



**UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**"RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y
ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
DE LAMBAYEQUE - 2015"**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

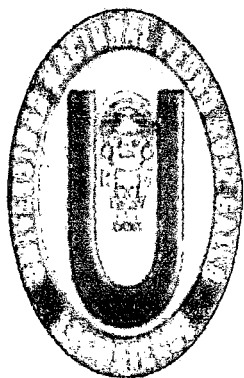
AUTORA:

BACH. GUEVARA VÁSQUEZ, SARA DALY

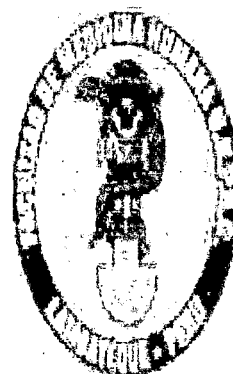
ASESOR:

Dr. NÉSTOR RODRÍGUEZ ALAYO

**LAMBAYEQUE-PERÚ
2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y
ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
DE LAMBAYEQUE - 2015”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

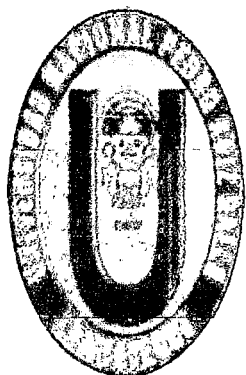
AUTORA:

BACH. GUEVARA VÁSQUEZ, SARA DALY

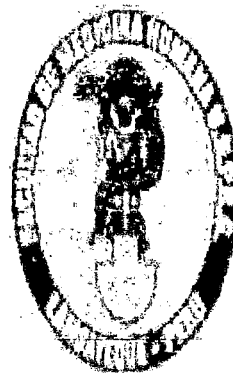
ASESOR:

Dr. NÉSTOR RODRÍGUEZ ALAYO

**LAMBAYEQUE-PERÚ
2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



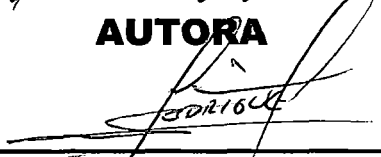
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y
ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
DE LAMBAYEQUE - 2015”**

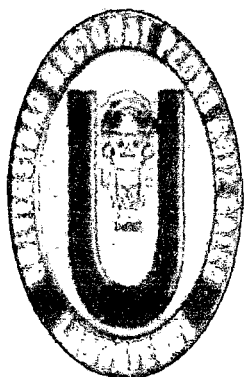
TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

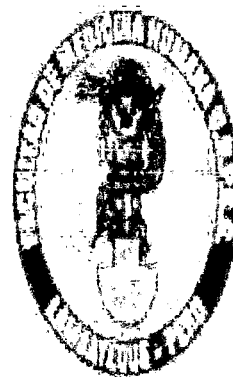

Bach. Guevara Vásquez, Sara Daly
AUTORA


Dr. NESTOR RODRÍGUEZ ALAYO
ASESOR

**LAMBAYEQUE-PERÚ
2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y
ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN
DE LAMBAYEQUE - 2015”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR Y EXAMINADOR:



Dr. ALFONSO HEREDIA DELGADO
PRESIDENTE



Dra. BLANCA FALLA ALDANA
SECRETARIA

Dr. JULIO CESAR VILLANUEVA ANGELES
VOCAL



Dr. JORGE PAICO GARCIA
SUPLENTE

**LAMBAYEQUE-PERÚ
2015**

AGRADECIMIENTO

A Dios, padre maravilloso, por permitirme sentir su presencia en todo momento iluminándome el camino, acompañándome en cada paso, dándome la fortaleza necesaria para alcanzar mis metas.

A mi familia, por su apoyo incondicional, por haberme dado la oportunidad de seguir mis sueños con esta carrera. A mis hermanos, Silvia, Walter y Marcos.

De igual manera al Dr. Nestor Rodriguez Alayo, asesor de la presente investigación, por su guía y orientación constante, dedicar su tiempo y esfuerzo, así como brindar su conocimiento y apoyo para la realización de esta tesis.

Al Dr. Eric Cuyo Gonzales, por su colaboración al inicio de esta tesis, un amigo y gran persona.

A mis amigos presentes, con los que inicie hace 6 años esta aventura llamada MEDICINA por su incondicional cariño y apoyo durante toda esta etapa universitaria

A los doctores que formaron parte de la población en estudio, por su colaboración y conocimiento impartido durante el internado, por enseñarnos con el ejemplo calidez humana, y a las amigas que conocí en el transcurso de ese tiempo.

Sara Daly

DEDICATORIA

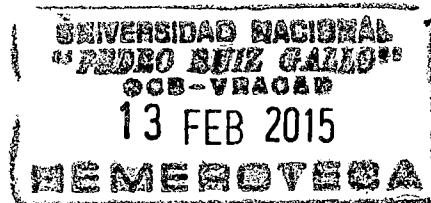
Esta tesis se la dedico a DIOS quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis Padres Luis Alberto y Fredesvinda , porque valió la pena su esfuerzo y sacrificio y sé que al igual que yo anhelaban que llegara este día tan importante para nuestras vidas, por brindarme su amor, apoyo, consejos e infinita confianza y fe en mí, por forjarme todos los caminos y hacer posible cada sueño. ¡Todo llega mamá, es cierto! cada triunfo de nosotros es infinitamente pequeño ante tus sacrificios.

A mi abuela Sara y a mi hermano Carlos quienes me guían desde el cielo.

A mis maestros, quienes inculcaron durante el transcurso de la carrera, amor por la medicina, siendo patrones a seguir, sé que siempre contare con ellos.

Sara Daly



INDICE

	PÁGINA
RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
III. RESULTADOS	38
IV. DISCUSIÓN.....	50
V. CONCLUSIONES.....	59
VI. RECOMENDACIONES.....	61
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS.....	68

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar si existe relación entre los estilos de vida y los estados de salud de los médicos, debido a que existe rutina diaria de hábitos no saludables, condicionando estrés que influye en el trato de los pacientes; siendo la finalidad mejorar la práctica de estilos de vida saludables.

Mediante un estudio descriptivo, transversal en 52 médicos asistenciales, no asistenciales y residentes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2015. Se aplicó el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida que califica: muy saludable, saludable, poco saludable y no saludable; y el Cuestionario SF-36, que califica los estados de salud como muy malo, malo, regular, bueno y muy bueno, mediante la función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM).

Predomina el sexo masculino con 81% y el 52% con una edad entre 41-60 años, 48% con un tiempo de servicio mayor de 15 años. El 42% trabajan en dos lugares a la vez, 79% no cuentan con un horario fijo de trabajo, 73% son nombrados y casados el 73%. El 9,6% son diabéticos, 5% hipertensos, 11% con aumento de colesterol y triglicéridos. El 50% presenta un estilo de vida poco saludable; 64% baja actividad física y deporte, 46% presentan sobrepeso y 92% no consumen alcohol ni tabaco. El estado de salud general fue de nivel muy bueno en 80%, correspondiendo a las dimensiones FF(79%), RF(64%), DC(62%), FS(79%), SM(75%) y RE(48%), mientras que con nivel bueno calificaron VT(60%) y SG(48%).

Se concluye que no existe relación entre los estilos de vida y el estado de salud de los médicos de la institución en el periodo de estudio.

Palabras Clave: Estilos de vida, estados de salud, médicos.

ABSTRACT

The objective of this investigation was to determine the relationship between lifestyle and health status of physicians, because their daily routine of unhealthy habits, conditioning stress influences the treatment of patients; the aim being to improve the practice of healthy lifestyles.

Through a descriptive cross-sectional study of 52 doctors between healthcare, non-healthcare and medical residents Provincial Teaching Hospital Belen of Lambayeque, 2015. Questionnaire practices and beliefs lifestyle branding was applied: very healthy, healthy, unhealthy and unhealthy; and the SF-36, which qualifies health status as very poor, poor, fair, good, very good, by the physical function (FF), physical role (RF), bodily pain (DC), general health (SG), vitality (VT), social functioning (SF), role emotional (RE) and mental health (MH).

Predominated with 81% males, predominantly 52% of 41-60 years, 64% over 15 years of service. 42% work in two places at once, 79% did not have a fixed work schedule, 73% are appointed and married for 73%. The 9.6% diabetics, hypertensive 5%, 11% increase in cholesterol and triglycerides.

50% has an unhealthy life style; 64% low physical activity and sport, 46% are overweight and 92% not alcohol and snuff.

The general condition was very good level of 80%, corresponding to the dimensions FF (79%), RF (64%), DC (62%), FS (79%), SM (75%) and RE (48%), whereas with good standard rated VT (60%) and SG (48%).

We conclude that there is a relationship between lifestyle and health status of medical institution in the study period.

Keywords: Lifestyle, health conditions, medical.

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN.

Los estilos de vida han sido objeto de estudio de diferentes disciplinas, entre ellas la sociología, la antropología médica y la epidemiología, aunque con significados diferenciados ¹.

Entre fines del siglo XX y principios del XIX el descubrimiento de las funciones de la cultura, condujo a generar conceptos que trataron de interpretarla en términos holísticos o a comprender algunos aspectos de la realidad pero siempre articulados a la totalidad constituida por cada cultura. Uno de esos conceptos es el estilo de vida ².

Durante los años 80, el estilo de vida, en el ámbito de las ciencias de la salud, podría considerarse como el “conjunto de decisiones de las personas que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control” ³.

En la actualidad cobra fuerza la idea de que existen muchas variables de índole muy diversa que vienen a conformar el fenómeno que denominamos estilo de vida y es que las conductas habituales y elecciones están limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen el contexto y las condiciones estructurales de vida ⁴.

Intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud ⁵, de tal forma que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud.

El estilo de vida de una persona está determinado por las condiciones en las que vive, resulta un objetivo importante para cualquier profesional de la salud indagar sobre las conductas de riesgo y de protección que los diferentes grupos sociales inducen en las personas ⁶. Pero, ¿qué pasa cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados? Se supone que al tener pleno conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, así como de la etiología de las enfermedades y su tratamiento, se trataría de personas que evitarían conductas que atentan contra la salud. Frank. E ha aportado evidencias empíricas ^{7,8-9} que demuestran que

los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos saludables y de tener mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones, contrario a aquellos de hábitos no saludables, que tienden a practicar una medicina curativa en lugar de preventiva y que probablemente son poco escuchados por sus pacientes cuando les recomiendan comportamientos que evidentemente, ellos tampoco practican.

Muchos suponen que los médicos, al ser personas estudiosas de los factores que determinan la salud de un individuo, practiquen con mayor frecuencia comportamientos que promueven la salud y evitan la enfermedad, presentando por lo tanto, una morbilidad y mortalidad menores a las de la población general. Pero al respecto hay estudios que desvirtúan esta creencia, como el de Frank E, Kunovich T ¹⁰, que encontraron que los médicos norteamericanos tenían mayor edad en el momento de morir, comparados con abogados y otros profesionales, a pesar de que era más probable que murieran de enfermedades cerebro vasculares, accidentes y suicidio, por lo que la baja tasa de mortalidad o la mayor longevidad no serían indicadores suficientes del buen estado de salud y de estilos de vida saludables en estos profesionales.

En tal sentido el presente estudio pretende conocer los estilos de vida de los médicos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque relacionándolos con su estado de salud para de esta manera tomar conciencia del estado actual de estas variables y realizar sugerencias pertinentes en pro de su salud y mejor desempeño profesional.

1.1. ANTECEDENTES.

El estudio descriptivo observacional, *“Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables, en médicos y personal de enfermería. Metro salud 1997, Medellín-Colombia”* ¹¹, aplicado a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, con una muestra de 272 personas. Concluye; De acuerdo al hábito de vida saludable solo el 1% de la población estudiada califica como altamente saludable, el 21% lo tiene en forma saludable, medianamente saludable y poco saludable el 76%, y solo el 1% tiene un estilo de vida no saludable. Los hábitos que llaman la atención por encontrarse en menor proporción de practica: el hábito del ejercicio físico que no lo tiene el 71%, el hábito de recreación que no lo tiene el 37%, un consumo inadecuado de licor el 34%, el 28% práctica de sexo no seguro. La proporción general en estilo de vida saludable encontrado fue del 22%; del 30,8% en para los médicos, 18,4% para las enfermeras; y un 16% para las auxiliares de enfermería. Se encontró mayor proporción de hábitos saludables en los médicos.

Por otro lado Espinosa, L. ¹² en el 2004 estudió los cambios del estilo de vida y su influencia en el proceso salud enfermedad. Según Espinosa, la calidad de vida depende directamente del medio natural y su calidad. Los cambios del modo y estilo de vida determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas y modifican el proceso salud-enfermedad. En este estudio se afirma que la valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo. Por lo tanto el modo y estilo de vida de la población depende del sistema socioeconómico imperante.

