



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FORMA DE VIVIR Y CONDICIONES BIOSOCIOCULTURALES
PREVIO DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD
CEREBROVASCULAR HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO
ALMENARA IRIGOYEN 2016**

**PRESENTADO POR
LEYDI JEANNE GIL CLARES**

ASESORA

ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
NEUROLOGÍA**

**LIMA – PERÚ
2017**



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**FORMA DE VIVIR Y CONDICIONES BIOSOCIOCULTURALES
PREVIO DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR
HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN 2016**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR:
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN NEUROLOGÍA**

**PRESENTADO POR
LEYDI JEANNE GIL CLARES**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

LIMA, PERÚ

2017

ÍNDICE

	Pág.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la situación problemática	2
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación	4
1.4.1. Importancia	4
1.4.2. Viabilidad	5
1.5 Limitaciones	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	10
2.3 Definición de términos básicos	23
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	27
3.1 Formulación de la hipótesis	27
3.2 Variables y su operacionalización	27
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	30
4.1 Diseño metodológico	30
4.2 Diseño muestral	27
4.3 Procedimientos de recolección de datos	31
4.4 Procesamiento y análisis de datos	32
4.5 Aspectos éticos	33
CRONOGRAMA	34
FUENTES DE INFORMACIÓN	35
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La conservación de la salud física y mental es una decisión personal, en que el paciente debe hacer acciones para no enfermarse, pues afectara la parte emocional y económica, a corto plazo.

Las formas de vivir de las personas son los hábitos de vida o conductas, buenas o malas, que desarrollan. Si la persona tiene una forma de vivir sanamente, habrá poca posibilidad de enfermar. ¹

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una dificultad de salud pública de gran importancia en varios países. La Organización Mundial de la Salud reporta incidencia de ictus en 200 casos por 100 000 habitantes, al año. ²

El ictus va aumentando a partir de los 55 años, y el doble en adultos de mayor edad de 75 años. En Latinoamérica, es la segunda causa de muerte; en 2013, se publica 25,47 muertes por 100 000 habitantes. ³

En el Perú, el Ministerio de Salud, en el año 2000, informó que la ECV es, en primer lugar, la causa de fallecimiento en el grupo de enfermedades cardiovasculares (28,7 por 100 000 habitantes). Además, en EsSalud se reportó como segunda causa de fallecimiento hospitalaria en 2001, después de la neumonía. ⁴

Los informes del Ministerio de Salud del Perú señalan que las principales causas de mortalidad, en el año 2014, es la enfermedad cerebro vascular, la cual se encuentra en el séptimo lugar del total de muertes, con 4,3%.⁵

El Ministerio de Salud reportó, en 2008, que la frecuencia de carga de enfermedad y lesiones en el Perú representa la décima causa de carga de enfermedad, con una pérdida de 116 385 años saludables y representa al 2% de la carga de enfermedad

del país. ⁶

El Servicio de Neurología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen publicó un informe en el que señala que la frecuencia de enfermedad cerebrovascular es de 38,10% (1517 de 3973) del total de hospitalizados, 76,20% para enfermedad cerebro vascular isquémico y, de estos, 5,35% fallecen. El 23,80% mueren por enfermedad cerebro vascular hemorrágico y, de estos, 24,10% son decesos. ⁴

En el hospital Guillermo Almenara Irigoyen, hay una alta frecuencia de esta enfermedad cerebrovascular, la cual genera mortalidad y discapacidad. Los pacientes no se preocupan por llevar un estilo de vida saludable que implica cuidar su salud, y esto hace que se enfermen precozmente. Ello ocasiona consecuencias para el paciente y su familia, como es la mayor demanda de atención de su salud por parte de los familiares o incluso el deceso del paciente.

Los pacientes que acuden al hospital en mención usualmente son de condición socioeconómica baja y sin instrucción superior. Lo que se desea saber es que si estos factores sociales, culturales y biológicos de los pacientes, previo al diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, tienen relación con el hábito de un estilo saludable o no saludable; esto es, práctica de ejercicios físicos, alimentación adecuada, manejo del estrés, responsabilidad por su salud, apoyo interpersonal de sus familiares y autorrealización.

1.2 Formulación del problema

¿Existe correlación entre la forma de vivir y las condiciones biosocioculturales del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la correlación entre la forma de vivir y las condiciones biológicas, sociales y culturales del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

Establecer la forma de vivir del paciente adulto: la alimentación, la actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud, del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016.

Identificar las condiciones biológicas, sociales y culturales; edad, sexo, antecedente familiar de enfermedad cerebro vascular, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación e ingreso económico, del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016.

Correlacionar las dimensiones de los factores biosocioculturales con los estilos de vida de los pacientes antes que presenten la enfermedad cerebrovascular.

1.4 Justificación

1.4.1 Importancia

Los informes en epidemiología reportan la transición de enfermedad aguda a crónica, que causa actualmente la primera muerte en el mundo, por lo que se hace importante profundizar la forma de vivir o estilo de vida del paciente adulto correlacionado con

los factores biológicos, sociales y culturales.

Cabe resaltar que no existen estudios de formas de vivir de las personas relacionado a sus condiciones biológicas, sociales y culturales. Por ello, es necesaria la investigación, pues al saber los factores de riesgo, se podrían sugerir ejecutar estrategias y medidas de control, para realizar prevención primaria y secundaria.

Esta investigación conllevaría a sugerir medidas de prevención y conciencia en la población del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen y otros establecimientos de salud, para generar un impacto importante en la disminución de la morbimortalidad en enfermedad cerebrovascular.

1.4.2 Viabilidad

Existe información en internet, revistas, libros, entre otros. El estudio poblacional se realizará a los familiares directos o a la misma persona adulta con funciones mentales conservadas, que fueron atendidos Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, en el año 2016 y que aceptan participar en el estudio.

Por medio de los recursos económicos propios, se realizará la investigación. Además, se cuenta con el permiso institucional para la recolección y publicación de los datos.

1.5 Limitaciones

Una limitación es que la muestra podría variar, si algún paciente que se haya considerado en el estudio haya fallecido o no se encuentre la historia clínica en la institución, por extravío del mismo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En Colombia, en el año 2006, Maya concluyó que las formas de vivir van de la mano y trabajan de forma dinámica con los factores sociales, acciones y los comportamientos de los seres humanos, además se van ligando a factores de riesgo y/o factores protectores.⁹

En Chile, en el año 2006, Cid P, Merino J y Stiepovich J concluyeron que más del 50% tiene la forma de vivir sanamente, y que es promotor de salud, relacionadas con la ocupación, que la población cuente con algún centro de salud para su atención, autoestima, sexo y edad.¹⁰

En Cuba, en el año 2012, Fernández L concluyó que la mayoría afectaba su salud con el antecedente personal de hipertensión arterial, por lo cual, al instalar un programa educativo, se optimizó las bases teóricas, y se pudo cambiar las formas de vivir de los adultos mayores.¹¹

En Colombia, en el año 2014, Díaz R realizó un estudio poblacional, descriptivo y transversal. Se concluyó, que el 60% desconocía los síntomas de alarma y el 45% desconocían alguna condición de riesgo de enfermedad cerebrovascular. La hipertensión arterial fue la condición de riesgo más habitual, luego dislipidemia y tabaquismo. Por ello, se recomienda la importancia de informar a los adultos, sus cuidadores y a la población, que permitan hacer una segura prevención de enfermedad cerebrovascular.¹²

