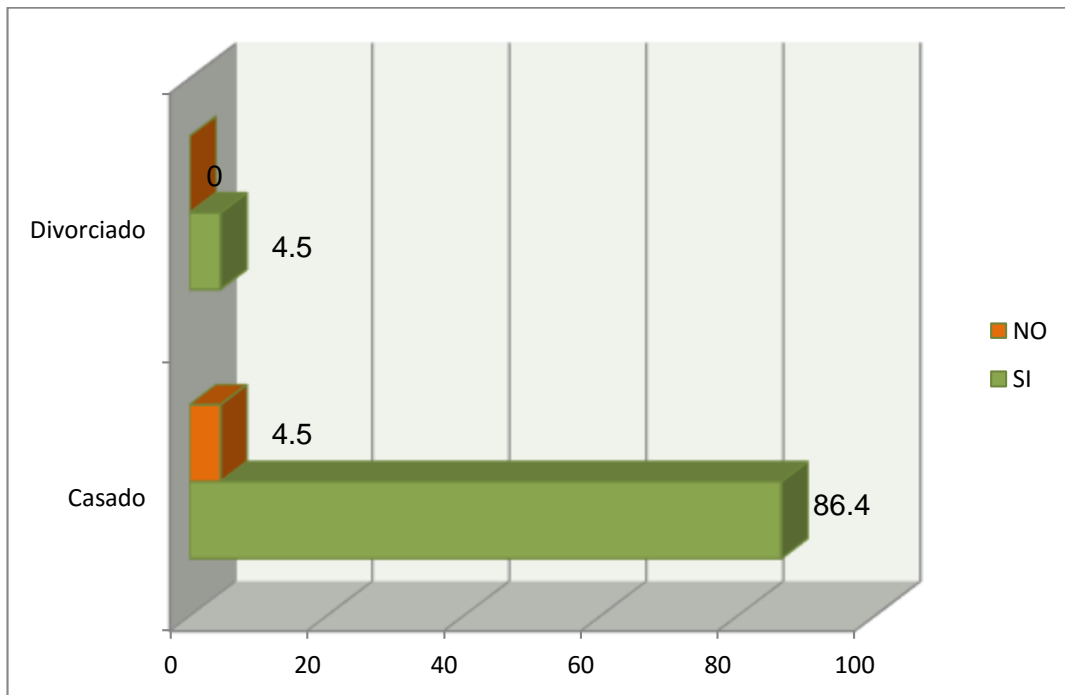
ESTADO CIVIL	ENFERMEDAD CRÓNICA				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Casado (a)	76	86.4	8	9.1	84	95.5
Divorciado (a)	4	4.5	0	0.0	4	4.5
TOTAL	80	90.9	4	9.1	88	100.0

Fuente: Ficha social y Ficha Cartilla Personal de Salud

$X^2_c = 0.439 < X^2_t = 3.841$        $GL = 1$        $p = 0.517$        $\alpha = 0.05$

**GRÁFICO N° 4**

RELACIÓN ENTRE ESTADO CIVIL Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.



Fuente: Tabla 4

Al relacionar el estado civil y las enfermedades crónicas de los trabajadores encontramos en la tabla y gráfico 4, que el 86.4% de los trabajadores casados se encuentran con enfermedad crónica, así mismo el total representado por el 4.% de los trabajadores de condición divorciado.

Con la prueba Chi Cuadrado se ha obtenido  $X^2_c=0.439 < X^2_t = 3.841$  y  $p= 0.517$  para 1 grado de libertad y un  $\alpha = 0.05$ ; por tanto, se rechaza la hipótesis planteada, lo que significa que el estado civil no tiene relación con las enfermedades crónicas, porque tanto el casado y divorciado presentan enfermedades crónicas.

Los resultados demuestran que las enfermedades crónicas son prevalentes en los trabajadores asistenciales independientemente de su estado civil, lo que implica que probablemente existan otros factores de mayor incidencia para la presentación de una enfermedad crónica.