Un artículo publicado en el 2007 por Sebo P. y cols ¹³, señala el espectacular descenso que ha habido del tabaquismo en médicos y médicas de atención primaria en Suiza, e indica que actualmente un 12% son fumadores, mientras que en la población general este porcentaje es de un 30%. Llama la atención el

alto porcentaje de consumo de riesgo de alcohol entre los profesionales (30% de acuerdo con el cuestionario AUDIT). De acuerdo con este mismo cuestionario (AUDIT), un 6% de los médicos y médicas encuestado, en un estudio realizado en 2005 en California, eran bebedores de riesgo (Reinhardt T. y cols.) ¹⁴. En nuestro entorno no se ha encontrado ningún estudio sobre el consumo de alcohol entre médicos y médicas.

El estudio realizado en 2007 por Sanabria, González y Urrego¹⁵, tuvo como propósito conocer los *“Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos”*. El objetivo del estudio fue establecer la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud y establecer si existe alguna relación entre su nivel educativo y su estilo de vida. Para ello se adaptó el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, tomado de Salazar y Arrivillaga, se tomó una muestra de 606 profesionales de la salud voluntarios (500 médicos y 106 enfermeras) en las principales ciudades de Colombia. Finalmente de las siete conductas no saludables evaluadas en el cuestionario, se encontró que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. Cerca de la mitad (48,2% y 47,1%) presentaron deficiencia en la práctica de una de las conductas y el 40,2% de los médicos y el 46,2% de las enfermeras, practicas deficientes en dos o más conductas. No se encontró relación entre el nivel educativo, de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales. Se concluyó que esta situación puede estar induciendo en los profesionales, además de una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorece la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y la práctica de una medicina más curativa que preventiva.

De acuerdo a un estudio descriptivo y de corte transversal, realizado en Hospital Regional de Sonate en el instituto Salvadoreño de seguro social con una muestra de estudio del 33.33% de 150 médicos, haciendo un total de 50, denominado: *“Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del Hospital Regional de Sonate, Junio-Noviembre 2011”*. Los principales

resultados muestran que los estilos de vida de los profesionales evaluados presentan en general deficiencias, sobre todo en aspectos como la actividad física y el deporte, encontrándose que solo el 12% tenían hábitos totalmente saludables, cerca de la mitad (48%) deficiencia en la práctica de una de las conductas y el 40% de los médicos, prácticas deficientes en dos más conductas. Los médicos agregados y residentes del Hospital Regional de Sonate en su gran mayoría tienen hábitos de salud poco saludables, al ser mínima su actividad física recreativa, esto se evidencia en los porcentajes demostrando que únicamente la décima parte de los entrevistados realizan periódicamente algún tipo de actividad física ¹⁶.

Cuba, J ¹⁷. En su estudio de tipo observacional, prospectivo-transversal; *“Estilos de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional”* del año 2011. La población de estudio fue la de médicos residentes del Hospital Daniel Alcides Carrión, Callao-Perú. Estudió una muestra de 34 médicos residentes comprendidos entre 25 y 60 años. El resultado de los 34 residentes de los cuales 88% fueron del sexo masculino y el 12% del femenino. El 53% de la población presentó sobrepeso y 21% obesidad. Sobre los hábitos nocivos, 53% de los médicos residentes no tenía el hábito de fumar, de los cuales 72% presentaba peso elevado. Mientras que, para la ingesta de bebidas alcohólicas, 59% lo hacía esporádicamente y de ellas 77% tenía peso elevado. Encontrándose relación entre estilos de vida y exceso de peso.

Prieto-Miranda y col¹⁸, en su estudio descriptivo longitudinal “Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes”-2013, incluyeron residentes que iniciaron su primer año de posgrado. Se aplicó, a su ingreso, a los 6 y 12 meses, la versión española del cuestionario PEC VEC de perfil de calidad de vida validado al español y el inventario de *burnout* de Maslach específico para médicos.

Se incluyeron 45 residentes. La edad promedio fue de 26.9 ± 2.93 ; 18 (40 %) fueron del sexo femenino y 27 (60 %) del masculino. En la encuesta PEC VEC se encontró un descenso significativo en cuatro de las seis escalas valoradas

en las tres mediciones realizadas. Existió un deterioro significativo primordialmente en la capacidad física y la función psicológica. En el cuestionario de *burnout* se encontraron niveles altos de agotamiento emocional en las tres pruebas, bajo grado de despersonalización, y logros personales al ingreso, elevándolos a los 6 y 12 meses. Concluyendo: hay presencia de *burnout* y deterioro de calidad de vida en médicos residentes que estudian posgrado y se mantiene durante el primer año de residencia.

En el artículo de revisión, realizado por *Fonseca, M. y col*¹⁹, en el año 2013. Se realiza esta revisión en la que se trató los siguientes aspectos: Analizar los estilos de vida de los médicos de familia, su influencia sobre las actividades de prevención cardiovascular realizadas a sus pacientes y las dificultades para efectuarlas, con una muestra de 185 médicos representativos de los profesionales de atención primaria. Características de los médicos encuestados: la edad media era de 43,6 años, el 24,6% seguía una dieta saludable, el 18,6% era fumador, el 32,7% no consumía alcohol y el 80,8% realizaba ejercicio físico. La actividad preventiva realizada a sus pacientes con más frecuencia fue el consejo antitabaco (52,3%), seguida de las relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipidemia) (22,7%), el consejo dietético (14,4%), la asesoría sobre ejercicio (5,3%) y sobre el consumo de alcohol (0,8%). Los médicos fumadores y con mayor consumo de alcohol realizaban menos actividades preventivas a sus pacientes ($p < 0,05$). La carencia de tiempo fue el principal factor limitante para realizar de manera adecuada las actividades de prevención. Concluyendo que existe vinculación entre los hábitos de vida de los médicos de atención primaria y las actividades preventivas efectuadas a sus pacientes. Los médicos de familia tienen unos estilos de vida relativamente saludables y promueven las actividades preventivas entre sus pacientes.

Otra investigación realizada por la fundación Galatea (siguiendo los pasos de otros programas que han sido pioneros en la atención al médico enfermo, especialmente los de EEUU, Canadá y Australia), inició hace pocos años diversos programas con el objetivo de promover la investigación, y las estrategias de actuación consiguientes, en el ámbito de la prevención y

promoción de la salud de médicos y médicas: “Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos de Cataluña”-2012. El estado de salud de los médicos y médicas de Cataluña es bueno. Sólo un 4,8% de los hombres lo consideran regular o malo, y en las mujeres este porcentaje es de un 7%. Cuando se compara el estado de salud de mujeres y hombres, no se encuentran diferencias según los dos grupos de edad analizados, ni según la convivencia o el centro de trabajo. Al analizar separadamente los dos sexos se puede observar que los médicos que trabajan en un CAP(Centro de Análisis y programas sanitarios) tienen una mayor proporción de salud regular o mala (10%) que los que trabajan en otros lugares –por ejemplo 1,3% en los que trabajan en un servicio médico de un hospital ($p<0,05$). Este hecho se repite en las médicas que trabajan en los CAP (8,5% de mal estado de salud), aunque por lo que se refiere a ellas esta relación queda en el límite de la significación estadística ($p=0,05$). Cuando se comparan estos porcentajes con los de la población de Cataluña se encuentra que son similares a los de las personas de la misma clase social, e inferiores a los del total de la población ocupada. Un 37% de los médicos y un 70% de las médicas tienen un índice de masa corporal dentro de la normalidad (IMC entre 20 y 24). El bajo peso es más frecuente entre las mujeres (6,5%). Cabe destacar el alto porcentaje de sobrepeso (53,4%) y obesidad (8%) en los hombres ²⁰.

En el artículo “Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo” 2009, se realizó un muestreo por conglomerados, participando 400 sujetos, a los cuales se les aplicó dos instrumentos: una ficha socioepidemiológica y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Survey. El propósito del estudio fue evaluar la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Examinando cada una de las dimensiones que componen el cuestionario SF 36, en las escalas evaluadas por dicho cuestionario se pudo observar que la calidad de vida en esta población es de regular a baja. La Función Social (72,75%), Salud Mental (68,76%), y Vitalidad (64,61%) obtuvieron las puntuaciones más altas, y Salud General (52,28%), Rol Físico (61,18%), y Dolor Corporal (62,29%) obtuvieron las puntuaciones más bajas ²¹.

Abellán, A. en su estudio "*Percepción del estado de salud*" realizado en España-2005, con una población de 22 005, mayor de 16 años. Encontró que el 54.9% de la población total tenía un estado de salud bueno. De la población de 16-64 años y mayores de 64 años, el 59.7% tenían un buen estado de salud y el 42.2% regular estado de salud respectivamente²².

1.2. BASE TEORICA

A. SALUD.

Es primordial conocer lo que se entiende por Salud, definir el concepto de salud no es una tarea fácil por los múltiples elementos que lo determinan.

A lo largo de la historia se encuentra una multitud de definiciones, que generalmente obedecen a las características propias de cada momento histórico.

La **salud** (del latín *salus*) es el estado de completo bienestar físico (biológico), mental (psicológico) y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud, 1956.

Esta definición de salud incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados. El factor social es además un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social. En esta época, la prevención de las enfermedades, la curación y la rehabilitación se convierten en las actividades más idóneas para proporcionar salud a los ciudadanos¹⁶.

Posteriormente, a partir de factores de cambio, como el paso de las enfermedades agudas a las crónicas, el aumento de la esperanza de vida y el cambio en las causas de mortalidad, junto con otros factores, han dado pie a nuevas definiciones de salud.

También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En cuanto a las limitaciones de la misma podemos decir que equipara bienestar a salud y además es estática, no considera distintos grados de salud y enfermedad. En cuanto a la evolución del concepto de salud, durante mucho tiempo el paradigma biológico mecanicista dominó el conocimiento médico. Así se crea la estructura para clasificar, examinar y tratar las enfermedades, que es usado hasta hoy. Orientación ésta básicamente patologista, donde se define la salud como la ausencia de enfermedad. Según este paradigma el mundo se divide en sanos o enfermos, siendo la enfermedad aquello que el médico puede reconocer, demostrar y clasificar. Este modelo es reduccionista, fenómenos muy complejos, se reducen a sus componentes más elementales. Cuando se descarta una patología orgánica se piensa en lo psicológico, pero al paciente se le dice que no tiene nada.

En cuanto a las limitaciones de la misma podemos decir que equipara bienestar a salud y además es estática, no considera distintos grados de salud y enfermedad.

Más tarde surge el concepto dinámico, que niega la existencia de una separación absoluta entre salud y enfermedad, reflejando la dificultad que existe en identificar personas totalmente sanas o enfermas.

Se destaca que una manera de vivir es sana cuando es autónoma, es decir, cuando con o sin enfermedad la persona tiene el mínimo de limitaciones. La autonomía y solidaridad juntas tienen un valor determinante entendiendo la salud como un bien individual y social. Una forma de vivir alegre responde a la relación positiva que se puede tener frente una realidad adversa igual que frente una realidad amiga.

Desde ésta perspectiva, la salud es un recurso para la vida diaria y el objetivo de la vida misma. Se entiende como un proceso dinámico, responsable, participativo y equilibrado que tiene la finalidad de aproximarse a un estado ideal al que siempre nos podemos acercar un poco más.

Se puede decir que la salud es algo más que una dimensión biológica y no sólo depende de tener o no tener una enfermedad. Hablar de salud es hacerlo de un equilibrio entre la dimensión biológica, psicológica y social de la persona, con o sin enfermedad.

Las conductas saludables son aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

Principalmente se debe promocionar el practicar ejercicio físico, nutrición adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, evitar el consumo de drogas, sexo seguro y adherencia terapéutica.

Además de promover los estilos de vida saludable en nuestra población es importante que también conozcan su significado y las acciones o comportamientos que deben de realizar para llevarlos a cabo.

B. Estilos de vida.

En el año 1974 Lalonde (Ex Ministro de Salud de Argentina), describe 4 tipos de determinantes en el proceso salud-enfermedad: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y el sistema de atención sanitaria²³.

Engel en el año 1977 propone un nuevo paradigma, el modelo biopsicosocial, capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. Parte de la teoría general de los sistemas. Este modelo considera que las barreras entre la salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto ni un estado, sino un proceso multidimensional, en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. Con este modelo cambia la unción del médico ya que no sería curar la enfermedad, sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital.

También en el año 1977 la Asamblea de la OMS definió una política de salud llamada “Salud para todos en el año 2000”, para llegar a esa meta fue necesario crear una estrategia. Es así que en el año 1978 en Alma Ata la OMS y UNICEF, suscriben una declaración (firmada por 143 países, entre ellos Uruguay) que define la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico²⁴.