En Perú, en Trujillo, de julio 1995 a agosto 1996, Pérez y Bustamante, en un estudio descriptivo correlacional concluyeron que las formas de vivir son promotor de salud en las femeninas, con economía alta. Los que tenían mayor relación para este objetivo, es la frecuencia cardiaca, deporte de forma frecuente y acudir a charlas educativas sobre temas de salud y su importancia de cuidarla.¹³

En el Centro Poblado Villa María-Sullana, en el año 2010, Castillo C concluyó que, en mayor frecuencia, los adultos tienen una forma de vivir no sanamente. En las condiciones biológicas, sociales y culturales, más de la mitad son adultos mayores, casados y con sueldo económico de 100 a 1000 nuevos soles. Hay correlación significativa entre los factores sociales-culturales en educación, trabajo y ganancia de dinero con la forma de vivir de los seres humanos.¹⁴

En Tacna, en el año 2010, Poma S concluyó que, en mayor frecuencia, los adultos tienen una forma de vivir no sanamente. Con la prueba Chi cuadrado, hay correlación entre las condiciones biológicas, sociales y culturales: edad, educación, estado civil, religión y ganancia de dinero con la forma de vivir.¹⁵

En Chimbote, en el año 2014, Ruiz J y Vílchez A, realizaron un estudio cuantitativo y descriptivo correlacional, con la prueba Chi cuadrado. Concluyó que, en mayor frecuencia, los adultos jóvenes tienen una forma de vivir sanamente y un poco menos de la mitad no sanamente. Los factores biosocioculturales, en mayor frecuencia católicos, educación secundaria, más de la mitad varón, 50% conviviente, menos del 50% obreros con sueldos de 400 a 650 nuevos soles mensuales. No existe correlación entre la forma de vivir y las condiciones biológicas, sociales y culturales.¹⁶

En Cuba, en el año 2014, Cabrera J concluyó que los factores de mayor frecuencia fue la hipertensión arterial y el hábito de fumar, y si trabajamos en ambos, será crucial para el descenso de invalidez y fallecimiento.⁴⁵

En Cuba, en agosto 2014, Fernández J abordaron incidencia, etiología y clasificación de ECV, y da énfasis en preocuparnos en las estrategias de prevención tanto primaria y secundaria, tener una forma de vida saludable y en manejo farmacológico, porque será importante en la disminución de morbimortalidad.⁴⁶

En España, en el año 2002, Ruíz y González R concluyeron que, para el descenso del ictus cerebral, y de discapacidad posterior, se basará en un control estricto de factores de riesgo, que mejorará la forma de vida más saludable, haciendo

deporte, y no consumiendo alcohol y cigarrillos; además, recomienda el control de hipertensión arterial con el uso de estatinas y antiagregación.⁴⁷

En Argentina, en el año 2010, Giuria M concluyó que la importancia de factores de riesgo de ECV, para mayor énfasis en la prevención, informaron que la mayoría presentaba una edad de 55 a 60 años, más varones, la mayoría realiza acciones no saludables como consumo de tabaco, alcohol o drogas; además, encontraron un alto índice de antecedente de hipertensión arterial tanto personal como familiar y tienen mal control del estrés.⁴⁸

En Cuba, en el año 2009, Castro J, Sussette A concluyeron la importancia del manejo multidisciplinario de la atención Primaria de Salud, para disminuir la incidencia de enfermedad cerebrovascular. Además de la prevención precoz de las secuelas y los factores de riesgo, se enfatizó estrategias de localización precoz de los riesgos, para disminuir la morbimortalidad.⁴⁹

En México, en el año 2011, Cantú C, Ruiz J concluyeron lo determinante de conocer la prevalencia de los tipos de ECV, y sus factores de riesgo vascular. La más frecuente es el infarto cerebral, de causa cardioembólica en la población mexicana, recomiendan actuar de forma temprana en las condiciones de riesgo.⁵⁰

En España, en el año 2015, Ramírez J concluyó que el conocimiento sobre el ictus y las acciones frente al ECV puede ser mejor con mayor educación y programas de sensibilización utilizando la radio, la televisión e internet que informen los síntomas de alarma para poder disminuir el fallecimiento y discapacidad de la enfermedad cerebrovascular.⁵¹

En Colombia, en el año 2013, Alba M y Duque M concluyeron que las personas adultas mayores sufren dislipidemia mixta, y tiene un 14% de tener alguna enfermedad cardiovascular en los 10 años posteriores, por lo que es importante hacer documentos políticos de salud pública para hacer estrategias de formas de vida saludables, para disminuir las comorbilidades que aumente la probabilidad de un nuevo evento ictus.⁵²

En Colombia, en el año 2015, Díaz R concluyó que los familiares que viven con los pacientes de un riesgo de algún probable evento cerebrovascular tienen dificultades en reconocer de forma oportuna los síntomas y actuar rápidamente, por lo que es necesario educar a la población, utilizando los medios de comunicación para que sea efectiva la prevención de enfermedad cerebrovascular.⁵³

En Brasil, en el año 2010, Cavalcante T y Pessoa R estudió la importancia de la salud de la población en Brasil en diferentes zonas; evaluaron edad, factores de riesgo, economía y sociales, ya que pueden influir en el incremento de accidente vascular encefálicos de forma diferente en varias regiones, pues cada uno tiene características propias de cada población.⁵⁴

En México, en el año 2008, Cabrera A, Martínez O, Laguna G concluyeron lo determinante de conocer la epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en la ciudad de México, ya que el ascenso de la vejez asociado a los elementos de riesgo cardiovascular hacen el ascenso de prevalencia de ECV, por lo que es necesario crear programas de prevención y tratamiento a tiempo prudente.⁵⁵

En México, en el año 2015, Arias P concluyó lo impactante del deporte en la prevención y manejo de enfermedad cardiovascular, ya que es la primera causa de enfermedades como *diabetes mellitus* y ECV, como recomendación I – A, que beneficiaría en la prevención de los tres niveles.⁵⁶

2.2 Bases teóricas

Enfermedad cerebrovascular

Condiciona la muerte celular del cerebro, medula espinal o retina atribuible a isquemia basada en evidencia clínica, E imágenes (tomografía-resonancia magnética), patología u otra evidencia objetiva de injuria focal en una distribución vascular determinada con una duración mayor a 24 horas descartando otras patologías.¹²

La American Heart Association, en el año 2013, clasifica el ECV en:

- a) Infarto silente del sistema nervioso central: Imágenes compatibles con infarto del SNC, sin antecedentes de disfunción neurológica atribuible a la lesión.
- b) Ataque isquémico transitorio (AIT): Episodio transitorio de disfunción neurológica causada por isquemia focal cerebral, medular o retiniana sin infarto agudo.
- c) Infarto con síntomas transitorios (IST): También llamado TIA imagen positiva. Reúne todos los criterios antiguos temporales para TIA (duración < 24 h), pero con neuroimagen positiva a infarto. El IST presenta mayor riesgo para desarrollar ictus isquémico a los 7 días (7,1% vs 0.4%) y 90 días que los TIA imagen (-).²⁴

El ictus isquémico es una urgencia neurológica ya que las lesiones ocurridas progresan rápidamente de forma irreversible sino se hace la terapia oportuna. Se debe actuar prontamente la terapia de reperfusión aguda (Trombolisis endovenosa y/o trombectomía mecánica), hace necesaria los sistemas de organización asistencial y de centros hospitalarios capacitados para atender pacientes con ictus isquémico.^{17, 18}

Etiología de la ECV

La enfermedad cerebrovascular aguda se clasifica en dos grandes grupos: isquémica y hemorrágica.