**TABLA N° 5**

RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

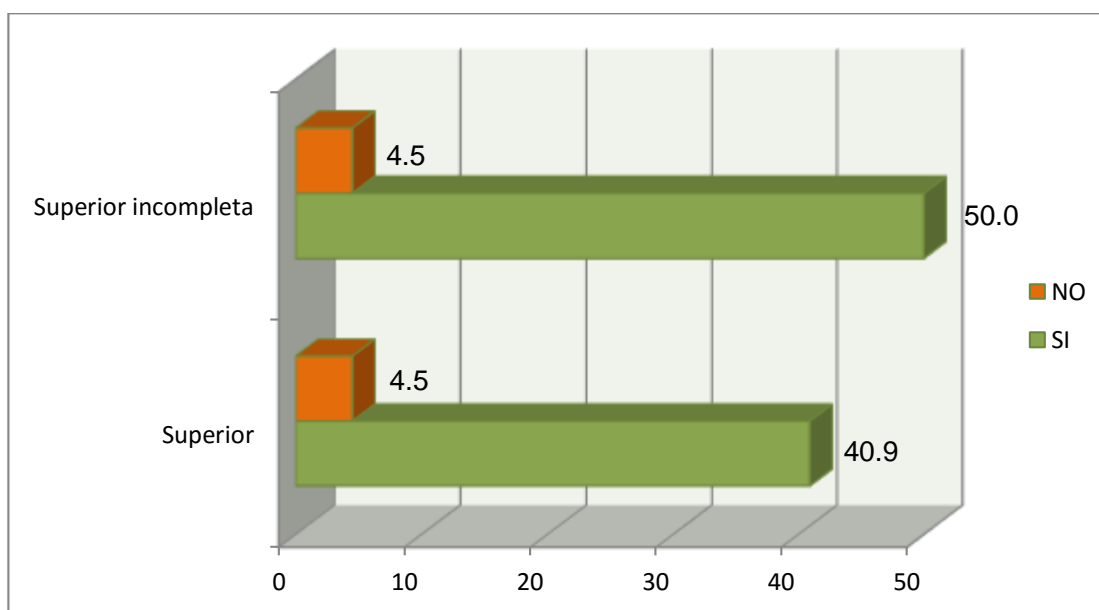
GRADO DE INSTRUCCIÓN	ENFERMEDAD CRÓNICA				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Superior	36	40.9	4	4.5	40	45.5
Superior incompleta	44	50.0	4	4.5	48	54.5
TOTAL	80	90.9	8	9.1	88	100.0

Fuente: Ficha social y Ficha Cartilla Personal de Salud

$X^2_c = 0.733 < X^2_t = 3.841$        $GL = 1$        $p = 0.786$        $\alpha = 0.05$

**GRÁFICO N° 5**

RELACIÓN ENTRE GRADO DE INSTRUCCIÓN Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.



Fuente: Tabla 5

En la relación entre el grado de instrucción y las enfermedades crónicas en los trabajadores asistenciales, en la tabla y gráfico 5, encontramos que el 50% de los trabajadores que tienen estudios superiores incompletos presentan enfermedad crónica, así mismo el 40.9% de trabajadores con educación superior completa.

Con los valores de la prueba Chi Cuadrado se ha obtenido  $X^2_c=0.733 < X^2_t = 3.841$  y  $p= 0.786$  para 1 grado de libertad y un  $\alpha = 0.05$ ; por tanto, se rechaza la hipótesis planteada, lo que significa que el grado de instrucción de los trabajadores asistenciales no constituye un factor determinante para la enfermedad crónica dado que no presenta relación.

Estos resultados, demuestran que tanto los trabajadores con educación superior completa e incompleta están predispuestos a contraer una enfermedad crónica.

**TABLA N° 6**

RELACIÓN ENTRE GRUPO OCUPACIONAL Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

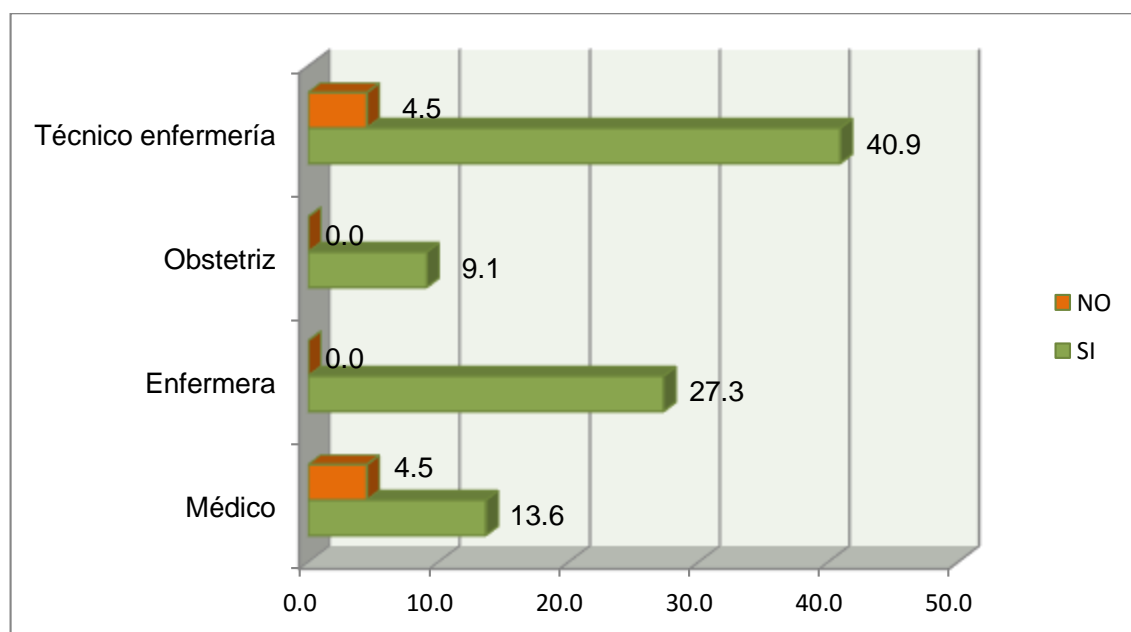
GRUPO OCUPACIONAL	ENFERMEDAD CRONICA				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	12	13.6	4	4.5	16	18.2
Enfermera	24	27.3	0	0.0	24	27.3
Obstetriz	8	9.1	0	0.0	8	9.1
Técnico enfermería	36	40.9	4	4.5	40	45.5
TOTAL	80	90.9	8	9.1	88	100.0