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

El término estilo de vida tiene muchas definiciones en el área de la salud pública, algunos la definen como “patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas”²⁵. De acuerdo a esta definición, los estilos de vida no estarían determinados por otros factores ajenos al individuo como el social, económico, cultural, geográfico, entre otros.

La OMS lo define como una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socio-económicas y ambiental²⁶.

Concepto de Estilo de Vida Saludable.

De acuerdo a lo anterior, el Estilo de Vida Saludable se entiende como “Los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral”. Además, es concebido como:

“Una forma de vida, con un mínimo de contaminación, estrés y factores nocivos para la salud y el bienestar de cada ser humano en todas sus dimensiones, dentro del contexto en el cual se desenvuelve. Dicho estilo de vida saludable ideal es aquel que cuenta con una dieta balanceada, ejercicio, relajación, recreación, trabajo moderado, promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante el fortalecimiento de las medidas de auto cuidado, que contrarrestan los factores nocivos”²⁷.

Alcanzar dicho estilo de vida saludable sólo es posible cuando se cuenta con los conocimientos, se tiene la oportunidad y ante todo, la voluntad de hacerlo, que es lo que en realidad determina el auto cuidado del individuo.

“El auto cuidado son las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera constante a las necesidades individuales que se presentan”²⁷. Este es indispensable para la vida y si falta produce la enfermedad o la muerte; de alguna u otra manera es aprendido por todos los seres humanos, quienes lo realizan según sus patrones socioculturales individuales como las costumbres, las creencias y las prácticas habituales del grupo al que pertenece el individuo.

Por lo tanto, un estilo saludable está sujeto a las modificaciones del comportamiento que facilita el cambio de la persona hacia un modo de vida más saludable; esto incluye razones para un cambio, disponibilidad de conocimiento y habilidad para iniciar y sustentar una transformación.

Es de tener en cuenta, que en el auto cuidado la educación es un aspecto importante, puesto que a través de ella se pueden modificar conductas inadecuadas, fomentando comportamientos de vida sana. Por tal razón la adopción de estilos de vida saludables está ligado al concepto de educación en

salud, que para la OMS es "un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas de estilos de vida saludables"²⁷.

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia moderna de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud, tal vez el momento clave o el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por una declaración de la organización mundial de salud, para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo.

C. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La promoción de la salud como estrategia de la nueva salud pública surgió como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública. En Ottawa, Canadá, se celebró en 1986 la Primera Conferencia internacional de la Promoción de la salud, que dio lugar a lo que hoy se conoce como la "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". En esta se llegó a una definición consensuada de promoción de salud: El proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Se entiende por determinantes al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud de los individuos o poblaciones²⁸.

Los estilos de vida no saludables en un individuo conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias, entre otras. Transformándose en factores de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades llamadas por la OMS como las "enfermedades de los estilos de vida"²⁹.

La Promoción de la Salud va más allá de la transmisión de contenidos e incorpora los objetivos de fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de disminuir su impacto negativo en la salud individual y de la comunidad. Para conseguir dicha finalidad, la promoción de la salud utiliza una estrategia de trabajo, la educación para la salud.

Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente.

En la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida y multicausalidad son responsables de gran parte de la morbilidad y del déficit en calidad de vida. Igualmente, los determinantes sociales, son parte fundamental del origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual.

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la educación para la salud que aborda no solamente la transmisión de la información sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales, que influyen en la salud, sino también lo que refiere a los factores de riesgo, y comportamiento de riesgo, además del adecuado uso del sistema de estructura sanitaria.

Los estilos de vida no saludables en un individuo conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias, entre otras. Transformándose en factores de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades llamadas por la OMS como las “enfermedades de los estilos de vida”.

Se puede definir a la promoción de la salud como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre la propia salud y así poder mejorarla”. Es una estrategia que se realiza desde la salud, no desde la enfermedad. En ella se asume la multicausalidad como principio fundamental en la determinación de la salud y la enfermedad.

Comprende una amplia dimensión social. Crea ambientes y entornos positivos, facilita la participación social construyendo ciudadanía y comunidad, apoya la acción comunitaria en salud, educa en salud a la población, para establecer estilos de vida saludables.

Ilona Kickbusch (Ex responsable de la Oficina de Educación para la Salud de la OMS) plantea cinco principios de la Promoción de la Salud:

Afecta a las personas en la vida diaria. Es un medio de vida.

Pretende influir en los Determinantes de la Salud, remarcando la Salud como Salud, desde lo positivo y no desde la enfermedad.

Combina métodos o enfoques que son diferentes pero complementarios. De este modo se reconocen diferentes campos de acción para poner en práctica esta estrategia.

Busca la participación de la población en su conjunto.

En este punto debemos destacar dos grandes pilares de la Promoción de la Salud que son: la participación comunitaria y social y la intersectorialidad.

La participación puede darse en grados diversos desde la participación en la ejecución de actividades, hasta la participación en la planificación, evaluación y toma de decisiones en relación a la salud.

La participación se torna así en un proceso social inherente a la salud y promotor del desarrollo local.

La intersectorialidad se refiere al trabajo coordinado de instituciones de diferentes sectores sociales mediante intervenciones conjuntas (educación, ambiente, transporte, salud, etc.).

Los profesionales de la salud actúan como facilitadores de la Promoción de la Salud.

Aquí importa destacar que tanto en la participación social como en la intersectorialidad, el sector salud no aparece con un papel preponderante sobre otros sectores sociales.

La Comunidad, los Gobiernos, las instituciones educativas, pueden ser tanto o más relevantes que el propio sector salud. No obstante los profesionales de la

salud pueden ser agentes promotores de salud o ser agentes retardatarios del proceso. La diferencia está dada por cuánto asuman esta estrategia como válida para el desarrollo de las comunidades.

Las herramientas en la implementación de las estrategias de Promoción de la Salud están centradas en:

La Educación Para la Salud.

La comunicación Social.

La Participación Comunitaria en Salud.

D. Educación para la salud

Hay muchos autores y organismos que han definido la Educación Para la Salud, pero todas tienen un objetivo en común: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud, de los individuos, grupos y colectividades¹⁶.

La OMS define la Educación Para la Salud como "una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud".

Entendemos la Educación Para la Salud como un proceso intencional que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos, para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo afrontar mejor en cualquier momento sus problemas. Pero no solo debe incidir sobre los individuos, sino que también debe promover las modificaciones que se consideren necesarias sobre el medio ambiente, para que los individuos puedan adoptar las conductas positivas de salud recomendadas. Podemos distinguir dos períodos en la evolución del concepto. Un primer período clásico, desde principios del siglo XX hasta la década del setenta, en el que solo se incluían las acciones educativas dirigidas al individuo, con el objetivo de responsabilizarlo de su propia salud y de modificar hábitos de vida negativos.

En un segundo período que sería el actual, hay un cambio de conceptos objetivos, en el que se apunta a la modificación de factores externos en sentido favorable, a incidir sobre los individuos mediante intervenciones educativas y a

promover los cambios ambientales y sociales que sean necesarios para que el cambio de conducta pueda llevarse a cabo y mantenerse.

Los trabajadores de la salud ejercen una gran influencia en los conocimientos, actitudes y conductas de la población, la contribución es doble, como modelos o ejemplos y como agentes de educación tanto en la comunidad como en los servicios de asistencia sanitaria.

La Educación para la Salud es una tarea difícil, porque el personal de salud que ha de llevarla a cabo no se encuentra capacitado y porque es un trabajo que produce resultados a largo plazo. A esta dificultad se agrega la presión de la población que requiere soluciones para sus problemas actuales, es decir medicina curativa.

Si perseguimos un cambio en el papel de la comunidad en salud, debemos aprender a escuchar, dialogar e intercambiar conocimientos.

E. Comunicación social.

Es el proceso social, de interacción y difusión que como mecanismo de intervención genera, a escala multitudinaria, influencia social que proporciona conocimientos, forja actitudes y provoca prácticas favorables al cuidado de la salud pública. La comunicación en salud tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. La comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. De acuerdo con la OMS, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal¹⁶.

F.-Estado de salud (Health status).

El estado de salud es la descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud ³⁰.

La valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen. La autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas.

El **Cuestionario de Salud SF-36**, es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study) (MOS) ³¹. Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental.

Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos y la multitud de estudios ya realizados, permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS ³².

Siendo aplicable tanto para la población general como para pacientes con una edad mínima de 14 años y tanto en estudios descriptivos como de evaluación ³³.

1.3. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

El presente trabajo de investigación surge de la alarmante situación que ocurre respecto a los altos índices de morbilidad y mortalidad como consecuencia de no incluir en la rutina diaria hábitos saludables. Muchos suponen que los profesionales de la salud, en especial los médicos, al ser personas estudiosas de los factores que determinan la salud de un individuo, practiquen con mayor

frecuencia comportamientos que promueven la salud y evitan la enfermedad, presentando por lo tanto, una morbilidad y mortalidad menores a las de la población general.

Debido a ello surge las interrogantes; ¿Cuál es su estado de salud?, ¿existe práctica de estilos de vida saludable?, ¿existe práctica de autocuidado en esta población?

El nivel de estrés y su estado de salud influye en el trato de sus pacientes, es por ello que los estilos de vida cobran mayor importancia cuando se trata de profesionales de la salud; pues el impacto sobre la salud pública es doble: además de impactar a un grupo en particular, los estilos vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos.

Los médicos necesitan servicios de salud ocupacionales adecuados, porque tienen riesgos laborales específicos, tales como el estrés que genera la atención de pacientes, entre otros. Existen estudios que refieren el comportamiento de los médicos cuando están enfermos, mencionando que en la mayoría de las ocasiones continúan laborando a pesar de la enfermedad, no toman incapacidad, se automedican y consultan a colegas amigos en consultas de pasillo.

Este trabajo nos permitirá conocer la práctica de estilos de vida saludables en esta población y que tanto se relacionan con sus estados de salud, así como hacer una pequeña reflexión: “El estilo de vida se puede formar no sólo espontáneamente, sino también como resultado de las decisiones conscientes de quienes aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad”.

1.4. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

¿Existe relación entre los estilos de vida y estado de salud de los médicos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque?

1.5. OBJETIVOS.

1.- Objetivo General.

- Identificar si existe asociación entre estilo de vida y estado de salud de los médicos del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

2.-Objetivos específicos.

- 1- Determinar los estilos de vida que predominan en los médicos.
- 2- Relacionar el estilo de vida del médico con el sexo, edad, IMC, tiempo de servicio, número de centro laboral, modalidad de trabajo, estado civil.
- 3- Determinar los estilos de vida en las dimensiones de actividad física y deporte, autocuidado médico, hábitos alimentarios y consumo de alcohol y tabaco.
- 4- Determinar el nivel de estados de salud más frecuente en los médicos.
- 5- Relacionar el estado de salud del médico según el sexo, edad, tiempo de servicio, número de centro laboral y modalidad de trabajo.
- 6- Determinar la frecuencia de las dimensiones del estado de salud de los médicos en relación a función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental.
- 7- Comparar los estilos de vida con los estados de salud de los médicos.

1.6. DEFINICION DE TERMINOS.

Estilos de vida:

El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las

características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (OMS).

Dimensión.

1.-Hábitos alimenticios: Definidos como hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influye en nuestra alimentación.

2.-Consumo de alcohol, tabaco: Autoadministración de una sustancia psicoactiva.

3.-Actividad física y deporte: Comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal.

4.-Autocuidado y cuidado médico: Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

- Estados de salud:

El estado de salud es la descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

Dimensiones:

1.-**Funcion Física:** Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

2.-**Rol físico:** Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

3.-**Dolor corporal:** Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

4.-Salud general: Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

5.-Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

6.-Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

7.-Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo. Pregunta 5 (a,b,c).

8.-Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

- Índice de la masa corporal:

Es la medida que se relaciona el peso y la estatura de una persona, con el objeto de valorar el peso.

Según el resultado: bajo peso (<18.5), normal ($18.5-24.9$), sobrepeso ($25-29.9$), obesidad I ($30-34.9$), obesidad II ($35-39.9$), obesidad III (≥ 40).

MATERIAL Y MÉTODOS

II. MATERIALES Y MÉTODOS.

1.- Diseño de investigación: No experimental

2.- Tipo de Investigación:

Según la intervención del observador será OBSERVACIONAL

Según la planificación de la toma de datos es RETROSPECTIVO

Según la naturaleza de los datos es un estudio CUALITATIVO

Según la finalidad del estudio es DESCRIPTIVO

Según número de ocasiones en que mide la variable de estudio es TRANSVERSAL

3.- Población y muestra de estudio:

Población: Médicos nombrados y contratados que laboran en el Hospital Regional Docente Belén de Lambayeque, y médicos residentes; que corresponden a un total de 52 profesionales. Población total de 52.

Criterios de inclusión:

Todos aquellos médicos y residentes que laboran en las distintas áreas del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque.