Deben concurrir al menos dos de los siguientes factores de riesgo vascular cerebral: persona mayor de 50 años, hipertensión arterial (HTA), *diabetes mellitus*, tabaquismo o hipercolesterolemia. Son las siguientes: Ictus isquémico cardioembólico, enfermedad oclusiva de pequeño vaso arterial (infarto lacunar), ictus isquémico de etiología inhabitual e Ictus isquémico de etiología indeterminada.¹⁹

Fisiopatología

El cerebro depende del aporte continuo de oxígeno y glucosa, ya que tiene una actividad metabólica alta y continua. En el ictus isquémico, la disminución o ausencia de flujo sanguíneo priva a las neuronas de los substratos metabólicos necesarios. Debido a que el cerebro no almacena glucosa, la isquemia es pobremente tolerada.²⁰

El flujo sanguíneo cerebral (FSC), en promedio, es mayor de 50 ml por 100 gramos de tejido por minuto. Cuando el FSC es menor a 10 ml/100g/min, se produce lesión estructural irreversible, que da origen a los procesos de destrucción de la membrana y muerte neuronal. La mayoría de las terapias del ictus isquémico agudo están destinadas a restaurar el flujo sanguíneo en la penumbra isquémica.²⁰

Factores de riesgo

Los factores de riesgo asociados la enfermedad cerebrovascular, detectados a tiempo, podrían ser controlados con la prevención primaria o secundaria.

El manejo de factores de riesgo tratables y mecanismos comunes de isquemia cerebral es importante para disminuir el riesgo de enfermedad cerebrovascular isquémico.

Los principales factores de riesgo modificables para el accidente cerebrovascular son: hipertensión, *diabetes mellitus*, fumadores, dislipidemia, inactividad física.

Dos mecanismos importantes del ictus isquémico son susceptibles de una prevención secundaria eficaz: fibrilación auricular y estenosis de la arteria carótida.

Los factores de riesgo no modificables para el accidente cerebrovascular son:

Edad avanzada, especialmente la edad > 80 años

Raza y origen étnico, con un riesgo mayor para los negros que para los blancos

Sexo, con un riesgo mayor en la mayoría de las edades de los hombres en comparación con las mujeres, excepto en las edades de 35 a 44 años y > 85 años, donde las mujeres tienen un riesgo similar o mayor que los hombres.

Antecedentes familiares y trastornos genéticos, con un mayor riesgo de gemelos monocigóticos y aquellos con trastornos genéticos

El control de los factores de riesgo ateroscleróticos es importante para la prevención primaria y secundaria del ictus. El control de los factores de riesgo también reduce el riesgo de eventos coronarios, una comorbilidad común en pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Hipertensión

La hipertensión, que promueve la formación de lesiones ateroscleróticas, es el factor de riesgo más importante, tratable para el accidente cerebrovascular.

Los estudios epidemiológicos de pacientes tratados y no tratados revelan una incidencia cada vez mayor de mortalidad cardiovascular a medida que la presión arterial se eleva por encima de 110/75 mmHg.

La hipertensión se asocia con una mayor probabilidad de accidente cerebrovascular subclínico o silencioso, que a su vez se ha relacionado con un elevado riesgo de demencia vascular y accidente cerebrovascular recurrente.

Además de la hipertensión, se define por la presión arterial sistólica y diastólica, el riesgo de accidente cerebrovascular puede estar asociada con otras variables de presión arterial que incluye la presión arterial media, la presión de pulso, variabilidad de la presión arterial y la inestabilidad de la presión arterial.

Sin embargo, estas observaciones por sí solas no prueban una relación causal, ya que el aumento de la presión arterial podría ser un marcador de otros factores de riesgo como el aumento del peso corporal, dislipidemia, intolerancia a la glucosa y el síndrome metabólico. La mejor evidencia que apoya el papel causal del aumento de la presión arterial en las complicaciones cardiovasculares

proviene de estudios que muestran la reducción de los resultados en el riesgo de accidente cerebrovascular recurrente con terapia antihipertensiva.

Fumar

Fumar cigarrillos se asocia con un mayor riesgo para todos los subtipos de apoplejía y tiene una fuerte relación de dosis-respuesta, tanto por accidente cerebrovascular isquémico y hemorragia subaracnoidea.

En el Nurses 'Health Study, los fumadores tenían un riesgo relativo de accidente cerebrovascular de 2,58 en comparación con los que nunca fumaban. La evaluación de exfumadores reveló que el exceso de riesgo desapareció entre dos y cuatro años después del cese del hábito de fumar.

En el Framingham Heart Study, el odds ratio para la estenosis carotídea moderada fue de 1,08 por cada cinco años de paquete de fumar.

Entre 10 938 sujetos normotensos, en un estudio prospectivo de cohortes sueco, aproximadamente el 39 por ciento de los accidentes cerebrovasculares fueron atribuibles al tabaquismo.

No hay ensayos controlados aleatorios de dejar de fumar para la prevención de accidentes cerebrovasculares. Sin embargo, los estudios observacionales han demostrado que el elevado riesgo de accidente cerebrovascular, debido al tabaquismo, disminuye después de dejar de fumar y se elimina cinco años más tarde. Por lo tanto, Americana del Corazón / Asociación Americana del Stroke Association (AHA / ASA) directrices recomiendan dejar de fumar para los pacientes con accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio que han fumado durante el año anterior al evento y sugerir evitar el humo de tabaco en el ambiente.

Diabetes mellitus

Los pacientes con *diabetes mellitus* tienen aproximadamente el doble de riesgo de accidente cerebrovascular isquémico en comparación con los que no tienen la enfermedad. Además, el riesgo de accidente cerebrovascular, asociado a la

diabetes, es mayor en las mujeres que en los hombres. Dislipidemia, disfunción endotelial y anomalías plaquetarias y de coagulación están entre los factores de riesgo que pueden promover el desarrollo de la aterosclerosis carotídea en diabéticos.

La tolerancia a la glucosa alterada puede ser un factor de riesgo de ictus isquémico en pacientes con antecedentes de ataque isquémico transitorio (TIA) o accidente cerebrovascular isquémico menor. También puede ser un factor de riesgo para la aterosclerosis carotídea, como lo ilustran los estudios en no diabéticos que muestran que la hemoglobina sérica elevada A1C se asocia con un mayor riesgo de desarrollo de la placa carotídea.

Dislipidemia

La hiperlipidemia es un factor de riesgo importante para la enfermedad coronaria. Sin embargo, la relación entre la concentración de colesterol sérico y la incidencia de accidente cerebrovascular parece ser más compleja, ya que el colesterol es un factor de riesgo establecido para la aterosclerosis, pero el grado de riesgo varía para los subtipos de ictus. Los estudios que han examinado los tipos de accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico han encontrado generalmente una asociación débil, pero positiva de colesterol elevado con accidente cerebrovascular isquémico, en particular para los subtipos arterioescleróticos de grandes arterias y los accidentes cerebrovasculares lacunares y una asociación inversa de los niveles de colesterol con accidente cerebrovascular hemorrágico. La fuerte asociación entre el colesterol y la aterosclerosis carotídea también apoya el papel del colesterol en la patogénesis del accidente cerebrovascular isquémico de arteria grande.

La asociación de la dislipidemia y el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico se ilustra mediante las siguientes observaciones:

La mayoría, pero no todos grandes estudios observacionales, han encontrado que los niveles elevados de colesterol y LDL se asocian con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular isquémico.