Fuente: Ficha social y Ficha Cartilla Personal de Salud

$X^2_c = 8.14 > X^2_t = 5.317$        $GL = 3$        $P = 0.043$        $\alpha = 0.05$

**GRÁFICO N° 6**

RELACIÓN ENTRE GRUPO OCUPACIONAL Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.



Fuente: Tabla 6

Al relacionar la ocupación de los trabajadores asistenciales con las enfermedades crónicas, en la tabla y gráfico 6, se aprecia que, el 40.8% de los trabajadores técnicos en enfermería presentan enfermedad crónica, mientras la enfermera solo en el 27.3%, el médico solo el 13.6% y sin embargo, los trabajadores del grupo ocupacional obstetricia, el total 9.1% presenta enfermedad crónica.

Con la prueba Chi Cuadrado se ha obtenido  $X^2_c=8.140 > X^2_t = 5.17$  y  $p= 0.043$  para 1 grado de libertad y un  $\alpha = 0.05$ ; por tanto, se acepta la hipótesis planteada, lo que significa que el grupo ocupacional tiene relación con las enfermedades crónicas, porque algunos grupos ocupacionales presentan mayor predisposición de contraer enfermedad crónica.

Con los resultados se infiere que el personal técnico, obstetriz y enfermeras están más predispuestos a contraer enfermedad crónica.

RELACIÓN ENTRE CONDICIÓN DE VIVIENDA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

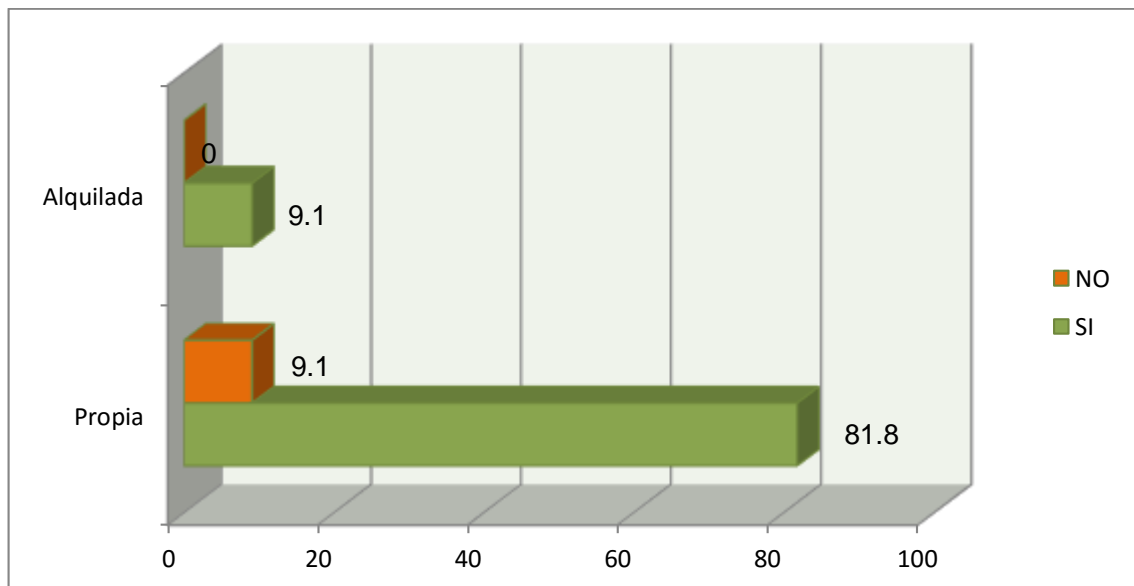
CONDICIÓN DE VIVIENDA	ENFERMEDAD CRÓNICA				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Propia	72	81.8	8	9.1	80	90.9
Alquilada	8	9.1	0	0.0	8	9.1
TOTAL	80	90.9	8	9.1	88	100.0

Fuente: Ficha social y Ficha Cartilla Personal de Salud

$X^2_c = 0.88 < X^2_t = 3.841$        $GL = 1$        $P = 0.384$        $\alpha = 0.05$

**GRÁFICO N° 7**

RELACIÓN ENTRE CONDICIÓN DE VIVIENDA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.



Fuente: Tabla 7

En la relación establecida entre la condición de vivienda y las enfermedades crónicas de los trabajadores asistencias, en la tabla y gráfico 7 encontramos que, el 81.8% de los trabajadores con vivienda propia presentan enfermedad crónica, así mismo el 9.1% total de trabajadores con vivienda alquilada.