Haber aceptado participar en el presente estudio, por medio del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Todos aquellos médicos que se niegan a participar o firmar el consentimiento informado.

4.- Materiales:

Materiales de escritorio

5.- Técnica e instrumento de recolección de datos.

1.- Técnica:

Encuesta, previa explicación de la finalidad del estudio a los médicos, se solicita que desarrollen el cuestionario en un tiempo de 15 minutos para el llenado correspondiente.

Se solicitara la firma del consentimiento informado, donde queda claro el respeto, la confidencialidad y la privacidad de la información recolectada. Posteriormente se iniciara con la entrevista y la entrega del instrumento a utilizar.

2.- Instrumentos de recolección de datos:

- **Está constituido por el cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I¹⁵, que evalúa los estilos de vida saludable (Anex.1).**

El instrumento consta de cuatro partes definidas como: Actividad y recreación física, autocuidado de la salud, hábitos alimenticios y consumos de sustancias psicoactivas.

Cabe anotar que para el cuestionario, como de prácticas fueron valorados como positivos o negativos, según su influencia en el estilo de vida. En el instrumento a utilizar las aéreas a explorar quedan distribuidas de la siguiente forma:

Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida:

- ✓ Condición, actividad física y deporte: pregunta 5-10.
- ✓ Autocuidado y cuidado médico: pregunta 11-19.

- ✓ Hábitos alimenticios: pregunta 20 – 28.
- ✓ Consumo de alcohol tabaco y otras drogas: pregunta 29 – 34.

Las categorías de calificación establecidas para el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida fueron las siguientes:

Prácticas: muy saludable (MS), saludable (S), poco saludable (PS) y no saludable (NS). Estas categorías se establecieron en términos de la frecuencia de las prácticas ejecutadas.

Los rangos de calificación del estilo de vida en cada dimensión varían de acuerdo con la cantidad de puntos contruidos para medirla, y por eso la escala se homologa a una misma unidad de medida cuando se lleva a su forma ordinal. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado, según se observa a continuación:

Valores de la Escala:

-Siempre (puntaje de 4); frecuentemente (puntaje de 3); algunas veces (puntaje de 2); nunca (puntaje de 1).

Los datos recolectados se traducen en puntaje, que al final permite llegar a una evaluación sobre los hábitos saludables practicados por todos los médicos que participaron en la investigación.

<p>Diagnostico de prácticas saludables según la puntuación total de la prueba</p> <p>Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida</p>	
Diagnostico	Puntaje
Muy saludable	91 - 120
Saludable	61 - 90
Poco saludable	31 - 60
No saludable	0 - 30

Áreas a evaluar y numero de ítems correspondientes para cada área según cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida:

AREAS EVALUADAS	NUMERO DE PREGUNTA
Relación peso-talla	1,2,3,4
Hábitos alimenticios	20,21,22,23,24,25,26,27,28
Consumo de alcohol y tabaco	29,30,31,32,33,34
Actividad física y deporte	5,6,7,8,9,10
Autocuidado y cuidado medico	11,12,13,14,15,16,17,18,19

- Estados de salud**, medido a través “Cuestionario validado de Salud SF-36, versión 2 (short form)”, detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos ³⁴.
 Se utilizara el cuestionario validado SF- 36 v2, para el recojo de la información, mide la calidad de vida de los sujetos de investigación, el cual puede ser auto administrado o recogido mediante entrevista personal por los investigadores.
 El instrumento consta de 36 ítems que detectaron tanto estados positivos como negativos de salud (calidad de vida) y está conformado por 8 dimensiones que son:
 Función Física (10); Pregunta 3 (a, b, c, d, e, f, g, h, i, j).
 Rol físico (4); Pregunta 4 (a,b,c,d).
 Vitalidad (4); Pregunta 9 (a,e,g,i),
 Dolor corporal (2); Pregunta 7, 8.
 Función Social (2); Pregunta 6,10.
 Salud General (6); Pregunta 1, 2,11(a,b,c,d).
 Salud mental (5); Pregunta 9 (b,c,d,f,h).
 Rol Emocional (3); Pregunta 5 (a,b,c).

Cálculo de las puntuaciones.

El calificativo de cada dimensión será obtenido del formulario SF-36. Luego se promediarán las respuestas de cada dimensión para obtener SF-36.

Considerando que en la escala de evaluación del 0 al 100, lo mejor o muy bueno es 100 y muy malo es 0, se empleó la siguiente clasificación: Muy malo: 0,0-20,0. Malo: 20,1-40,0. Regular: 40,1 - 60,0. Bueno: 60,1-80,0. Muy bueno: 80,1-100,0.

6.- Análisis Estadístico de los Datos.

Los resultados serán presentados en tablas de frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer asociación o independencia entre las variables de estudio, mediante el paquete estadístico SPSS versión 18. Un nivel de significancia de $p < 0.05$ será considerado como significativo.

7.- Ética.

Los resultados del presente estudio podrán ser utilizados como fuente de referencia para futuras investigaciones acerca de los hábitos de vida saludable en los profesionales de la salud así como como sus estados de salud en forma independiente o relacional, en ningún momento se revelarán datos personales de las personas encuestadas.

El presente trabajo se realizó teniendo en cuenta los principios éticos que propone la Declaración de Helsinki y Reporte de Belmont para la investigación médica en seres humano. Se tuvieron en cuenta medidas para proteger la confidencialidad de los datos obtenidos, utilizando un código para la identificación; así como comunicando en el consentimiento informado las precauciones para proteger su confidencialidad, esto según lo dispuesto en la pauta 18 de las "Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos" preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (Anexo N° 05)

Así como se ha presentado una solicitud a la institución para ejecución de trabajo. (Anexo N° 06)

RESULTADOS

III. RESULTADOS.

CUADRO N° 01: ESTILO DE VIDA EN LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE. BELEN DE LAMBAYEQUE.

ESTILOS DE VIDA	n	%
Saludable	26	50
Poco saludable	26	50
TOTAL	52	100

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.

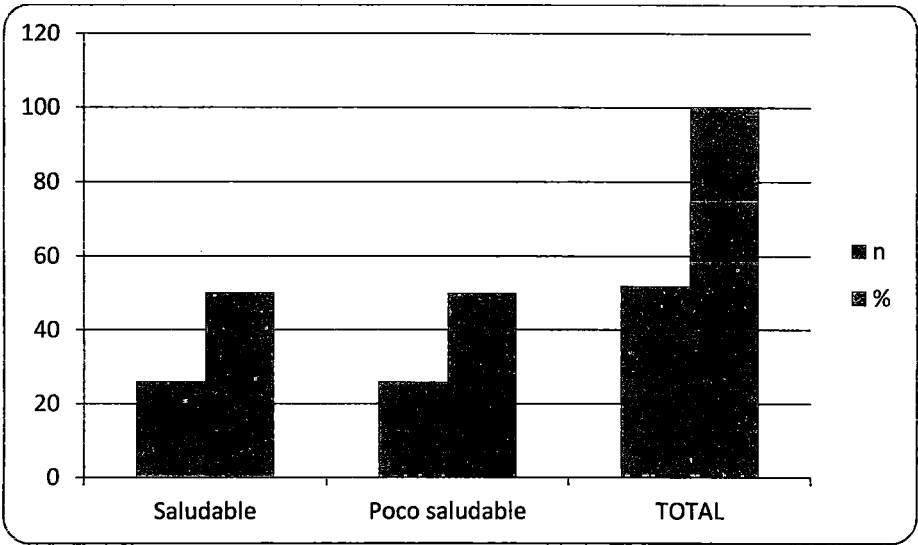


GRAFICO N°01: Estilos de vida en médicos del Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque

De un total de 52 médicos entrevistados se observa que los estilos de vida se encuentra entre nivel saludable y poco saludable en un 50% para cada uno.

CUADRO N° 02: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y SEXO DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015

ESTILOS DE VIDA	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Saludable	21	5	26
Poco saludable	21	5	26
TOTAL	42	10	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.
Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 0.00$, $p=1.00$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 03: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y EDAD DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE – 2015.

ESTILOS DE VIDA	EDAD			Total
	25-40	41-60	>60	
Saludable	6	14	6	26
Poco saludable	13	13	0	26
TOTAL	19	27	6	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.
Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 8.616$, $p=0.013$, se concluye que es significativo

CUADRO N° 04: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y IMC DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE – 2015

ESTILOS DE VIDA	INDICE MASA CORPORAL				Total
	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	
Saludable	1	9	13	3	26
Poco saludable	0	9	11	6	26
TOTAL	1	18	24	9	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.
Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 2.167$, $p = 0.539$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 05: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y TIEMPO DE SERVICIO DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE – 2015

ESTILOS DE VIDA	TIEMPO DE SERVICIO				Total
	1 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	más	
Saludable	4	1	6	15	26
Poco saludable	7	2	7	10	26
TOTAL	11	3	13	25	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.
Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 2.228$, $p =0.526$, se concluye que no es significativo

CUADRO 06: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y NUMERO DE LUGARES DE TRABAJO DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE – 2015.

ESTILOS DE VIDA	NUMERO DE LUGARES DE TRABAJO			Total
	1	2	>2	
Saludable	8	11	7	26
Poco saludable	6	13	7	26
TOTAL	14	24	14	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.
Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 0.452$, $p =0.798$, se concluye que no es significativo.

CUADRO 07: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y TURNOS DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ESTILOS DE VIDA	TURNOS		Total
	FIJO	ROTATIVO	
Saludable	6	20	26
Poco saludable	5	21	26
TOTAL	11	41	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.
Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 0.115$, $p = 0.734$, se concluye que no es significativo

CUADRO 08: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y MODALIDAD DE TRABAJO DE LOS MEDICOS DEL HPDBL-2015.

ESTILOS DE VIDA	MODALIDAD DE TRABAJO		Total
	CONTRATADO	NOMBRADO	
Saludable	7	19	26
Poco saludable	7	19	26
TOTAL	14	38	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.
Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 0,00$, $p = 1$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 09: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO DE CIVIL DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ESTILOS DE VIDA	ESTADO CIVIL				Total
	soltero	casado	conviviente	divorciado	
Saludable	6	19	0	1	26
Poco saludable	2	19	2	3	26
TOTAL	8	38	2	4	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.
Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 5$, $p = 0.172$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 10: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ESTILO S DE VIDA	ENFERMEDADES QUE PADECEN				
	diabetes	HTA	colesterol y triglicéridos	N.A	Otras
Saludable	4	3	2	16	8
Poco saludable	1	2	4	16	3

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.

CUADRO N° 11: RELACIÓN ENTRE NIVELES Y DIMENSIONES DEL ESTILOS DE VIDA .

DIMENSIONES DE ESTILOS DE VIDA	ESTILOS DE VIDA							
	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		No saludable	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Actividad física y deporte	0	0	17	32.7	33	63.5	2	3.8
Autocuidado medico	1	1.9	16	30.8	35	67.3	0	0
Hábitos alimenticios	2	3.8	46	88.5	4	7.7	0	0
Alcohol y tabaco	48	92.3	4	7.7	0	0		

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida.

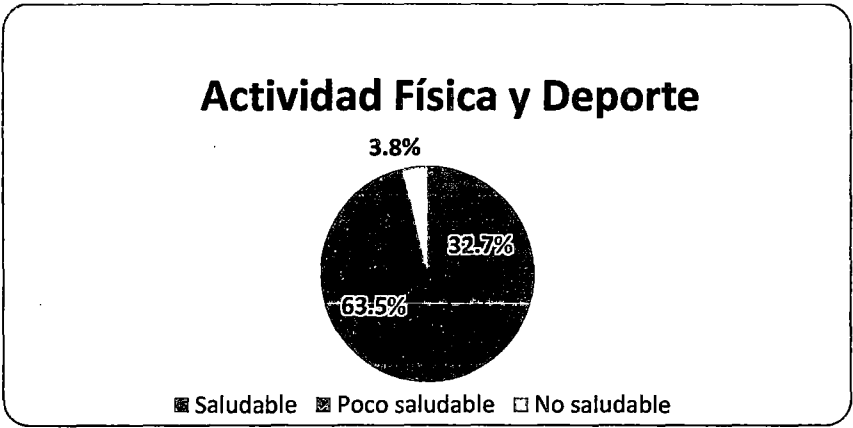


GRAFICO N° 02: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE

Al evaluar el nivel de actividad física se encontró que los médicos en su mayoría presentan hábitos poco saludables. Solo el 3.8% no saludable.