En un estudio prospectivo que comparó los casos de accidente cerebrovascular isquémico (n = 1242) y accidente cerebrovascular hemorrágico (n = 313) con controles (n = 6455), los niveles elevados de colesterol total y de lipoproteína de alta densidad (HDL) riesgo de accidente cerebrovascular isquémico, especialmente para la arteria grande aterosclerótica y lacunar accidente cerebrovascular subtipos. El estudio excluyó a los hombres no hipertensos, lo que limitó la fuerza de los hallazgos.

Un metanálisis de la terapia hipolipemiente encontró que la dieta o de intervención de drogas (fibratos y resinas) distintos de las estatinas no reducen significativamente el riesgo de accidente cerebrovascular en los sujetos con niveles elevados de colesterol.

Algunos estudios observacionales, pero no todos, sugirieron que la hipertrigliceridemia es un factor de riesgo para el accidente cerebrovascular isquémico.

Mientras que el tratamiento con estatinas disminuye el riesgo de ictus isquémico recurrente en pacientes con hiperlipidemia, la evidencia disponible sugiere que la disminución de lípidos por otros medios (por ejemplo, fibratos, secuestrantes de ácidos biliares, niacina , dieta) no tiene un impacto significativo en la prevención secundaria del ictus o prevención de otros eventos cardiovasculares.

La obesidad se asocia con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular.

Inactividad física

La creciente evidencia sugiere que la baja actividad física y la prolongada sesión aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular e incluye el accidente cerebrovascular. El apoyo adicional de que la inactividad física es un factor de riesgo para el accidente cerebrovascular proviene de estudios que muestran el beneficio del aumento de la actividad física y el ejercicio para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares.

Fibrilación auricular

La fibrilación auricular es la causa más común de accidente cerebrovascular isquémico cardioembólico y es susceptible de una prevención secundaria eficaz con anticoagulación.

Enfermedad de vasos grandes y pequeños

El riesgo de accidente cerebrovascular isquémico, debido a la estenosis sintomática de la arteria carótida puede tratarse eficazmente con revascularización combinada con un manejo médico intensivo

El pilar de la prevención secundaria del ictus isquémico o TIA causado por un vaso grande (distinta de la estenosis de la arteria carótida) y la enfermedad cerebrovascular de los vasos pequeños es el tratamiento médico intensivo, incluido el tratamiento con agentes antiplaquetarios, antihipertensivos, estatinas y modificación del estilo de vida.

Además de los tradicionales factores de riesgo de accidente cerebrovascular, una miríada de otros factores de riesgo y mecanismos patológicos están asociados con el accidente cerebrovascular isquémico.

Ingesta de alcohol

El alcohol afecta el riesgo de accidente cerebrovascular en diferentes direcciones dependiendo del nivel de consumo, el tipo de accidente cerebrovascular y, posiblemente, la etnia. El beber ligeramente (una o dos bebidas al día) se asocia con un riesgo reducido de accidente cerebrovascular isquémico, mientras que el consumo intensivo de alcohol está asociado con un mayor riesgo.

Enfermedad cardíaca

Aunque la fibrilación auricular es la causa más común de accidente cerebrovascular cardioembólico, las afecciones adicionales potencialmente asociadas con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular incluyen antecedentes de infarto de miocardio, disfunción ventricular izquierda,

valvulopatía, trombo ventricular izquierdo, defectos del tabique interauricular y ateroma compleja en la aorta ascendente o arco proximal.

Fibrinógeno

El fibrinógeno plasmático está asociado con el riesgo de accidente cerebrovascular y enfermedad cardiovascular y puede actuar por varios mecanismos posibles, que incluye la promoción de la aterogénesis y la inflamación, la elevación de la viscosidad sanguínea y plasmática, el aumento de la agregabilidad plaquetaria y la tendencia a formar fibrina dentro del trombo. Los niveles elevados de fibrinógeno parecen estar correlacionados con las características de la placa aterosclerótica vulnerable, incluyendo el adelgazamiento de la capa fibrosa del ateroma predisponente a la ruptura, y el aumento de la inflamación de la placa. Sin embargo, no se ha establecido que el fibrinógeno elevado sea un factor de riesgo independiente para la progresión de la aterosclerosis carotídea, ya que algunas pruebas sugieren que es más bien un marcador no específico de la actividad inflamatoria.

Hipercoagulabilidad

Los estados hipercoagulables pueden aumentar el riesgo de ataque isquémico transitorio y accidente cerebrovascular.

El síndrome antifosfolípido es una causa conocida de trombosis venosa y arterial o tromboembolismo, que incluye el ictus isquémico.

Las trombofilias hereditarias son estados hipercoagulables que incluyen una serie de trastornos:

Deficiencia de proteína C

Deficiencia de proteína S

Deficiencia de antitrombina

Resistencia a la proteína C activada

Factor V de Leiden como una causa de resistencia a proteína C activada

Mutación de la protrombina G20210A

Mutaciones de metilteetrahidrofolato reductasa (MTHFR) asociadas con hiperhomocisteinemia

Aunque las trombofilias hereditarias están claramente relacionadas con la trombosis venosa, no está claro si predisponen al tromboembolismo arterial ya los accidentes cerebrovasculares en adultos; la evidencia que los vincula a un accidente cerebrovascular isquémico en los niños es algo más fuerte.

Hiperhomocisteinemia

El aumento de las concentraciones séricas de homocisteína está asociado con un mayor riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular, como se analiza por separado. La homocisteína elevada parece estar asociada con un mayor riesgo del subtipo de arteria grande del ictus isquémico y, posiblemente, al subtipo de arteria pequeña; no parece estar asociado con cardioembolismo u otros subtipos de ictus. Lamentablemente, hay pruebas de varios ensayos clínicos que el tratamiento con homocisteína reductor de vitaminas no es beneficioso para la prevención secundaria de enfermedad cardiovascular o accidente cerebrovascular.

Infección

Aunque no se han establecido como factores de riesgo de accidente cerebrovascular, algunos informes han encontrado un mayor riesgo de accidente cerebrovascular asociado con ciertos agentes y condiciones infecciosas, como el citomegalovirus, el virus del herpes simple, la neumonía por clamidia, el helicobacter pylori, la legionella y la enfermedad periodontal.

Inflamación

Los datos de montaje sugieren que la inflamación juega un papel en la aterosclerosis y contribuye al riesgo de accidente cerebrovascular. La concentración de proteína C reactiva (CRP) se asocia con el riesgo a largo plazo de eventos cardiovasculares, que incluye el accidente cerebrovascular isquémico, confirmado por un metanálisis de 54 estudios prospectivos y registros individuales de más de 160 000 sujetos sin antecedentes de enfermedad vascular. Si bien los niveles elevados de PCR podrían utilizarse como marcador adicional de un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, no hay datos de ensayos clínicos aleatorizados para apoyar la hipótesis de que la reducción de los niveles de PCR

conducirá a un menor riesgo de accidente cerebrovascular. Además, no se han establecido los umbrales críticos apropiados de la elevación de la PCR y el momento óptimo de las mediciones de la PCR en el contexto de la isquemia cerebral aguda. Por lo tanto, no se recomienda rutinariamente chequear los niveles de PCR para la prevención primaria o secundaria de accidente cerebrovascular isquémico. El recuento de leucocitos y el recuento de neutrófilos se asociaron con eventos isquémicos como el accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio y la muerte vascular en una población de alto riesgo. En la semana anterior al evento recurrente, el recuento de leucocitos aumentó significativamente sobre los niveles basales. Sin embargo, el tratamiento con aspirina o clopidogrel no modificó los efectos predictivos de los recuentos elevados de leucocitos. Una asociación independiente de la elevación del recuento de leucocitos con mayor riesgo de accidente cerebrovascular isquémico también se encontró entre los participantes sin accidente cerebrovascular en un prospectivo, longitudinal, estudio de cohorte (el estudio de Manhattan del Norte).