Con la prueba Chi Cuadrado se ha obtenido  $X^2_c=0.88 < X^2_t = 3.841$  y  $p= 0.384$  para 1 grado de libertad y un  $\alpha = 0.05$ ; por tanto, se rechaza la hipótesis planteada, lo que significa que la condición de vivienda no tiene relación con las enfermedades crónicas, porque los trabajadores aun en diferentes condiciones de vivienda presentan enfermedad crónica; por tanto se rechaza la hipótesis planteada.

**TABLA N° 8**



RELACIÓN ENTRE RELACIONES FAMILIARES Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

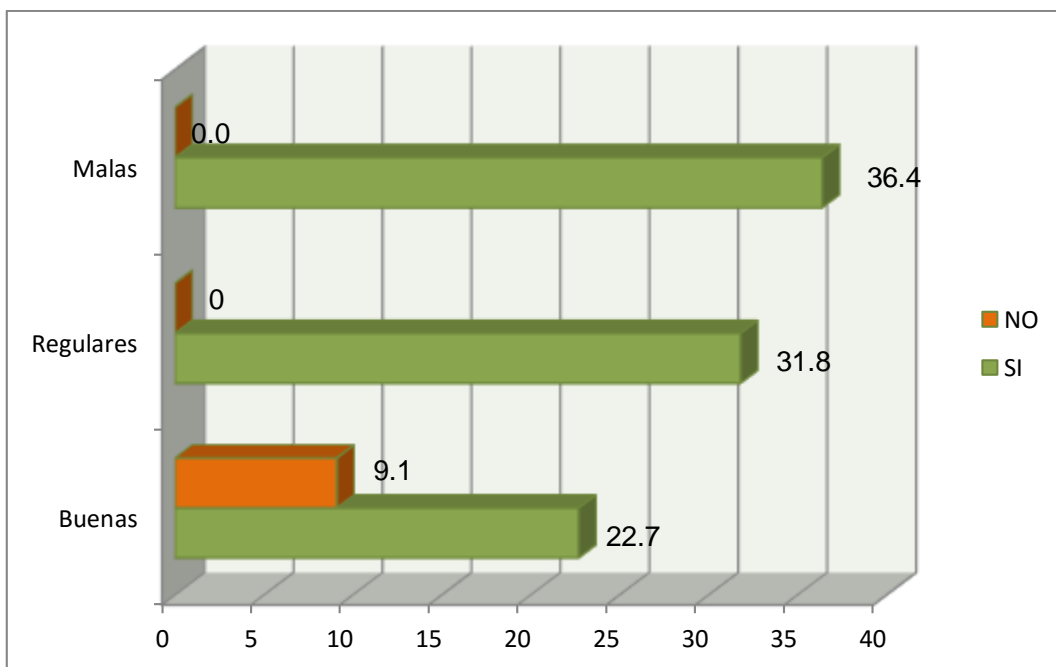
RELACIONES FAMILIARES	ENFERMEDAD CRÓNICA				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
Buenas	20	22.7	8	9.1	28	31.8
Regulares	28	31.8	0	0.0	28	31.8
Malas	32	36.4	0	0.0	32	36.4
TOTAL	80	90.9	8	9.1	88	100.0

Fuente: Ficha social y Ficha Cartilla Personal de Salud

$X^2_c = 18.857 > X^2_t = 5.99$        $GL = 2$        $p = 0.000 (8.0394E-05)$        $\alpha = 0.05$

**GRÁFICO N° 8**

RELACIÓN ENTRE RELACIONES FAMILIARES Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.



Fuente: Tabla 8

En la tabla y gráfico 8 se muestran resultados de la relación entre las relaciones familiares y las enfermedades crónicas en trabajadores

asistenciales, donde se aprecia que, el 36.4% total de trabajadores que mantienen malas relaciones familiares presentan enfermedad crónica, así mismo 31.8% total de trabajadores con relaciones familiares regulares, también el 22.7% de trabajadores con buenas relaciones familiares, en cambio un 9.1% no presenta enfermedad.

Con la prueba Chi Cuadrado se ha obtenido  $X^2_c=18.857 > X^2_t = 5.99$  y  $p= 0.039$  para 2 grado de libertad y un  $\alpha = 0.05$ ; por tanto, se acepta la hipótesis planteada, lo que significa que las relaciones familiares tienen relación con las enfermedades crónicas, porque en hogares donde los integrantes mantienen buenas relaciones algunos trabajadores no presentan enfermedad, pero donde las relaciones son regulares y malas existe mayor probabilidad de enfermar.

Con los resultados obtenidos se infiere que las malas y regulares relaciones familiares se constituyen en un factor que se suma a la predisposición de padecer enfermedades crónicas.