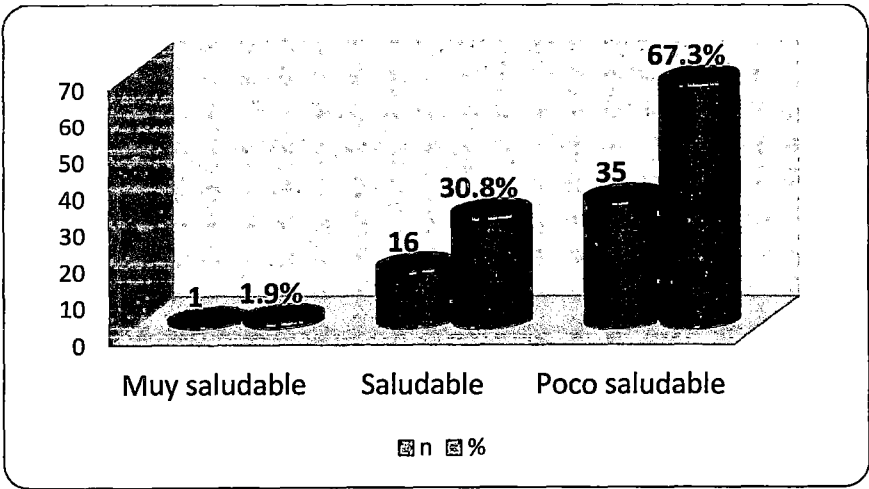


GRÁFICO N° 3: FRECUENCIA DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO MÉDICO.

En el manejo del autocuidado, que se refiere a aspectos como visitas periódicas al odontólogo y al médico, al uso de pruebas de tamizaje, etc. Se encontró que el 67% de los médicos en estudio presentan un hábito poco saludable y solo el 1.9% muy saludable.

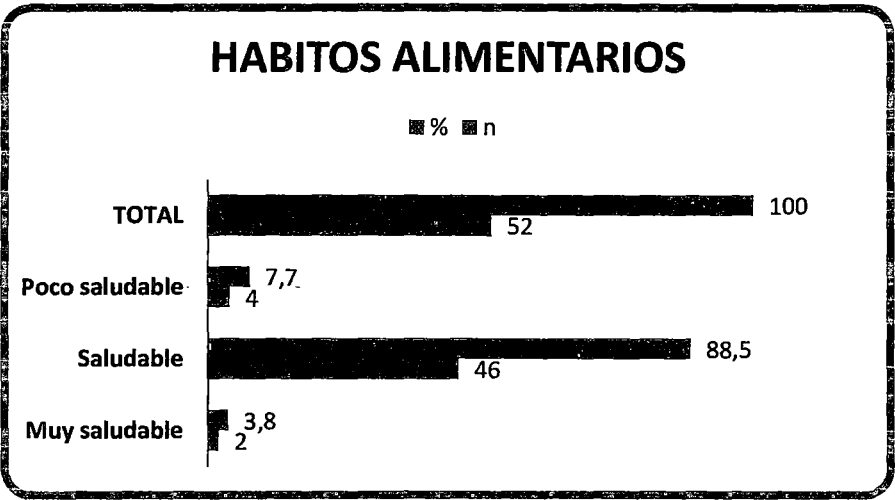


GRÁFICO N° 4: HABITOS ALIMENTARIOS.

Referente a la práctica de hábitos alimenticios se cuestionaron varios aspectos como el consumo de agua al día, ingesta de sal extra en las comida, la frecuencia que se consume comida chatarra, la cantidad de carbohidratos en la dieta, encontrando una relación directamente proporcional con aquellos que se encuentran en obesidad.

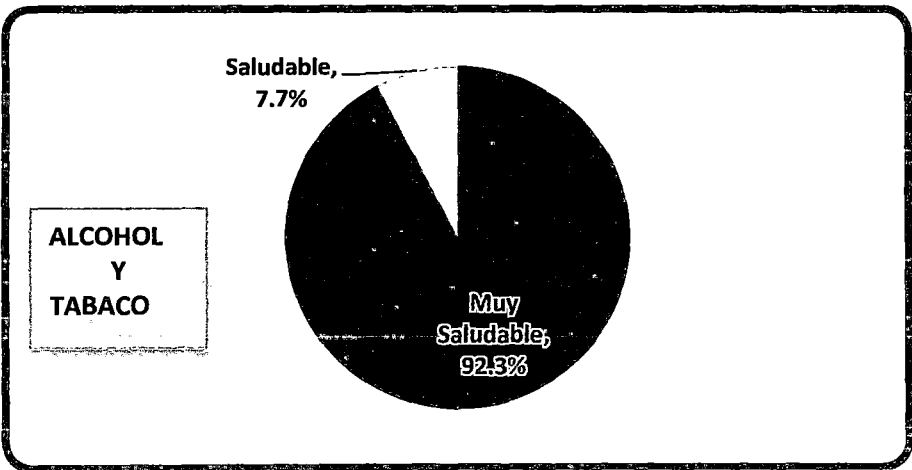


GRÁFICO N° 05: CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO.

Respecto al consumo de psicoactivos, los sujetos evaluados reportaron en general, una práctica saludable y muy saludable en 7.7% y 92.3% respectivamente.

**CUADRO N° 12: ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL
DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE – 2015.**

ESTADO DE SALUD	n	%
Regular	3	5.8
Bueno	20	38.5
Muy bueno	29	55.8
TOTAL	52	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2.

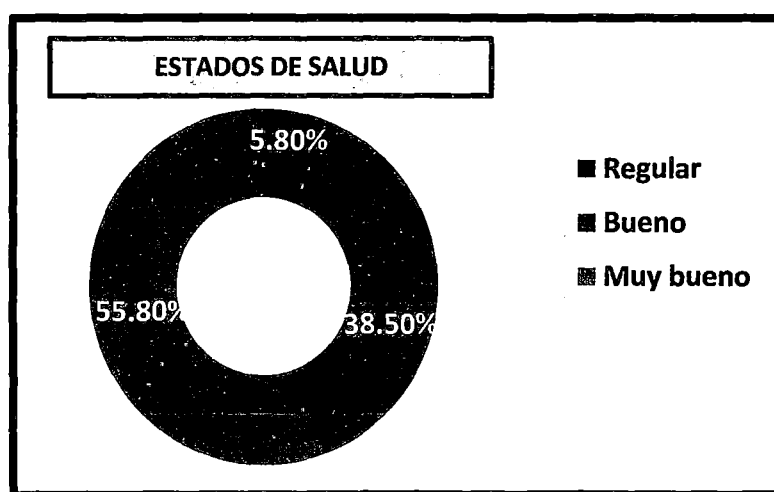


GRAFICO N°6: ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS.

En general el estado de salud de los médicos es muy bueno en un 55.8%, bueno el 38.5% y regular el 5.8% representado por tres médicos de los cuales dos de ellos están dentro del grupo de obesidad.

CUADRO N° 13: RELACIÓN ENTRE ESTADOS DE SALUD Y SEXO DE LOS MEDICOS DEL HPDBL - 2015.

ESTADO DE SALUD	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Regular	2	1	3
Bueno	13	7	20
Muy bueno	27	2	29
TOTAL	42	10	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2. Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 6.426$, $p = 0.04$, se concluye que es significativo

CUADRO N° 14: RELACIÓN ENTRE ESTADOS DE SALUD Y EDAD DE LOS MEDICOS DEL HPDBL - 2015.

ESTADO DE SALUD	EDAD			Total
	25-40	41-60	>60	
Regular	2	1	0	3
Bueno	9	10	1	20
Muy bueno	8	16	5	29
TOTAL	19	27	6	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2. Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 3.951$, $p = 0.413$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 15: RELACIÓN ENTRE ESTADOS DE SALUD Y TIEMPO DE SERVICIO DE LOS MEDICOS DEL HPDBL - 2015.

ESTADO DE SALUD	TIEMPO DE SERVICIO				Total
	1 a 5 años	6 a 10 años	11 a 15 años	más	
Regular	1	1	1	0	3
Bueno	6	2	5	7	20
Muy bueno	4	0	7	18	29
TOTAL	11	3	13	25	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2. Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 11.364$, $p = 0.078$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 16: RELACIÓN ENTRE ESTADOS DE SALUD Y LUGARES DE TRABAJO DE LOS MEDICOS DEL HPDBL - 2015.

ESTADO DE SALUD	LUGARES DE TRABAJO			Total
	1	2	3	
Regular	2	1	0	3
Bueno	6	8	6	20
Muy bueno	6	15	8	29
TOTAL	14	24	14	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2. Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 3.598$, $p = 0.463$, se concluye que no es significativo.

CUADRO N° 17: RELACIÓN ESTADOS DE SALUD Y TURNOS DE LOS MEDICOS DEL HPDBL- 2015.

ESTADO DE SALUD	TURNOS		Total
	Fijo	Rotativo	
Regular	2	1	3
Bueno	4	16	20
Muy bueno	5	24	29
TOTAL	11	41	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2. Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 4.008$, $p = 0.135$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 18: RELACIÓN ENTRE ESTADOS DE SALUD Y ENFERMEDAD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ESTADO DE SALUD	ENFERMEDADES QUE PADECEN				
	diabetes	hipertensión	colesterol y triglicéridos	N.A	Otras
Regular	0	0	0	2	1
Bueno	1	0	2	14	4
Muy bueno	4	5	4	16	6

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2.

CUADRO N° 19: RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ESTADO DE SALUD	DIMENSIONES							
	Función física		Rol físico		Vitalidad		Dolor corporal	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy malo	0	0	1	1.9	0	0	0	0
Malo	0	0	5	9.6	0	0	2	3.8
Regular	2	3.9	7	13.5	7	13.5	6	11.5
Bueno	9	17.3	7	13.5	31	59.6	12	23.1
Muy bueno	41	78.8	32	61.5	14	26.9	32	61.5
TOTAL	52	100	52	100	52	100	52	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2

CUADRO N° 19: RELACIÓN ENTRE LAS DIMENSIONES Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ESTADO DE SALUD	DIMENSIONES							
	Función social		Salud general		Salud mental		Rol emocional	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muy malo	0	0	0	0	0	0	12	23.1
Malo	0	0	0	0	0	0	2	3.8
Regular	2	3.9	8	15.4	1	1.9	0	0
Bueno	15	28.8	25	48.1	14	26.9	13	25
Muy bueno	35	67.3	19	36.5	37	71.2	25	48.1
TOTAL	52	100	52	100	52	100	52	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2.

CUADRO 20: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ESTILOS DE VIDA	ESTADOS DE SALUD			Total
	Regular	Bueno	Muy bueno	
Poco saludable	1	10	15	26
Saludable	2	10	14	26
TOTAL	3	20	29	52

Fuente: Resultados del Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida y Instrumento de recolección de datos Cuestionario de Salud SF-36 v2. Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 0.368$, significativo, $p=0.832$, se concluye que no es significativo

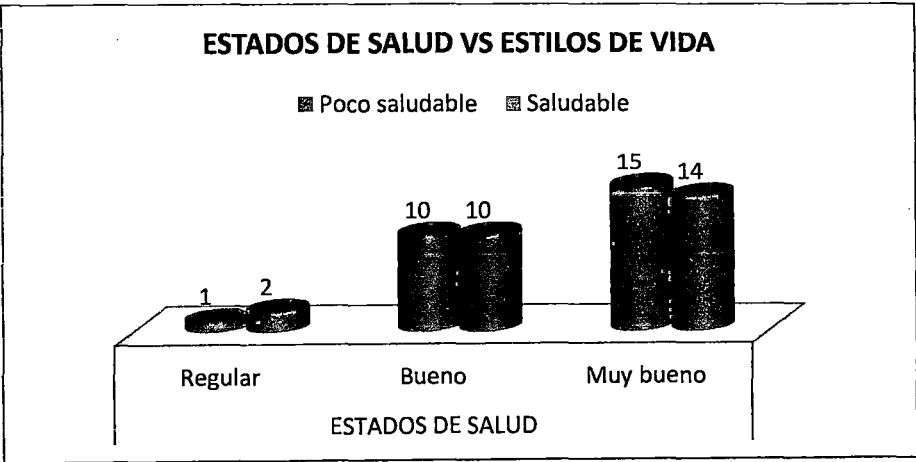


GRÁFICO N° 07: ESTADOS DE SALUD EN RELACION A ESTILOS DE VIDA

En el grafico 7 se observa;

El 5.7% de la población total presentan un regular estado de salud, de estos el 66% presenta un estilo de vida saludable.

El 38.5% de la población total presentan un buen estado de salud, de estos el 50% presentan un estilo de vida saludable.

El 55.8% de la población total presenta un estado de salud muy bueno, de estos el 48% presenta un estilo de vida saludable.

CUADRO 21: RELACIÓN ENTRE ESTILO DE VIDA CON LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Estilo de vida VS	X ²	gl	P	Significancia
Sexo	0.00	1	1	No significativo
Edad	8.616	2	0.013	Significativo
IMC	2.167	3	0.539	No significativo
Tiempo de servicio	2.228	3	0.526	No significativo
Número de lugares de trabajo	0.452	2	0.798	No significativo
Turnos	0.115	1	0.734	No significativo
Modalidad de trabajo	0.00	1	1	No significativo
Estado civil	5	3	0.172	No significativo

Significativo: Existe relación.