Factores relacionados con los lípidos

La lipoproteína (a) [Lp (a)] es un modesto factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular aterosclerótica y los eventos cerebrovasculares. Además, varios informes han encontrado una asociación entre lipoproteína asociada fosfolipasa A2 actividad y accidente cerebrovascular isquémico.

Síndrome metabólico

El síndrome metabólico, definido como la presencia de tres o más componentes que incluyen glucosa en ayunas alta, hipertensión, HDL sérica baja, triglicéridos séricos elevados y obesidad abdominal, se considera una condición prediabética vinculada al aumento del riesgo cardiovascular enfermedad.

Sin embargo, no está claro si el síndrome metabólico es un factor de riesgo independiente para el accidente cerebrovascular isquémico más allá de la suma de sus componentes individuales, y la evidencia disponible es conflictiva. Por otra parte, la utilidad del síndrome metabólico para predecir el riesgo de accidente

cerebrovascular no parece mejorar en las evaluaciones más convencionales, tales como la puntuación de riesgo de Framingham.

Aunque el síndrome metabólico no está claramente establecido como un factor de riesgo independiente de accidente cerebrovascular, es importante tratar las causas subyacentes, como la obesidad y la inactividad física. La administración debe incluir consejería para la modificación del estilo de vida (dieta, ejercicio y pérdida de peso) y tratamiento apropiado para los componentes individuales del síndrome metabólico, en particular la hipertensión y la dislipidemia, que también son factores de riesgo de accidente cerebrovascular .

Trastornos respiratorios relacionados con el sueño

Los pacientes con apnea obstructiva del sueño (AOS) parecen estar en mayor riesgo de tener un accidente cerebrovascular. Se desconoce si los pacientes con síndrome de apnea del sueño central, que incluye la respiración de Cheyne-Stokes, también tienen un mayor riesgo. Datos limitados sugieren que la presencia de trastornos respiratorios relacionados con el sueño después de un accidente cerebrovascular puede ser un marcador de un resultado a largo plazo más pobre. La terapia positiva de la presión de la vía aérea (PAP) y las modificaciones conductuales son los pilares del tratamiento para los pacientes diagnosticados con trastornos respiratorios relacionados con el sueño.

Radioterapia

La radioterapia de cabeza y cuello para el tratamiento del cáncer puede conducir a una vasculopatía retardada de vasos grandes y pequeños mediados por daño endotelial, fibrosis y aterosclerosis acelerada. La enfermedad oclusiva relacionada con la radioterapia es a menudo difusa y ocurre en localizaciones poco comunes, en contraste con las lesiones focales típicas que se desarrollan en las bifurcaciones de los vasos a partir de la aterosclerosis en ausencia de radiación. Dependiendo del sitio y la dosis de radiación, los vasos involucrados pueden incluir la carótida extracraneal y las arterias vertebrales y el círculo intracraneal de los vasos Willis. Este proceso puede conducir a enfermedad carotídea sintomática, síndrome de moyamoya y accidente cerebrovascular isquémico.

Estilo de vida o forma de vida

Lalonde, especialista en el concepto de estilo de vida, señala que las formas de vivir de los seres humanos están relacionados por factores físicos, sociales y laborales, que se podrá cumplir en base a la voluntad de la persona y del entorno que lo rodea, pues esto dará como resultado algo saludable o no saludable.²¹

La forma de vivir se involucra con la conducta y motivación de la persona. La familia ayudara a tener las mejores condiciones para determinar la salud individual y grupal. Además, estará determinada por las acciones de riesgo de los seres humanos, para identificar maneras y costumbres, tantos buenos o malos, que pondrán en peligro la vida, y la calidad de vivir de la humanidad.¹

Ver la forma de vivir de forma integral: materialmente, socialmente e ideológicamente. En lo material, son la cultura material: casa, comida y ropa. En lo social, la familia, apoyo social, y programas institucionales de salud. Plano ideológico, pensamiento, valores y creencias, que darán el comportamiento del día a día de la humanidad.²²

Una serie de modificaciones de comportamiento y estilo de vida puede ser beneficioso para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico y enfermedad cardiovascular. Estos incluyen: dejar de fumar, consumo limitado de alcohol, control de peso, la actividad física aeróbica regular, la restricción de sal, y una dieta mediterránea.

Todos los pacientes que son fumadores de tabaco recientes o actuales deben ser aconsejados rutinariamente para dejar de fumar.

Todos los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico o AIT que consumen bebidas alcohólicas deben eliminar o reducir su consumo de alcohol debido al mayor riesgo de accidente cerebrovascular y alta morbilidad asociada con el alcoholismo, pese a la falta de pruebas claras de los ensayos clínicos que reducen la ingesta de alcohol el riesgo de accidente cerebrovascular recurrente.

Para los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico o TIA que son capaces de hacer ejercicio regularmente, sugerimos ejercicios físicos de intensidad moderada a vigorosa la mayoría de los días de la semana durante al menos 40 minutos. Ejercicio de intensidad moderada se define como la actividad suficiente para romper el sudor o aumentar notablemente la frecuencia cardíaca (por ejemplo, caminar enérgicamente, utilizando una bicicleta de ejercicio).

Evidencia emergente sugiere que las intervenciones dietéticas, y en particular una dieta mediterránea, mejora los resultados en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida. Hasta que otros estudios evalúen la magnitud del beneficio de una dieta mediterránea, es razonable recomendar a todos los pacientes que se adhieran a sus componentes.

Para los pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular o TIA, se sugiere que los pacientes sigan una dieta de tipo mediterráneo que enfatiza la ingesta de verduras, frutas, granos enteros, productos lácteos bajos en grasa, aves de corral, pescado, legumbres, y nueces. Limita la ingesta de dulces, bebidas azucaradas y carnes rojas. Calorías de grasas saturadas debe limitarse a 5 a 6 por ciento y las calorías de grasas trans deben reducirse.

Para los pacientes que se beneficiarían de bajar la presión arterial, también se sugiere una reducción de sodio (no más de 2400 mg al día).

La suplementación con beta-caroteno, vitamina E y vitamina C, sola o en combinación con otras u otras vitaminas antioxidantes no parece ser eficaz en la prevención primaria o secundaria de la enfermedad cardiovascular.

El consumo de aceite de pescado (ácidos grasos omega-3) disminuye las concentraciones séricas de triglicéridos y parece disminuir las proporciones de pequeñas partículas densas de LDL mientras aumenta los niveles de HDL-C. La evidencia observacional sugiere que el consumo de pescado puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico, pero no hay evidencia convincente de ensayos aleatorios de que el consumo de pescado o suplementos de aceite de pescado aumenta o disminuye el riesgo de accidente

cerebrovascular. La evidencia sobre la ingesta de aceite de pescado y el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico se discute en detalle por separado.