#### **TABLA N° 9**

RELACIÓN ENTRE TIPO DE FAMILIA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

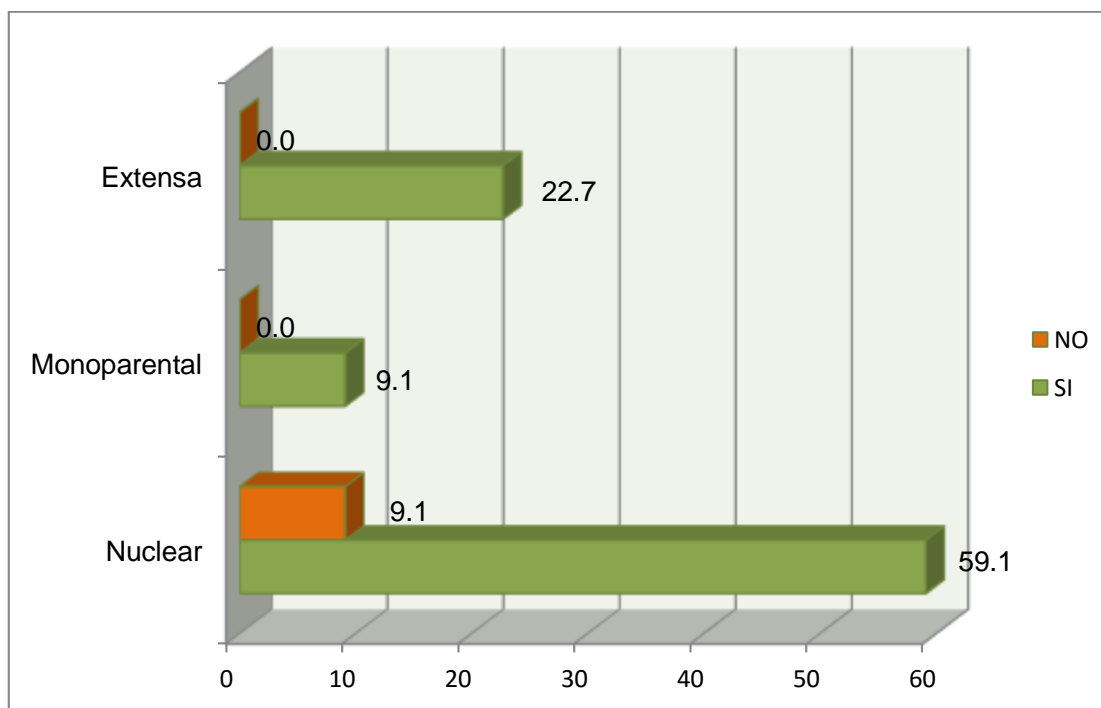
TIPO DE FAMILIA	ENFERMEDAD CRÓNICA				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
Nuclear	52	59.1	8	9.1	60	68.2
Monoparental	8	9.1	0	0.0	8	9.1
Extensa	20	22.7	0	0.0	20	22.7
TOTAL	80	90.9	8	9.1	88	100.0

Fuente: Ficha social y Ficha Cartilla Personal de Salud.

$X^2_c = 4.106 < X^2_t = 5.99$        $GL = 2$        $P = 0.128$        $\alpha = 0.05$

**GRÁFICO N° 9**

RELACIÓN ENTRE TIPO DE FAMILIA Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN TRABAJADORES ASISTENCIALES DEL HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.



Fuente: Tabla 9

La relación establecida entre el tipo de familia y las enfermedades crónicas en los trabajadores asistenciales, en la tabla y gráfico 9 muestran que, el 59.1% de los trabajadores que viven dentro de una familia nuclear presentan enfermedad crónica, así mismo el 22.7% total de trabajadores que viven dentro de una familia extensa, y el 9.1% total de trabajadores que tienen una familia monoparental,

Con la prueba Chi Cuadrado se ha obtenido  $X^2_c=4.106 < X^2_t = 5.99$  y  $p= 0.128$  para 1 grado de libertad y un  $\alpha = 0.05$ ; por tanto, se rechaza la hipótesis planteada, lo que significa que el tipo de familia no tiene relación con las enfermedades crónicas, porque la mayoría de trabajadores que viven dentro de una familia nuclear y el total de los que viven dentro de una familia mononuclear y extensa presentaron enfermedades crónicas.

Los valores obtenidos en la prueba Chi Cuadrado, determinan que no existe relación entre las variables ( $p=0.128$ ), por tanto se rechaza la hipótesis planteada.

Estos resultados evidencian que independientemente del tipo de familia los trabajadores vienen enfermando en forma crónica, haciendo notar que existen otros factores que inciden sobre este problema.

#### **4.2. Análisis y debate de resultados**

La enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, sin embargo, se señala que existen una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica.

Los resultados obtenidos respecto a las enfermedades crónicas en los trabajadores asistenciales presenta una alta prevalencia, comparado con estudios realizados a nivel nacional y local, lo que indica que en una institución de salud, donde los trabajadores deberían presentar un mayor nivel de salud, aquejan de muchas enfermedades crónicas, incluso de enfermedades como el síndrome metabólico que es una situación grave ya que esta patología presenta tres criterios o tres enfermedades crónicas que catalogan el síndrome metabólico. Comparado con el estudio de Rodríguez y Muñiz (2014), en Cuba, difiere porque presentan mayor prevalencia la hipertensión arterial (33,69 %), la diabetes mellitus (19,78 %) , en el estudio estos fueron de menor prevalencia.