CUADRO 22: RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA, AUTOCUIDADO MÉDICO, Hábitos ALIMENTARIOS, CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO CON LA EDAD.

Edad VS:	X ²	gl	P	Significancia
Actividad física y deporte	3.897	4	0.420	No significativo
Autocuidado médico	5.446	4	0.245	No significativo
Hábitos alimenticios	4.621	4	0.328	No significativo
Consumo alcohol y tabaco	2.859	2	0.239	No significativo

No significativo: No existe relación.

CUADRO N° 23: RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA, AUTOCUIDADO MÉDICO, HÁBITOS ALIMENTARIOS, CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO CON NÚMERO DE LUGARES DE TRABAJO.

Número de lugares de trabajo VS:	X ²	gl	P	Significancia
Actividad física y deporte	1.497	4	0.827	No significativo
Autocuidado médico	4.106	4	0.392	No significativo
Hábitos alimenticios	4.508	4	0.342	No significativo
Consumo de alcohol y tabaco	2.038	2	0.361	No significativo

CUADRO N° 24: RELACIÓN ENTRE ESTADO DE SALUD VS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

Estado de salud VS:	X ²	gl	P	Significancia
Sexo	6.426	2	0.040	Significativo
Edad	3.951	4	0.413	No significativo
IMC	7.920	6	0.244	No significativo
Tiempo de servicio	11.364	6	0.078	No Significativo
Número de lugares de trabajo	3.598	4	0.463	No significativo
Turnos	4.008	2	0.135	No significativo
Modalidad de trabajo	2.560	2	0.278	No significativo
Estado civil	5	3	0.172	No significativo

CUADRO N° 25: CUADRO DE SIGNIFICANCIA DE ESTILO DE VIDA Y ESTADO DE SALUD.

ESTILO DE VIDA	X ²	gl	P	Significancia
Estado de salud	0.368	2	0,832	No significativo

DISCUSIÓN

IV. DISCUSIÓN.

El análisis e interpretación de los resultados de la presente investigación, se realizara en concordancia a los objetivos establecidos.

DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LOS MÉDICOS.

De los 52 médicos correspondieron a; 38 asistenciales, 4 no asistenciales y 10 residentes, los cuales fueron divididos en tres grupos etarios; 25-40, 41 a 60 con predominio de 52% y mayores de 60 años. El 81% fueron varones, 48% con tiempo de servicio mayor de 15 años. El 27% trabajan en un solo lugar, el 46% en dos lugares a la vez, y 27% en más de dos lugares. El 79% no cuentan con un horario fijo de trabajo, 73% son nombrados y con valor igual de casados. El 9,6% son diabéticos, 5% hipertensos, 11% con aumento de colesterol y triglicéridos.

ESTILOS DE VIDA DE LOS MÉDICOS.

Según el cuadro 01, se observa que el 50% de médicos presenta un estilo de vida saludable y el otro 50% poco saludable, este resultado difiere con el estudio realizado por Fonseca. M y col, España 2013, en una población de 185 médicos, de los cuales su estilo de vida se califica como relativamente saludable. Otro estudio realizado en Colombia por Mejía. N, en personal de salud, de los cuales 104 son médicos. Reporta en la población médica en estudios: El mayor porcentaje de esta población se encuentra en los niveles saludable (32%), medianamente saludable (33%), poco saludable (36.5%), valores diferente al estudio realizado. En el estudio realizado por Sanabria y col, en Colombia 2007, a una población de 606 personales de salud, de los cuales 500 son médicos, calificaron con estilo de vida saludable y muy saludable el 77% de médicos, valor que es superior al obtenido en el presente estudio, ya que la mitad de nuestra población de estudio (50%) califica como poco saludable.

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y VARIABLES EPIDEMIOLOGICAS:

Estilo de vida relacionado con sexo:

El sexo masculino predomina el cual representa el 81%. Semejante al estudio aplicado por Cuba. J el 2011 en Perú, Prieto. S y col en Mexico-2013, Mejía. N en Colombia y Sanabria. P en Colombia, con porcentaje de médicos varones de 88%,60%,67% y 56% respectivamente. La fundación Galatea en un estudio realizado el 2012 en Cataluña, España, reporta de una población de 762, el 52.8% representa al sexo masculino. Este estudio difiere con el estudio realizado por Hurtado. L y Morales. C en el 2011 realizado en el Salvador con una población de 50 médicos de los cuales el 58% representa al sexo femenino y Fonseca. M en España 2013 de los cuales el 56,2% es de sexo femenino de una población de 185.

En cuanto a la relación entre estilos de vida con el sexo; en esta población de estudio se observa en ambos grupos, tanto masculino como femenino, un 50% presenta estilo de vida saludable y el otro 50% un estilo de vida poco saludable. Lo cual difiere del estudio realizado por Mejía. N en Colombia, quien concluyo que la práctica de estilo de vida saludable predomina en mujeres, esta diferencia se debe quizás a que la población en estudio tuvo una población femenina mayor comparada a este estudio.

No se encontró significancia entre estilo de vida y sexo, $p=1$.

Estilo de vida relacionado con edad.

Se observa que el 52% de la población en estudio presenta una edad entre 41-60 años, lo cual se relaciona con el estudio realizado por Fonseca. M en 2013 cuya población de estudio presenta una edad media de 43.6 años y lo encontrado por la Fundación Galatea con una edad media de 46.2%, en estos grupos de población predomina el estilo de vida saludable, valor semejante encontrado en este estudio.

Además se observa que el 68% del grupo de población más joven, predomina el estilo de vida poco saludable, lo cual se asemeja al estudio realizado por Hurtado. L y Morales. C en 2011 y Sanabria. P y col, donde en ambos estudios también predominó el mismo estilo de vida en esta población.

Se encontró $p < 0.05$, donde se concluyó estilo de vida tiene significancia con respecto a la edad.

Estilos de vida con IMC.

Se observa que el sobrepeso predomina en 46 %, obesos 17.4%, normal 34.6% y bajo peso 1.9%. Lo cual se relaciona con el estudio de Hurtado. L y Morales. C donde el 54% presenta peso normal, 44% sobrepeso y obesidad, bajo peso una persona (2%). Cuba. J y col en estudio realizado el 2011 en Perú reporta 53% sobrepeso, 21% obesidad.

La fundación Galatea en el 2012 de una población de 762 médicos entre 403 varones, reporta que presenta sobrepeso el 53.4% de varones y el 19.6% de mujeres, la obesidad en el 8% de varones y el 4.1 de mujeres. En este estudio el sobrepeso predomina en varones 44 % en varones y el 2% en mujeres. Se encuentra una significancia entre el IMC y sexo con $p=0.006$.

No se encontró significancia entre estilo de vida con IMC, $p>0.05$. Cuba Jhon y col, en su estudio "Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional-Perú 2011", corrobora la existencia de no relación entre ambas variables.

Estilos de vida con tiempo de servicio.

El 27% de los médicos presentan tiempo de servicio $>$ a 15 años, de los cuales el 60% presenta un estilo de vida saludable. Lo cual se asemeja al estudio de Fonseca. M en España 2013 donde el tiempo de servicio de los médicos es de promedio de 16.4 años. Los médicos con tiempo de servicio de 1 a 5 años representan el 21%, de ellos solo el 36% presentan estilo de vida saludable. Lo que se relaciona con los estudios de Sanabria. P y col, Fundación Galatea, Hurtado. C y Mejía. N.

No se encontró significancia entre estilos de vida con tiempo de servicio, $p>0.05$.

Estilos de vida con número de lugares de trabajo.

El 46% de los médicos trabaja en 2 lugares, de estos el 54% presentan estilos de vida poco saludable. Se asemeja al estudio de la fundación Galatea donde el 25.9% presenta dos lugares de trabajo, de estos el 52% presentan estilos de vida poco saludables.

El 79% de la población total presenta trabajo con turno no fijo, de los cuales el 21% presenta hábito poco saludable, lo que se asemeja al estudio realizado por la fundación Galatea del cual el 28.5 de la población no tiene turno fijo, y el 38% presenta hábito poco saludable. No se encontró significancia entre estas dos variables, $p>0.05$.

Estilos de vida con modalidad de trabajo.

De la población total en estudio el 73% son nombrados de los cuales el 50% presenta un estilo de vida poco saludable, lo que difiere de estudio realizado por la fundación Galatea, el 65% de la población es nombrado, pero de ellos el 85% presenta un estilo de vida saludable. No se encontró significancia entre ambas variables, $p>0.05$.

Estilo de vida en relación al estado civil

De la población en estudio los convivientes y los divorciados presentan estilos de vida poco saludable, lo cual se asemeja con estudio de la fundación Galatea. No se encontró significancia entre ambas variables, $p>0.05$.

DIMENSIONES DEL ESTILO DE VIDA EN LOS MÉDICOS.

En relación a la **actividad física y deporte**, el 32.7% de los médicos presenta una actividad física y deporte saludable, el 63.5% poco saludable y el 3.8% no saludable, que corresponde al nivel de más baja calificación, en los demás estilos ninguno se encuentra dentro de esta categoría. En consecuencia se sostiene que los médicos presentan deficiencia en la práctica de este estilo de vida. Al comparar los resultados de actividad física y deporte con el obtenido por Hurtado. L y Morales. C donde el 56% de los médicos presentaron un hábito poco saludable y menos práctica de esta actividad. Nelson Mejía en su estudio menciona; el 71% de 103 médicos no tienen hábito deportivo. Sanabria,

Gonzales y Urrego, en su estudio realizado el 2007 en Colombia en una población de 500 médicos, señalaron un resultado de hábito poco y nada saludable en relación al deporte con 85%. El estudio realizado por Fonseca en España 2013, señala que el 80.8% de 185 médicos realiza ejercicio físico, lo que difiere con nuestro estudio de manera relativa al encontrarse que un 50% de nuestra población presenta un hábito poco saludable.

Jhon Cuba en el 2011 en su estudio Estilos de vida y exceso de peso en residentes, realizado en Lima, en una población de 34 residentes, encontró que el 74% no realizaba actividad física.

Con respecto al **autocuidado médico**, el 67.3% de la población en estudio presenta hábito poco saludable, 30.8% saludable y el 1.9% muy saludable. Lo que difiere con el estudio realizado por Nelson. M y col en Colombia en 1997, donde el 32% presentó un hábito no saludable.

Según Hurtado. L y Morales. C en 2011-El Salvador, reportaron 8% y 23% de una población de 50 médicos, presentaron hábito poco saludable y no saludable respectivamente. Lo que difiere con nuestra población de estudios ya que ninguno se encuentra entre la categoría más baja, no saludable.

Hábitos alimenticios, el 3.8%, 88.5% y 7.7% de la población presentó hábito muy saludable, saludable y poco saludable respectivamente.

Se asemeja al estudio realizado por Nelson Mejía en Colombia donde el 51% de 104 médicos, presentó hábito saludable.

Lo cual difiere con el estudio realizado por Hurtado. L y Morales. C en 2011 en El Salvador, se encontró que el 82% de médicos presentó estilo de vida entre poco y nada saludable. Asimismo Fonseca. M y col en España-2013, refieren que el 24.6% de una muestra de 185 médicos presenta una dieta saludable.

En relación a **hábitos alimenticios y edad**, se encontró mayor porcentajes de hábito saludable en todas las edades. No es significativo, $p > 0.05$.

En relación a **hábitos alimenticios y número de lugares de trabajo**, se encontró 2 médicos que trabajan en un lugar y 2 que trabajan en dos lugares,

presentaron hábito poco saludable. La mayor parte de la población se encuentra entre hábito saludable. No es significativo, $p=0.342$.

Consumo de alcohol y tabaco, de la población en estudio presentó un 92.3% y 7.7% estilos de vida muy saludable y saludable respectivamente. Se asemeja a lo encontrado por los estudios anteriores.

En relación consumo de alcohol y tabaco con la edad, no se encontró significancia, $p=0.239$. Ni tampoco entre consumo de alcohol y tabaco con número de lugares de trabajo, $p=0.361$.

ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS:

En general el estado de salud fue de muy bueno el 55.7%, bueno el 38.5%, nivel regular el 5.8%. Lo cual asemeja a lo encontrado por la Fundación Galatea en España-2012 en una población de 762, de donde el 99% de la población tiene un calificativo entre muy bueno, bueno, regular en lo que en nuestra población de estudio se encuentra el 100% al agrupar estos tres niveles. El estado de salud de la población en estudio se asemeja a los demás antecedentes mencionados.

RELACION ENTRE EL ESTADO DE SALUD Y VARIABLES EPIDEMIOLÓGICAS

Relación entre estado de salud y sexo.

El 4.8% de varones y 10% de mujeres presentan un estado de salud regular, el 95.2% de varones y el 90 % de mujeres presentan un estado de salud bueno y muy bueno. Se asemeja a lo encontrado por la Fundación Galatea; regular 4.2% de varones y 6.5% de mujeres, el 95.8% de varones y 93.5% de mujeres un estado de salud bueno y muy bueno. Se encontró significancia, $p =0.004$.