Reducción de peso

Al igual que con el control glucémico, los datos disponibles no muestran que la reducción de peso reduce el riesgo de accidente cerebrovascular recurrente. Sin embargo, la reducción de peso para pacientes obesos es potencialmente beneficiosa para el control mejorado de otros parámetros importantes, que incluye la presión arterial, la glucosa en la sangre y los niveles de lípidos séricos. Por lo tanto, el 2014 AHA/ASA directrices para la prevención de accidentes cerebrovasculares recomendar todos los pacientes con accidente cerebrovascular o TIA para la obesidad con la medición del índice de masa corporal.⁴⁴

Comportamiento

Un comportamiento saludable es importantes para la vida del adulto y de la salud pública, y, además, generará el bien común. Además, la mayoría de las enfermedades se pueden prevenir por cambios en la conducta.¹ Es imprescindible la forma de vivir de las personas, porque determinará el riesgo de enfermar y sanar.²

Se puede optar por una forma de vivir sana, tomar acciones saludables o condiciones protectores de la calidad de vivir, si se toman las medidas de sostenibilidad en el tiempo.

Al respecto, se podrían prevenir las imperfecciones de los factores sociales, biológicos y culturales y tener una buena calidad de vida en el mundo.²³

2.3 Definición de términos básicos

Alimentación: es necesaria para producir energía, para que la anatomía de los seres humanos funcione adecuadamente, y se dé el mantenimiento de la vida.²²

Son indispensables para mantener la salud. Por lo que, si las personas toman conciencia, de forma voluntaria podrán alimentarse bien, y es un factor educable.²⁴

Además hay correlación con riesgo de ictus, al consumir más sal, por aumentar la presión arterial, las grasas animales o los déficits de folato, vitamina B6 y vitamina B12, se asocia a hiperhomocisteinemia). Comer pescado y fruta disminuye el ictus.⁰⁴

Actividad y ejercicio: son movimientos del organismo de forma frecuente y organizada, para mejorar, desarrollar las funciones biológicas de las personas.²⁵

El ejercicio físico ayuda a la disminución de peso, y el descenso de presión arterial y disminuir la agregación plaquetaria. Además, se ha relacionado a disminución en el riesgo de ictus.⁴

Manejo del estrés: es la capacidad de disminuir la tensión en alguna situación complicada, dando acciones sencillas para poder manejar el momento de estrés.³⁴ Cobra mayor importancia en la tercera edad, por lo que se debe prevenir y controlar.²⁶

Apoyo interpersonal: el individuo es un ser social, que requiere un ambiente familiar y social.²⁷ Se ha visto que los que tienen este factor desarrollan mayores amistades y, por ende, apoyo físico y emocional.²⁸

Autorrealización: realizar actividades, para explotar las capacidades intelectuales y emocionales, para sentirse uno mismo mejor.²⁹ Esto ayudara, a tener confianza consigo mismo, autonomía e iniciativa.³⁰

Responsabilidad en salud: las personas deciden elegir conductas saludables y correctas, y evitar las que pongan riesgo su salud, modificando comportamientos y realizando actividades, para obtener una buena salud.³¹

Una persona no es responsable en salud, si consume alcohol y drogas, las cuales tienen riesgo elevado de sufrir un ictus más precozmente.⁴

El consumo del alcohol tiene correlación de riesgo de ictus isquémico y hemorrágico. Puede ocasionar hipertensión arterial, problemas en la coagulación, cardíacos y descenso de la circulación sanguíneas cerebral.⁴

Las drogas causan más incidencia de ictus en jóvenes pues aumenta 6 veces el riesgo de sufrir un ictus.⁴

Factores biológicos

Factores demográficos: la edad; sexo, raza étnica, educación y salario, son importantes en los hábitos de salud.³²

Características biológicas: son importantes en los comportamientos iniciadoras de salud.³²

Por ejemplo, en la enfermedad cerebro vascular, en la parte genética, la región del gen HDAC9 se ha asociado a ictus isquémico de vasos grandes, la región PMF1/BGLAP se ha asociado a hemorragia intracerebral no lobar y la Apolipoproteína E a hemorragia intracerebral lobar. PITX2 se ha asociado a ECV isquémico cardioembólico, fibrilación auricular, y aneurisma intracraneal.

Las Influencias interpersonales y factores circunstanciales o ambientales son importantes en la conducta de las personas, que se preocuparan en su salud.³²⁻³³

Factores sociales

El factor económico: la pobreza es la causa de la desnutrición, por ser causa del desempleo o de sueldos económicos bajos. El problema de muchos hogares pobres ingresos que apenas cubre sus necesidades.³⁴

Factores culturales

La pobreza: está ajustada por la cantidad de personas que conviven en una casa, el número de nacimientos, y embarazos a temprana edad, entre otros.³⁵

La edad: la avanzada no tiene relación con ictus, pero la frecuencia de la enfermedad incrementa el doble en cada década desde los 55 años. El 75% se dan en mayores de 65 años de edad. ⁰⁴

El sexo: por lo que los seres humanos nos distinguen biológicamente. ³⁷ Las mujeres tienen mayor incidencia en hemorragia subaracnoidea. En el sexo masculino, hay un incremento de riesgo para toda clase de ictus. ⁰⁴

El grado de instrucción: son los estudios realizados, donde las personas desarrollan sus capacidades y adquieren conocimientos que ayudarían a tomar mejores decisiones, para obtener una buena salud. ³⁸

La religión: son las creencias personales, que no tiene una base científica en la mayoría de los casos. ³⁹

El estado civil, solteros, casados, si viven en pareja, si se separan, o uno de la pareja fallece. Otros países, hay matrimonio homosexual o la poligamia. ⁴⁰

Ocupación: es el trabajo que elige el individuo y lo ejerce en la sociedad. ⁴¹

El ingreso económico, es el ingreso en forma de dinero. Que ayudará a tener recursos para mantener una buena salud. ⁴²

La forma de vivir es determinante para el deterioro de la salud y de las muertes prematuras, por lo que si se quiere una población más sana, los seres humanos deberían cambiar y vivir saludablemente para vivir más años, y disminuir la morbilidad de enfermedades, costosísimas en términos monetarios y de impacto en la persona. ⁴³

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

Existe correlación entre la forma de vivir y las condiciones biosocioculturales del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen de Lima, durante el año 2016.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable independiente	Definición	Dimensión	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de la categoría	Medición de verificación
Forma de vivir	Es la conducta individual de las personas, que lo realizan en sus actividades diarias, y que será determinante en la conservación de su salud, o la posibilidad de enfermar.	Alimentación	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Come Tres veces al día 2. Come balanceadamente 3. Consume 4 a 8 vasos de agua al día. 4. Consume frutas 5. Come sustancias no artificiales o químicos 6. Lee las etiquetas para ver los ingredientes. 	Nominal	Nunca A veces Frecuente Siempre	1 2 3 4	Encuesta
		Actividad y ejercicio	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercicio por 20 a 30 minutos por 3/semana. 2. Hace actividades de movimiento diario 	Nominal	Nunca A veces Frecuente Siempre	1 2 3 4	Encuesta
		Manejo del estrés	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ve problemas de estrés o preocupación en su vida. 2. Expresa sentimientos de estrés. 3. Da solución al estrés. 4. Hace acciones de relajación. 	Nominal	Nunca A veces Frecuente Siempre	1 2 3 4	Encuesta
		Apoyo interpersonal	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se relaciona con los demás. 2. Mantiene buena relación con los demás. 3. Comenta lo que piensa las demás. 4. En problemas tiene apoyo e los demás 	Nominal	Nunca A veces Frecuente Siempre	1 2 3 4	Encuesta
		Autorrealización	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfecho con sus acciones 2. Es satisfecho con las actividades 3. Realiza acciones de desarrollo personal. 	Nominal	Nunca A veces Frecuente Siempre	1 2 3 4	Encuesta
		Responsabilidad en salud	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Va 1 vez año a un centro de salud 2. Con síntomas acude a centro de salud 3. Toma medicina prescritos por el medico 4. Toma las recomendaciones del medico 5. Participa en actividades que fomenten su salud 6. Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y /o drogas. 	Nominal	Nunca A veces Frecuente Siempre	1 2 3 4	Encuesta