Frente a los factores relacionados a las enfermedades crónicas de los trabajadores, encontramos que la edad, sexo, estado civil no presentan relación, porque los trabajadores independientemente de estos factores presentaron en alto porcentaje enfermedad crónica. Rodríguez y Muñiz (2014), Cuba reportó que la “Presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles en

trabajadores de la salud: se encuentran en trabajadores con un buen nivel de escolaridad, así como se ha encontrado en el estudio y de predilección en enfermeras (31%) y médicos (27.8%); mientras en el estudio la predilección está centrada en el personal técnicos en enfermería (40.9%), enfermeros (27.3%), médicos (13.6%); por tanto, el factor grupo ocupacional constituye un factor determinante en las enfermedades crónicas del personal de salud.

Los hallazgos del estudio respecto al Síndrome Metabólico, es preocupante, ya que esta enfermedad presenta una alta prevalencia comparada con el estudio realizado por Cárdenas, Sánchez y Roldan (2005), la prevalencia de los componentes del SM de los trabajadores son en cierta medida mayores (hipertrigliceremia 72.7%, obesidad abdominal 63.6%, colesterolemia 59.1%, Hiperglicemia 18.2%, hipertensión arterial 18.2%) a los presentados por este autor (obesidad abdominal 65,6%, C-HDL disminuido 54,2%, hipertrigliceridemia 30%, hipertensión arterial 19,1% e hiperglicemias 8%). También es mayor (40.9%) la prevalencia de Síndrome Metabólico presentado por Pajuelo y Sánchez (2007). Porque a nivel nacional encontró solo en el 16,8%, pero es menor al reporte realizado Foraquita en el año 2008 en pacientes que acuden a consulto del Hospital III ESSALUD Puno.

Con relación a los factores familiares encontramos que las interacciones entre los miembros que integran el sistema, no están favoreciendo la limitación de las enfermedades crónicas. Si bien es cierto como lo señala Amarís, Paternina y Vargas (2004) durante las interacciones familiares se establecen lazos que les permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar

por alcanzar las metas propuestas; es entonces que la familia es más que la suma de los miembros que la conforman, sino este sistema influye en cada individuo. Sin embargo, así como se evidencia en los resultados las malas y regulares relaciones familiares no influyen de manera positiva en el cuidado de la salud de los integrantes de la familia, en este caso en el trabajador de salud.

Zabalegui (2012), señala que la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas es un parámetro importante, dado el efecto sustancial que conlleva la asistencia de estos pacientes en el bienestar físico, el psicológico, el social y el económico de las personas que los cuidan gracias a las relaciones familiares que se mantengan en el seno familiar.

Tomando en cuenta la teoría citada, la familia debe ser una organización donde todos sus integrantes satisfagan sus necesidades, dentro de ellas el cuidado de la salud desde tempranas edades y para los adultos mejorar su calidad de vida; sin embargo, las malas relaciones o regulares familiares probablemente no ofrezcan una interacción saludable, por lo que los miembros de la familia tampoco cuidan de su salud. La falta de armonía muchas veces conduce a un desorden alimenticio, malos hábitos psicoactivos que indudablemente agravan la situación del deterioro de la salud que se trae consigo desde tempranas edades, recordemos que la enfermedad crónica es acumulativa y solo se declara cuando se sobrepasan los límites de la normalidad.

## **CONCLUSIONES**

**PRIMERA:**

Existe alta prevalencia de enfermedades crónicas en los trabajadores asistenciales del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, donde el 72.7% presenta hipertrigliceremia, 63.6% obesidad abdominal, el 59.1% colesterolemia y el 40.9% es portador de síndrome metabólico y la hiperglicemia, hipertensión arterial y la poliglobulia presenta una baja prevalencia, no encontrando a ningún trabajador evaluado sin enfermedad.

**SEGUNDA:**

Los factores sociales edad, sexo, estado civil, grado de instrucción no tiene relación con las enfermedades crónicas que presenta el trabajador asistencial, mientras el factor grupo ocupacional es un factor que se relaciona significativamente ( $p < 0.05$ ) con las enfermedades crónicas, porque la aparición de la enfermedad y sus secuelas, se establece un patrón recursivo “familia, servicios y equipo de salud” que conforman el contexto ecológico de la pauta llamada enfermedad.