Relación entre estado salud y edad.

Presentan un regular estado de salud; el 10.5% de 25 a 40 años y el 3.7% de 41 a 60 años. Presentan buen estado de salud; el 47% de 25 a 40 años, el 37% de 41 a 60 años y el 17% mayor de 60 años. Presentan muy buen estado de

salud; el 42.5% de 25 a 40 años, el 59.3% de 41 a 60 años y 83% mayor de 60 años. No se encontró significancia, $p>0.05$.

Relación entre estado de salud; tiempo de servicio, lugar de trabajo y turnos.

No se encontró significancia, con $p>0.05$ para tiempo de servicio, $p>0.05$ para lugar de trabajo y $p>0.05$ para turnos.

DIMENSIONES DEL ESTADO DE SALUD.

El estado de salud general fue de nivel muy bueno en 80%, correspondiendo a las dimensiones FF(79%), RF(64%), DC(62%), FS(79%), SM(75%) y RE(48%), mientras que con nivel bueno calificaron VT(60%) y SG(48%).

RELACION ENTRE ESTILOS DE VIDA Y LOS ESTADOS DE SALUD.

El estado de salud es la descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

Las dimensiones del estado de salud, aplicadas en encuesta SF-36, califican el estado de salud en este estudio. Cuando se relacionan estas dos categorías, se demuestra que no existe relación entre los estilos de vida y el estado de salud de los médicos de la institución en el periodo de estudio (No existe significancia, $p>0.05$). Además al ser una población con una edad media relativamente joven, influye a medida en que sus estilos de vida poco saludable se encuentran en la población de menos edad, esto hace que sus estados de salud sean bueno y muy buenos. Pero cabe resaltar que con el tiempo a medida que sus estilos de vida continúen siendo poco favorables el estado de salud sufra modificaciones.

La valoración del estado de salud nos acerca no sólo a quiénes perciben su salud de una u otra forma, sino que también aporta una primera aproximación de por qué los individuos perciben su salud de la forma en que lo hacen. La autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de la satisfacción vital, más incluso que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas.

En contraste con todo lo que hemos mencionado anteriormente es posible que no se encuentre relación entre estilos de vida y estados de salud debido a que los médicos tienen un estado de salud percibido mejor que el de la población de su mismo grupo de edad y clase social. Una de las hipótesis para explicar este resultado es que lo que los médicos y médicas consideran como “salud” está mucho más ligado al hecho de no tener una enfermedad, o bien, en el caso de tener una enfermedad leve o crónica, poder conocer su pronóstico y evolución. Ello hace que minimicen su efecto.

Otro resultado del estudio que da fuerza a esta hipótesis es que, si consideramos el bienestar psicológico, hallamos una dimensión evaluado en el cuestionario SF-36; el rol emocional, donde el 23.1% de los médicos presentan un nivel de calificación muy malo, y el 3.8% malo. Estos resultados nos llevan a pensar que los profesionales de la medicina, al evaluar su salud, no tienen en cuenta, o consideran secundario, su bienestar psicológico. En cualquier caso esta hipótesis debería investigarse mediante estudios en profundidad, que permitiesen averiguar cuáles son los factores que los médicos y las médicas consideran cuando evalúan su propia salud.

ENFERMEDADES PRESENTES EN LOS MEDICOS EN ESTUDIO.

El 62% de los médicos no presentan ninguna enfermedad. El 9,6% son diabéticos, 5% hipertensos, 11% con aumento de colesterol y triglicéridos. Lo que se asemeja en estudio realizado por la Fundación Galatea, en el que el 2% son diabéticos y el 13.6% hipertensos.

El estado de salud de los médicos con alguna enfermedad, califica dentro de bueno y muy bueno, quiere decir que están llevando un control adecuado de sus afecciones.

De lo que se podría deducir que la mayoría de médicos que no presentan ninguna afección están presentando estilo de vida poco saludable, a medida que estos estilos de vida continúen con la misma calificación generara a largo plazo el compromiso del estado de salud.

CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES.

1.- Los estilos de vida que predominan en los médicos son saludable con 50% y poco saludable con 50%. La actividad física y deporte es el estilo menos practicado.

2.- Los estilos de vida solo se asocian con la edad de los médicos.

3.- De las dimensiones del estilo de vida en actividad física y deporte el 63.5% de los médicos presento estila de vida poco saludable y el 3.8% no saludable, que corresponde al nivel de más baja calificación, en los demás estilos ninguno se encuentra dentro de esta categoría.

4.- El estado de salud general fue de nivel muy bueno en 80%.

5.- El estado de salud se asocia con el sexo. En general el estado de salud fue de nivel muy bueno: en varones el 64% de ellos presento esta calificación, en los turnos rotativos 79%, en aquellos con tiempo de servicio > de 15 años el 72% y el 59% con edad de 41-60 años.

6.- Las frecuencias de las dimensiones de los estado de salud de los médicos fueron FF (79%), RF (64%), DC (62%), FS (79%), SM (75%) y RE (48%), mientras que con nivel bueno calificaron VT (60%) y SG (48%).

7.- No existe asociación entre los estilos de vida con los estados de salud de los médicos.

RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES.

- 1.- Crear una política institucional que fomente la actividad físico- recreativa entre el personal de salud, para disminuir las fuerzas exógenas y endógenas que influyen en los estilos de vida y estados de salud.
- 2.- Crear áreas adecuadas para la práctica deportiva dentro o fuera de las instalaciones hospitalarias.
- 3.- Organizar torneos y competencias con el fin de estimular a la práctica de algún deporte involucrando también a la familia.
- 4.- Analizar lo que ocurre dentro de las instituciones de salud con sus trabajadores y las condiciones en que éstos realizan su trabajo cobra importancia, en primer lugar, por las circunstancias laborales concretas que afectan la salud del personal y, en segundo término, porque el estado de salud de los profesionales de la medicina es un aspecto que influye en favor de los errores médicos y contra la posibilidad de otorgar atención médica de buena calidad de manera que sería recomendable que las instituciones de salud creen un programa para ayudar a la mejora de los estilos de vida y promueva el autocuidado médico, y de sus demás profesionales de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Alvarez C, Luz S. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [online]. 2012[citado 2014 Dic 10] .30(1):95-101. ISSN 0120-386X.Disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100011&lng=pt&nrm=iso&tling=es.
- 2.-Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam .2011[citado 2014 Dic 10], 31(1) :109. Disponible en:

<http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/247406/331292>.
- 3.-Lalonde M. A new perspective on the health of canadians - a working document. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada. 1974[citado 2014 Dic 10] .
- 4.-Cockerham W, Abel T, et al. Formal Rationality and Health Lifestyles. *The Sociological Quarterly*.2009[citado 2014 Dic 10] ; 34 (3):413-25.
- 5.-Smith TW, Orleans CT. Prevention and Health Promotion: Decades of Progress, New Challenges, and an Emerging Agenda. *Health Psychology*. 2004[citado 2014 Dic 10] ; 23(2) :126-31.
- 6.-Rodriguez-Marin J. Psicología Social de la Salud. Madrid, España. *Revista de Psicología de la Salud*.2000[citado 2014 Dic 10] ; 3(1):55-92.
7. - Frank E. Physician health and patient care. *JAMA*. 2004 Feb[citado 2014 Dic 10].291(5):637.
8. - Frank E, Rothenberg R et al. Correlates of Physician "Prevention-Related Practices. The Women Physicians" Health Study. *Archives of Family Medicine*. 2000[citado 2014 Dic 10] .9:359-367.
- 9.- Frank E, Biola H, et al. Mortality rates and causes among U.S. physicians. *Journal of the American medical association*. 2000[citado 2014 Dic 10] .19(3): 155-159.
- 10.-Frank E, Kunovich T. Physicians' Prevention Counseling Behavior: Current Status and Future Directions. *Preventive Medicine*.2009 [citado 2014 Dic 10];24:543-550.

11.- MEJIA.E., SERNA.N, SIERRA.L, "Descripción de actitudes y prácticas en estilos de vida saludables, en médicos y personal de enfermería. Metro salud 1997". Salud Pública Medellín- Colombia.

12.- Espinosa L. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2014 Dic 10] ; 41(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es.

13.- Sebo P, Bouvier M, et al. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. BMC Public Health 2007 [citado 2014 Dic 10] ; 12:7-5.

14.- Reinhart T, Chavez E, et al. Survey of physician well-being and health behaviors at an academic medical center. Med Educ. [revista en la Internet]. 2005 [citado 2014 Dic 10] ;10:1-15. Disponible en: <http://www.med-ed-online.org>

15.- Sanabria PA, González LA. y Urrego Diana. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos.Redalyc. 2007 [citado 2014 Dic 10] 15 (2): 207-217. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91015208>

16.- HURTADO, L.,MORALES, C. "Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del Hospital Regional de Sonate, junio a noviembre 2011".[Tesis Doctoral].Universidad del Salvador, 2012.

17.- Cuba,J., Ramírez,T.,Olivares, B., Bernui,I. Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional. An. Fac. med. [online]. 2011, vol.72, n.3 [citado 20 noviembre], pp. 205-210. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832011000300009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1025-5583.

18.- Prieto SE , Rodríguez GB, et al. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013 [citado 2014 Dic 10] ; 51(5):574 (9). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17222332>

19.- Fonseca M, Fleitas G, et al . Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. Semergen. 2013 [citado 2015 Dic 10]; 39:421-32. Disponible en: <http://www.elsevier.es/eop/S1138-3593%2813%2900016-6.pdf>

20.- Izabella Rohlf, Pilar Arrizabalaga, Lucía Artazcoz, Carme Borrell, Mercè Fuentes. Fundación Galatea. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña, 2012.

21.- Mavhier .J, Díaz. C, Apolaya. M, Manrique. L, Arequipa. J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. Acta med. Peruana [online]. 2009, vol.26, n.4 [citado 2015-02-16], pp. 230-238.

Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000400008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1728-5917.

22.- Abellán, A. Percepción del estado de salud-2005[citado 2014 Dic 10]. Revista Multidisciplinaria de Gerontología. Vol. 13.3pp.

23.- Lemus J. Condiciones de vida y salud en Argentina. Ambiente médico. .Admisal .2009[citado 2014 Dic 10] ; 27: 9-18. Disponible en: <http://www.admisal.org/publicaciones.html>

24.- Gardner A. Estilos de vida saludable podrían ayudar a prevenir el Alzheimer. 2005 [citado 2014 Dic 10]. Disponible en:

<http://www.supersalud.com/vernoticias.php?cod=2374>

25.- Cockerham WC. New directions in health lifestyle research. International Journal of Public Health. [Editorial Material].2007;52(6):327-8.

26.- Kickbusch I. LIFE-STYLES AND HEALTH. Social Science & Medicine. 1999 [citado 2014 Dic 10] 22(2):117-24. Disponible en:

<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>

27.- Enríquez R, Silvia E. "Factores que intervienen a llevar estilos de vida saludables en el personal de los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres en el Hospital San Vito, Petén". 2010 Jul [citado 2014 Dic 10].Disponible en : http://Biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8580.pdf

28.- De Hoyo Lora, M. y Sañudo Corrales, B. (2007) Motivos y hábitos de práctica de actividad física en escolares de 12 a 16 años en una población rural de Sevilla.

Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte vol. 7 (26) pp. 87-98 . Disponible en :

<http://cdeporte.rediris.es/revista/revista26/artmotivos49>.

29.-Acuña Y, Cortéz R. Promoción de estilos de vida saludable área de salud de Esparza. Instituto Centroamericano de Administración Pública [tesis doctoral] 2012 Apr [citado 2014 Dic 10]. Disponible en:

http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/acuna_castro_yessika_sa_2012.pdf

30.- Glosario de Términos usados en la serie Salud para Todos. Novena edición, OMS, Ginebra. World Health Organization 1998.

31.- Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. Med Care. 1998[citado 2014 Dic 10] ; 30 :473-83.

32.- Vilagut G., Ferrer M., Rajmil L., Rebollo P., Permanyes-Miranda G., Quintana J., Santed R., Valderas J., Ribera A., Domingo-Salvany A., Alonso J. El Cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos [internet]. 2005 Nov. [Citado el 2014 Noviembre. 18]; 9(2): 135-150. Disponible desde: <http://www.scielosp.org/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>

33.- Molinero L., Cuestionarios de Salud. Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial.1998. Disponible en: URL: <http://www.seh-lalha.org/stat1.htm>.