Variable dependiente	Definición conceptual	Dimensión	Tipo por su Naturaleza	Indicadores	Escala de medición	Categoría	Valores de la categorías	Medio de verificación
Factores biosocioculturales	Contexto detectable en la persona, que pueden ser no modificables.	Biológicas	Cuantitativa	Edad : Número de años de la persona previo diagnóstico de ECV.	De razón	A B C	30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años	Encuesta
			Cualitativo	Sexo : definen como hombres y mujeres.	Nominal	A B	Masculino Femenino	Encuesta
			Cualitativo	Antecedente familiar de ECV: Los antecedentes de enfermedades en una familia.	Nominal	A B	Si No	Encuesta
		Culturales	Cualitativo	Religión: son las creencias personales, que no tiene una base científica en la mayoría de los casos	Nominal	A B C D E F	Católico Evangélico Adventista Testigo de Jehová Mormón Otros	Encuesta
			Cualitativo	Grado de instrucción es el ingreso en forma de dinero. Que ayudara a tener recursos para mantener una buena salud.	Nominal	A B C D E F G	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa	Encuesta
			Cualitativa	Estado civil Situación de las persona determinadas por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil.	Nominal	A B C D E	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Conviviente Separado	Encuesta
		Sociales	Cualitativo	Ocupación es el trabajo que elige el individuo y lo ejerce en la sociedad.	Nominal	A B C D E F G	Obrero (a) Empleado (a) Agricultor Ama de casa Estudiante Comerciante Otros	Encuesta
			Cuantitativa	Ingreso económico es el ingreso en forma de dinero.	Intervalo	Muy bajo Bajo Mediano Alto	< 100 s/ 100 - 500 600-1,000 >1000	Encuesta

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El presente estudio es correlacional, transversal, prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Estará conformado por la población adulta previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, atendidas durante el año 2016.

Población de estudio

La población adulta atendida, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, atendidas durante el año 2016, un total de 625.

Tamaño de la población de estudio

El tamaño muestral es calculado probabilísticamente, y se usará un intervalo de confianza del 95% y máximo error aceptable del 5%. Con el muestreo aleatorio simple, con la fórmula:

$$n = \frac{N z^2 p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + z^2 p (1 - p)}$$

N=Población general (625 hab.)

Z = 1.96

p = Peor prevalencia esperada (0.15)

d = Error muestral, igual a 0.05

n = hab. 149.344767 Mejor Aproximación: 150

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Persona adulta con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, hospitalizados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016.

.

Criterios de exclusión

Persona adulta con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular que tenga trastorno mental.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Se usará la recolección de datos de historias clínicas

Instrumentos: Se usarán dos.

Instrumento n.º 1

Escala de estilo de vida

Se usará la encuesta: Estilo de vida Promotor de Salud, por Walker, Schirst y Pender (modificado por Delgado; Reyna y Días). Son 25 preguntas.

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos

75 a 100 puntos saludables

25 a 74 puntos no saludables

Son 25 preguntas.

Alimentación 1, 2, 3, 4, 5, 6

Actividad y ejercicio 7,8

Manejo del estrés: 9, 10, 11,12

Apoyo interpersonal: 13, 14, 15, 16

Autorrealización 17, 18,19

Responsabilidad en salud 20, 21, 22, 23, 24,25

Calificación

NUNCA N =1

AVECES V=2

FRECUENTEMNETE F=3

SIEMPRE S=4

En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario, N=4; V=3; F=2; S=1

Los puntajes será el promedio de los 25 ítems.

Instrumento n.º 2 : factores biológicos,sociales y culturales de la persona adulta

Elaborado por Delgado, R; Reyna E y Díaz, R. en Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.

- Factores biológicos:edad y sexo.
- Factores culturales: educación y religión
- Factores sociales: estado civil, la ocupación y el ingreso económico.

4.4 Procesamiento y análisis de la información

Para la recolección de datos de historias clínicas delHospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016. Posteriormente se realizará la lectura de los datos.

Para el análisis: Los datos serán procesados en SPSS-info-software versión 14,0, en tablas y gráficos estadísticos.

Para analizar la relación entre las variables, se usará la prueba de independencia Chi cuadrado en el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0,05$.

4.5 Aspectos éticos

Se respetarán y cumplirán los principios de ética

Anonimato

Se aplicará la encuesta, indicando que será anónima, y los datos obtenidos servirán solo para la investigación.

Privacidad

Los datos estarán en secreto y se respetará la intimidad, la información será solo para la tesis.

Honestidad

La recolección de datos de las historias clínicas, serán para fines de la investigación. Cuyos resultados generales serán publicados, al finalizar la tesis.

CRONOGRAMA

Mes semanas	Setiembre				Octubre				Noviembre				Dic.
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
Actividad mensual													
Recolección de información	x												
Planteamiento del problema		x											
Marco teórico		x											
Hipótesis y variables		x	x										
Metodología			x										
Presentación del Proyecto de investigación				x	x								
Investigación bibliográfica				x	x								
Recolección de datos de encuesta						x							
Procedimiento							x						
Registro de información en ficha								x	x				
Análisis de información										x			
Revisión de resultados											x		
Elaboración del informe final												x	
Presentación del trabajo final													x

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Maya, L. Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida. Colombia. [Internet]. 2006. Extraído el 13 de noviembre del 2011. Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf
2. Martínez-Vila E, Fernández MM, Pagola I, Irimia P. Enfermedades cerebrovasculares. 2011;10 (72):4871–4881.
3. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. Extraído el 12 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/gbd>
4. Dra. María Luisa Salazar Tello, Dr. Miguel Quiñones Núñez, Guía de práctica clínica - para diagnóstico y tratamiento del infarto cerebral agudo, Guía clínica, 2016; 1 (1); 1.
5. MINSA. ESTADÍSTICAS MINSA [Internet]. MINSA.GOB.PE. Extraído el 12 de septiembre de 2016. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
6. Scielo – Scientific Electronic Library Online. CONCYTEC – PERU. Extraído el 26 de Noviembre del 2008. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe>
7. Bamford J, Dennis M, Sandercock P, Burn J, Warlow C. La frecuencia, las causas y el momento de la muerte dentro de los 30 días de un primer accidente

- cerebrovascular: Oxfordshire Community Stroke Project. J Neurol Neurosurg Psiquiatría. 1990; 53 (10): 824-9.
8. Roiz Balaguer M, Morales Barrab I. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Julio Trigo López 2006. Rev Habanera Cienc Med. 2010;9(1):19-26.
 9. Molina P. Los Estilo de Vida Saludables. [Internet] Colombia. Extraído el 19 agosto del 2010. Disponible en: <http://www.slideshare.net/NIKTY/estilos-de-vida-saludable-4489911>
 10. Patricia Cid H,-Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud-. Revista Médica Chile; Extraído el año 2006, 12(1): 134-1.
 11. MsC. Leidys Proenza Fernández, MsC. Leonor Núñez Ramírez, MsC. Yurieth, Gallardo Sánchez y MsC. Katia Leonor de la Paz Castillo. -Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedades cerebrovasculares-, Universidad de Ciencias Médicas "Celia Sánchez Manduley", Granma, Cuba. MEDISAN 2012; 16 (10): 1540.
 12. Ricardo Díaz Cabezas- Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en convivientes de personas en riesgo. Acta neurológica colombiana, 1; 31; 12-19. Extraído el 2015. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n1/v31n1a03.pdf>