**TERCERA:**

Dentro de los factores familiares el factor relaciones familiares presenta relación significativa ( $p < 0.05$ ) con las enfermedades crónicas de los trabajadores asistenciales, porque el grupo familiar constituye el espacio vital donde se forma, se recupera y se desarrolla el individuo en su interrelación constante con la sociedad a través de todas las etapas de la vida, las funciones familiares permeadas por el afecto, generan procesos que actúan como protectores de salud o coadyuvantes de la enfermedad; por ello, las malas



relaciones familiares son coadyuvantes negativos en el proceso de una enfermedad; a diferencia el factor la condición de vivienda familiar y el tipo de familia no presentan relación, porque independientemente del tipo de vivienda y familia los trabajadores presentan diversas enfermedades crónicas

## **RECOMENDACIONES**

**PRIMERA:**

Las autoridades del Hospital Manuel Núñez Butrón, deben plantear políticas de atención en los trabajadores asistenciales, tomando la alta prevalencia de enfermedades crónicas que padecen los trabajadores, con la finalidad de velar no solo por el bienestar del trabajador, sino el desarrollo institucionales.

**SEGUNDA**

Los profesionales de Servicio Social a través de la Unidad de Bienestar Social promover atenciones multidisciplinarias e intervenciones para el cambio de estilos de vida del trabajador que puedan repercutir en la prevención y control de la salud durante la enfermedad crónica.

**TERCERA:**

Impulsar el desarrollo del Proyecto de Vida, con fines de modificar estilos de vida saludable en trabajadores según la enfermedad crónica que presentan.

**CUARTA:**

Fomentar la corresponsabilidad del cuidado de la salud de los trabajadores con la familia, considerando que dentro de la familia las relaciones interpersonales o humanas llevan consigo la formación de una sociedad y con esta la creación de grupos normas y valores que son parte de códigos conductuales indispensables para la convivencia en armonía de sus miembros y por ende el cuidado de la salud del trabajador de salud.

**QUINTA:**

A los especialistas en Promoción de la salud, realizar otros estudios prospectivos tomando en cuenta otros factores como la alimentación, hábitos nocivos y entre otros.

**FUENTES DE INFORMACIÓN**

- Amarís, M.; Paternina, A.; Vargas, K. (2004). Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en "la cangrejera" Universidad del Norte Barranquilla, Colombia. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte.* N° 14: 91-124.
- Bedoya, JM. (2008). La salud de los hombres y las enfermedades de género. Recuperado de <https://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/10/la-salud-de-los-hombres-y-las-enfermedades-de-genero.pdf>
- Canalizo, E, et al. (2013). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013;51(6):700-9.
- Cárdenas, H.; Sánchez, J.; Roldan, L. (2005). Prevalencia del síndrome metabólico en personas a partir de 20 años de edad. Perú, 2005, Vol. 83, N.º 2
- Carmel, R. (2009). La anemia y el envejecimiento: una visión general de los aspectos clínicos, diagnósticos y biológicos. *Blood Reviews* 2009;15: 9-18.
- Carrión, R. (2008). Factores Asociados al Síndrome Metabólico En Pacientes Mayores De 40 Años Según Atp Iii Enero – Junio 2008. [Tesis pregrado] Facultad de Medicina Humana. UNA Puno 2008
- De Miguel, D.; García, J.; López, M.; Burgaleta, C. (2011). Síndromes mieloproliferativos crónicos no leucémicos (I). *Medicine* 2001;8:2764-9.
- Espinosa, M. *Familia y enfermedad*. En: Vierceda, J., Bezanilla, J. (2014). *Enfermedad y Familia Vol I*. Primera Edición, México.

- Espinosa, S. R. (2004). Características relacionales en familias psicósomáticas. Revista SEFPSI, Vol. 7, Números 1-2, 53-62
- Epps, S. y Jackson B .J. (2000). Familias empoderadas, niños exitosos. Es: programas de intervención temprana que funcionan. Washington DC: American Psychological Association. 135-162
- Foraquita, R. (2008). Prevalencia y factores de riesgo relacionado al Síndrome Metabólico en pacientes que acuden a consulto del Hospital III ESSALUD Puno. [Tesis pregrado] Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional del Altiplano Puno.
- García, M.C. y Vidales, I. (2009) La actitud de los adolescentes nuevoleonés ante la sexualidad . Colección. Investigación educativa N°. 39. Recuperado el 7 de mayo 2015 de [http://www.caeip.org/docs/investigacion-pedagogica/Adolescentes\\_sexualidad.pdf](http://www.caeip.org/docs/investigacion-pedagogica/Adolescentes_sexualidad.pdf)
- García, R. (2007). Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con Hipertensión arterial descompensada [tesis]. Colima (México): Universidad de Colima.
- Guzmán, O.; Caballero, T. (2012). La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago(128), Mayo-Agosto. No. 2 págs.336-350
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. DE C.V. Quinta Edición.
- Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, LEY N° 29783, establece los siguientes principios que protege la salud de los trabajadores.

Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. La Habana Cuba.  
Recuperado de:

[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol\\_37\\_04\\_11/spu13411.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_37_04_11/spu13411.htm)

Miguel Soca, PE. (2009). El síndrome metabólico: un alto riesgo para individuos sedentarios. *Acimed*;20(2).

Ministerio de Salud (2015). Situación epidemiológica de las enfermedades crónicas.