34.- Delgado M., Quincha M., Méndez M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito. Editores: Dermatología Peruana ISSN 1028-7175 versión impresa; 2006.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO ADAPTADO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA.-

M. Arrivillaga, I. C. Salazar e I. Gómez (2002)

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable

DATOS DEMOGRÁFICOS

- 1. Sexo: Masculino ____ Femenino ____
- 2. Edad: ____
- 3. Peso: ____
- 4. Estatura: ____

CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

		Siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca
5	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte.				
6	Termina el día con vitalidad y sin cansancio.				
7	Mantiene el peso corporal estable.				
8	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, aeróbicos, etc.).				
9	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, kunfu, yoga, danza, meditación, relajación auto dirigida.				
10	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
11	Va al odontólogo por lo menos una vez al año.				
12	Va al médico por lo menos una vez al año.				
13	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
14	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
15	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.				
16	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.				
17	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes.				
18	PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
19	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				

		siempre	Frecuente- mente	Algunas veces	Nunca
20	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día.				
21	Añade sal a las comidas en la mesa.				
22	Consume más de cuatro gaseosas en la semana.				
23	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana.				
24	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína.				
25	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general.				
26	Come pescado y pollo, más que carnes rojas.				
27	Mantiene un horario regular en las comidas.				
28	Evita las dietas y métodos para bajar de peso.				
29	PARA FUMADORES: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana.				
30	PARA NO FUMADORES: Prohíbe que fumen en su presencia.				
31	Consume licor al menos dos veces en la semana.				
32	Cuando empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar.				
33	Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida.				
34	Consume drogas (Marihuana, cocaína, éxtasis, hachís).				

ANEXO N° 02: (SF-36 V 2)

SU SALUD Y BIENESTAR

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una "X" la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

Mala (1)	Regular (2)	Buena (3)	Muy buena (4)	Excelente (5)

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho peor ahora que hace un año (1)	Algo peor ahora que hace un año (2)	Más o menos igual que hace un año (3)	Algo mejor ahora que hace un año (4)	Mucho mejor ahora que hace un año (5)

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

		Sí, me limita mucho(1)	Sí, me limita un poco (2)	No, no me limita nada(3)
A	Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.			
B	Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.			
C	Cargar o llevar la bolsa de compras			
D	Subir varios pisos por la escalera			
e	Subir un solo piso por la escalera			
f	Arrodillarse o agacharse			
g	Caminar un kilómetro o más			
h	Caminar algunas cuadras			
i	Caminar una cuadra			
j	Bañarse, vestirse.			

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

		SÍ (1)	NO (2)
a	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
b	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		

c	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
d	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

		SÍ (1)	NO (2)
a	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?		
b	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?		
c	¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?		

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Mucho (1)	Bastante (2)	Regular (3)	Poco (4)	Nada (5)

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

Sí, muchísimo (1)	Sí, mucho (2)	Sí, moderado (3)	Sí, un poco (4)	Sí, muy poco (5)	No, ninguno (6)

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Mucho (1)	Bastante (2)	Regular (3)	Poco (4)	Nada (5)

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

		Nunca (1)	Solo alguna vez (2)	Algunas veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)	Siempre (6)
a	¿Se sintió lleno de vitalidad?						

		Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Solo alguna vez (5)	Nunca (6)
b	¿Estuvo muy nervioso?						

		Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Solo alguna vez (5)	Nunca (6)
c	¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						

		Nunca (1)	Solo alguna vez (2)	Algunas veces (3)	Muchas veces(4)	Casi siempre (5)	Siempre (6)
d	¿Se sintió calmado y tranquilo?						

		Nunca (1)	Solo alguna vez (2)	Algunas veces (3)	Muchas veces(4)	Casi siempre (5)	Siempre (6)
e	¿Tuvo mucha energía?						

		Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)
f	¿Se sintió desanimado y deprimido?						

		Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Solo alguna vez (5)	Nunca (6)
g	¿Se sintió agotado?						

		Nunca (1)	Solo alguna vez (2)	Algunas veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)	Siempre (6)
h	¿Se sintió feliz?						

		Siempre (1)	Casi siempre (2)	Muchas veces (3)	Algunas veces (4)	Solo alguna vez (5)	Nunca (6)
i	¿Se sintió cansado?						

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Solo alguna vez (4)	Nunca (5)

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

		Totalmente cierta (1)	Bastante cierta (2)	No lo sé (3)	Bastante falsa (4)	Totalmente Falsa (5)
a	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					

		Totalmente Falsa (1)	Bastante falsa (2)	No lo sé (3)	Bastante cierta (4)	Totalmente cierta (5)
b	Estoy tan sano como cualquiera					

		Totalmente cierta (1)	Bastante cierta (2)	No lo sé (3)	Bastante falsa (4)	Totalmente Falsa (5)
c	Creo que mi salud va a empeorar					

		Totalmente Falsa (1)	Bastante falsa (2)	No lo sé (3)	Bastante cierta (4)	Totalmente cierta (5)
d	Mi salud es excelente					

ANEXO Nº 03: OPERALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE EVALUACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable independiente: Estilo de vida	Actividades Físicas y deporte	-Camina, trota, juega algún deporte -Termina día sin cansancio. -Peso estable -Ejercicios cardíaco -Ejercicios para el equilibrio -Ejercicio físico supervisado	-Siempre -Frecuentemente -Algunas veces -Nunca	Ordinal
	Autocuidado y cuidado medico	-Visita odontólogo -Visita medico -Evita exposición prolongada al sol -Chequeo de Presión arterial -Exámenes de control -Cambios físicos -Exploración mamas (Mujeres) -Papanicolaou (Mujeres) -Examen próstata		
	Hábitos alimenticios	-Consumo de agua 8-4 vasos -Consumo de sal -Consumo de gaseosa más 4 veces -Consumo de golosina más 2 veces por día -Consumo fibra, carbohidrato y proteína. -Consumo de lípidos -Consumo de carnes -Mantiene horario de comida -No usa dietas y métodos para bajar de peso		
	Consumo de alcohol y tabaco	-Fuma más media cajetilla - No fuma -Consumo licor al menos de 2 veces por semana -Reconoce exceso de bebida -Droga o licor en problemas -Consumo de droga		
	Estado nutricional (IMC)	(kg/m ²)		

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CRITERIO DE EVALUACION	ESCALA DE MEDICION
Variable dependiente: Percepción del estado de salud	Función física	- Esfuerzos intensos -Esfuerzos moderados -Cargar bolsa de compras -Subir varios pisos -Subir un piso -Arrodillarse o agacharse -Caminar un kilómetro -Caminar algunas cuadras -Caminar una cuadra -Bañarse, vestirse	-Nada -Un poco -Regular -Bastante -Mucho	Ordinal
	Dolor Corporal	-Magnitud del dolor -Interferencia del dolor		
	Función social	-Alcance social -Magnitud (tiempo)social		
	Vitalidad	-Animado -Con energía -Tranquilo -Feliz	-Siempre -Casi siempre -Algunas veces -Solo alguna vez -Nunca	
	Rol físico	-Disminuyó el tiempo -Menos cumplimiento -Algo limitado -Dificultad actividades cotidianas		
	Rol emocional	-Disminuyó el tiempo -Menos cumplimiento -No cuidadoso		
	Salud mental	-Nervioso -Desanimado -Tranquilo -Triste -Feliz		
	Salud general	-Calificas tu salud -Tan sano como cualquiera -Salud actual -Salud va empeorar -Se enfermedad fácil -Salud excelente		

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CRITERIO DE EVALUACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Variables intervenientes	Epidemiológica	Sexo	Masculino - Femenino	Nominal
		Edad	Años	Intervalo
		Tiempo de servicio	Años	Razón
		Modalidad de trabajo	Nombrado-contratado	Nominal
		Servicio al que pertenece	Asistencial: Medicina Ginecología Pediatria Cirugía Anestesiología Cirugía especialidades Médicos Residentes	Nominal
			No asistencial (Otro servicio)	Nominal
		Estado civil	Soltero Casado viudo Divorciado Conviviente	Nominal

ANEXO N° 04

Marque con una X la casilla que describa mejor su respuesta:

1) PADECE DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS A CONTINUACIÓN:

- ☐ Diabetes
- ☐ Hipertensión
- ☐ Colesterol – Triglicéridos
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Otras, especifique:.....

2) FACTOR

a) Edad

- 1) 25 a 35 años
- 2) 36 a 45 años
- 3) 46 a 55 años
- 4) >55 años

b) Tiempo de servicio

- 1) >1 año
- 2) 1 a 5 años
- 3) 6 a 10 años
- 4) 11 a 15 años
- 5) más

c) Numero de lugares de trabajo

- 1) 1
- 2) 2
- 3) más de 2

d) Turnos

- 1) Fijo
- 2) Rotativo

e) Modalidad de trabajo

- 1) Contratado
- 2) Nombrado

f) Estado civil:

- 1) Soltero 2) casado 3) conviviente 4) divorciado 5) viudo

ANEXO N° 05

CUADRO 01: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

SEXO	INDICE MASA CORPORAL				Total
	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	
MASCULINO	0	11	23	8	42
FEMENINO	1	7	1	1	10
TOTAL	1	18	24	9	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I.

Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 12.567$, $p < 0.006$, se concluye que es significativo

CUADRO N° 02: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE	EDAD			TOTAL
	25-40	41-60	>60	
Saludable	6	7	4	17
Poco saludable	12	19	2	33
No saludable	1	1	0	2
TOTAL	19	27	6	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I.

Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 3.897$, $p < 0.420$, se concluye que no es significativo

CUADRO 03: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE	LUGAR DE TRABAJO			TOTAL
	1	2	>2	
Saludable	4	9	4	17
Poco saludable	9	14	10	33
No saludable	1	1	0	2
TOTAL	14	24	14	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I.

Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 1.497$, $p < 0.827$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 15: RELACION ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE - 2015.

AUTOCUIDADO MEDICO	EDAD			TOTAL
	25-40	41-60	>60	
Muy saludable	0	1	0	1
Saludable	4	8	4	16
Poco saludable	15	18	2	35
TOTAL	19	27	6	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I.

Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 5.446$, $p < 0.245$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 16: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE - 2015.

AUTOCUIDADO MEDICO	LUGAR DE TRABAJO			TOTAL
	1	2	>2	
Muy saludable	0	0	1	1
Saludable	6	6	4	16
Poco saludable	8	18	9	35
TOTAL	14	24	14	52

CUADRO N° 18: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE - 2015.

HABITOS ALIMENTICIOS	EDAD			TOTAL
	25-40	41-60	>60	
Muy saludable	0	2	0	2
Saludable	16	24	6	46
Poco saludable	3	1	0	4
TOTAL	19	27	6	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I.

Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 4.621$, $p < 0.328$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 19: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE - 2015.

HABITOS ALIMENTICIOS	LUGAR DE TRABAJO			TOTAL
	1	2	>2	
Muy saludable	0	2	0	2
Saludable	12	20	14	46
Poco saludable	2	2	0	4
TOTAL	14	24	14	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I.

Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 4.508$, $p < 0.342$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 21: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE - 2015.

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO	EDAD			TOTAL
	25-40	41-60	>60	
Muy saludable	16	26	6	48
Saludable	3	1	0	4
TOTAL	19	27	6	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I.

Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 2.859$, $p < 0.239$, se concluye que no es significativo

CUADRO N° 22: RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE - 2015

CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO	LUGAR DE TRABAJO			TOTAL
	1	2	>2	
Muy saludable	12	22	14	48
saludable	2	2	0	4
TOTAL	14	24	14	52

Fuente: Instrumento de recolección de datos cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida de Arrivillaga M, Salazar C y Gómez I.

Estadístico Chi cuadrado $\chi^2 = 2.038$, $p < 0.361$, se concluye que no es significativo

ANEXO N° 06
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE
INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado ***“RELACION ENTRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADOS DE SALUD DE LOS MEDICOS DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE-2015”***. Registrado ante el Comité Local de Investigación de la facultad de Medicina Humana de UNPRG.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es relacionar los estilos de vida y estados de salud de los médicos del hospital docente Belén de Lambayeque.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya completado.

Fecha.....

Firma del participante o apoderado:.....DNI N°.....

Firma del testigo:.....DNI N°.....

ANEXO N° 07

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”

Señor Doctor:

ALEJANDRO ROSARIO BORREGO

**DIRECTOR DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE “BELEN” – LAMBAYEQUE
LAMBAYEQUE.-**

ASUNTO: Solicito permiso para ejecución de
trabajo de investigación.

De mi especial consideración:

Es sumamente grato dirigirme a usted para saludarlo y solicitar el permiso correspondiente para ejecutar trabajo de investigación a modo de encuesta a los médicos que laboran en el **HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE** para la realización de tesis de la interna.

- **GUEVARA VASQUEZ SARA DALY**

Quien ha realizado su internado médico, durante el periodo comprendido del 01 enero al 31 de diciembre del 2014

Sin otro particular me despido de usted no sin antes reiterarle mis más sinceras muestras de consideración y estima personal.

Atentamente.

Sara Daly Guevara Vásquez

DNI N°