Mirta, Latanzzi (2009). Enfermedades sociales, Drogadicción y Alcoholismo. *www.monografias.com*. Recuperado 15 Abril 2015, pág. 2

Organización Mundial de la Salud (2006). Personal Sanitario. El Informe sobre la salud en el mundo, Recuperado de [http://www.who.int/topics/health\\_workforce/es/](http://www.who.int/topics/health_workforce/es/)

Organización Mundial de la salud (2014). Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Recuperado de [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index8.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index8.html)

Organización Mundial de la Salud. Anemias nutricionales: informe de un grupo científico de la OMS. Ginebra, Suiza:

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Vivienda saludables. Recuperado 25 abril 2015. de [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=category&id=823](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=823)

Pajuelo J, Sánchez J. (2007). El síndrome metabólico en adultos, en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. *An Fac Med Lima*; 68(1)

- Pajuelo J. y Col. (2011). Circunferencia de cintura. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Pérez, T.; Gómez, M.; Luna, O. (2008). Algunos factores de riesgos conocidos en enfermedades crónicas no transmisibles. Gaceta Médica Espirituana; 10(2)
- Pia de la Masa M. Dislipidemias. (2013) División de Salud de las Personas Departamento de Programas de las Personas Programa Salud del Adulto 2000. Ministerio de Salud Chile. 2008. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(6):700-9
- Querales, M.; Sánchez, E.; Querales, M. Dislipidemias en un grupo de adultos aparentemente sanos. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Colombia. Abril 2013 Vol. 17 N° 1
- Rinaldi, G.; De la Serna, F. (2012). Bases Fisiológicas: Regulación de la presión arterial. Sección Hipertensión Arterial. Etiopatogenia: 1ra. Parte. Recueprado 28 abril 2015 de [http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta\\_01/BASES.pdf](http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01/BASES.pdf)
- Rodríguez, A.; Casanova, M-; Hernández, M. (2012). Revisión bibliográfica: Síndrome metabólico. Revisión bibliográfica. Gaceta Médica Espirituana; 12(2)
- Rodríguez, T.; Muñiz, D. (2014), Presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles en trabajadores de la salud: un enfoque multidisciplinario. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Revista Finlay. octubre 2014 | Volumen 4 | Numero 3
- Rodríguez, MC. (2012). Identidad de género: una mirada más allá de las diferencias entre hombres y mujeres. Universidad de Granma. Cuba.

- Rosas J, González A, Aschner P, Bastarrachea R. y col. Epidemiología, Diagnóstico, Control, Prevención y Tratamiento del Síndrome Metabólico en Adultos. Consenso Latinoamericano de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD ) Argentina. 2011. VOL. XVIII - Nº 1 - Año 2010
- Robaina, C.; Sevilla, D. (2003). Epidemiología de las enfermedades relacionadas con la ocupación. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(4):
- Sandoval, H. (2010). Impacto de las enfermedades crónicas en las poblaciones pensionadas. Colegio Nacional de Actuarios. México. Recuperado de [http://conac.org.mx/CASA\\_CONAC/Miercoles/DIA\\_1\\_2Impacto\\_de\\_la\\_s\\_enfermedades\\_cronicas\\_Hector\\_Sandoval.pdf](http://conac.org.mx/CASA_CONAC/Miercoles/DIA_1_2Impacto_de_la_s_enfermedades_cronicas_Hector_Sandoval.pdf)
- Vinaccia, S.; Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Universidad de San Buenaventura, Medellín Perspectivas en Psicología.
- Yu, Y.; Ginsberg, HN. (2005). La señalización de los adipocitos y la homeostasis de los lípidos. Secuelas de resistentes a la insulina tejido adiposo. Circ Res. 2005; 96: 1042-1052
- Zabalegui, A. (2012). Fiabilidad de los instrumentos que miden la calidad de vida del cuidador. Enf Basada Evidencia [internet]. Disponible en <http://www.uic.es/progs/obj.uic?id=4753f74600830>.



## ANEXOS

### GUÍA DE ENCUESTA

#### Información general:

N° de encuesta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Servicio/Unidad \_\_\_\_\_

#### Información sobre factores sociales y familiares

**1. Edad**

Menor de 40 años    40-59 años                  60 años y más

**2. Sexo**

M ( )                  F ( )

**3. Estado civil**

Casado \_\_\_ Conviviente \_\_\_\_\_ Solero (a) \_\_\_\_\_ Separado (a) \_\_\_\_\_

**4. Ocupación**

Médico \_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_ Obstetriz \_\_\_\_\_  
Técnico en enfermería \_\_\_\_\_

**5. Condición de vivienda familiar**

Propia \_\_\_\_\_ Alquilada \_\_\_\_\_

**6. Relaciones familiares**

Buenas \_\_\_\_\_ Regulares \_\_\_\_\_ Malas \_\_\_\_\_

**7. Tipo de familia**

Nuclear \_\_\_\_\_ Mononuclear \_\_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_\_

#### ENFERMEDAD CRÓNICA

	SI	NO
Trigliceremia		
Obesidad abdominal		
Colesterolemia		
Hiperglicemia		
Poliglobulia		
Hipertensión arterial		
Síndrome metabólico		