13. Pérez C, y Bustamante S, Ajuste Social de la Mujer Educadora: Autoestima, Bienestar percibido y estilo de vida Promotor de Salud. Revista Peruana Enfermería, Investigación y desarrollo. 1999; (2):1-1.
14. Castillo Gutiérrez, Carito Adela: estudio “Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del Centro Poblado Villa María-Sullana, 2010”. [tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú:Universidad Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
15. Fabiola Sadith Poma Oré: “Estilo de vida y factores biosocioculturales de la paersona adulta. Pachia. Tacna 2010”. [tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería]. Perú:Universidad Universidad Católica los Ángeles de Chimbote; 2010.
16. Juliana Yisely Ruiz Burgos, María Adriana Vílchez Reyes, In Crescendo. Ciencias de la Salud. Life style and biosociocultural factors in young adult of Lomas de San Luis, Nuevo Chimbote. 3(2): 96-104-, 2014. Extraído en noviembre del 2016; Disponible en: file:///C:/Users/Usuafrío/Downloads/1424-4669-1-PB.pdf.
17. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al. Heart disease and stroke statistics—2015 update. Circulation. 2015; 131(4):e29-e322.
18. Saver JL. El tiempo es cuantificado por el cerebro. 1 de enero de 2006; 37 (1): 263-6.

19. Díez-Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez-Sabín J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. *Revista Neurológica* 2001; 33:455-64.
20. Aslam MK. Manejo Isquémico Agudo del Accidente Cerebral: Administración de Trombolíticos, Neuroprotectores y Principios Generales de Manejo Médico. *NeuroClin* 2008; 26: 943 - 961.
21. Tejera J. Situación de un problema de salud por Marc Lalonde. [Internet]. Extraído el 19 agosto del 2010. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos56/situacion-salud/situacion-salud.shtml>.
22. Ortiz M. Bienvenido a la cocina Navarra. Alimentación y nutrición. [Internet]. 2009. Extraído el 22 de agosto del 2010. Disponible en: <http://lacocinavarra.lacoctelera.net/post/2009/01/25/alimentacion-y-nutricion-definicion>.
23. Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. PROMOCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. *ALAPSA*. 5(1); 1-1. [Internet] 2004. Extraído el 2004. Disponible en: <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>
24. Eulalio Ruiz Muñoz, M^a del Encinar Iglesias Sánchez, José Luis Ferrer Agualeles, Prevención de la Obesidad y de la Diabetes Mellitus tipo 2. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud. Mérida, Extraído el diciembre 2006. Disponible en: <http://www.doredin.mec.es/documentos/00920062000038.pdf>

25. Licata M. La actividad física dentro del concepto salud. [Internet]. 2007. Extraído el 26 de agosto del 2010. Disponible en: <http://www.zonadiet.com/deportes/actividad-fisica-salud.htm>
26. Pinedo E. Estilo de Vida, Factores Socio demográficos y Bienestar Percibido en Asegurados Hipertensos [Tesis para optar el grado de maestra en enfermería con mención en salud familiar y comunitaria]. Trujillo: Gerencia Departamental La Libertad del Instituto Peruano de Seguridad Social. 1998.
27. Estefanero Y. Estilos de vida de mujeres en la etapa posmenopáusica en el Instituto Nacional Materno Perinatal – [Tesis en internet]. Lima; 2006. Extraído el 21 de agosto del 2010. Disponible en: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:v-7Ka8Snhq0J:www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/estefanero_cy/pdf/estefanero_cy.pdf+Estilos+de+vida+de+mujeres+en+la+etapa+posmenop%C3%A1usica+en+el+Instituto+Nacional+Materno+Perinatal&hl=es&gl=pe&pid=bl&srcid=ADGEESjtZgtnwzXxYP9UQxNt9f_sc0f6EpoXhbi7kS-xKo0JLV66VZSxJ6zWzTRdPdIPO21-fBa269T2Vt1AFFRtsFazvLicd0wVcAeOY56jXQFCD4SEHhUTFtsg86gAMWi5AudEY9zQ&sig=AHÍtbRfc8LZor4vIAckvkOWO28_LUWv-A
28. Periódico Electrónico. Artículo: Los ancianos que mantienen sus relaciones sociales activas tienen mejor memoria, según un estudio. Año 2008. Disponible en: <http://salud.abc.es/neurologia-psiquiatria/junio08/anciano-socialmemoria.html>

29. Durán, C. Afectividad en el Adulto Mayor. [Internet]. Chile 2000. Extraído el 26 de agosto del 2010. Disponible en: <http://www.senama.cl/Archivos/1326.pdf>
30. Seguridad alimentaria; alimentaria. htm. Consultado en noviembre 18, 2008. Disponible en: www.respin.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad
31. Lopategui E. La salud como responsabilidad individual. [Internet]. 2000. Extraído el 26 de agosto del 2010. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaRes.html>
32. Marriner, A y Raile, M. Modelos y Teorías en Enfermería Ed. Mosby; 5ta. ed. Barcelona, 2003.
33. Gonzales M. vivir solo. [Internet]. Extraído del 27 de agosto del 2010. Disponible en: www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Gonzalez.doc.
34. Figueroa D. Seguridad alimentaria y familiar. [Internet]. 2003. Extraído del 27 de agosto del 2010. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad_alimentaria.htm
35. Seguridad alimentaria; alimentaria. H.tn Consultorio en noviembre 18, 2008. Disponible en: www.respin.uanl.mx/iv/2/ensayos/seguridad
36. Wikipedia, "edad". Wikipedia la enciclopedia libre: Diciembre del 2008. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Edad>

37. Centro para el mejoramiento de la sexualidad humana, Coral Springs, Florida, Estados Unidos. Disponible en: <http://www2.huberlin.de/sexology/ECS1/index1.htm>
38. Wikipedia, "Escolaridad", Wikipedia la enciclopedia libre: enero del 2009. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/>
39. Wikipedia, "Religion", Wikipedia la enciclopedia libre: enero del 2009. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Religion>
40. KCardich T. Nivel de instrucción. [Internet]. 2004. Extraído el 5 de setiembre del 2010. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/idioma_c/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html
41. Wikipedia, "Ocupación". Wikipedia la enciclopedia libre: Diciembre del 2007. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Ocupación>
42. Definición ABC. Una única en red. Publicado en Julio 8, 2009 por Cecilia en Economía. Disponible en: <http://www.definicionabc.com/economia/ingresos.php>.
43. Roales, J. Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. España, Pirámide 2004.
44. Karen L Furie, MD, MPH , Natalia S Rost, MD, MPH, Resumen de la prevención secundaria del accidente cerebrovascular isquémico (Internet), Uptade 2016, Extraído en setiembre 2016. Disponible en:

[https://www.uptodate.com/contents/overview-of-secondary-prevention-of-
ischemic-
stroke?source=search_result&search=enfermedad+cerebro+vascular&selecte
dTitle=5~150](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-secondary-prevention-of-
ischemic-
stroke?source=search_result&search=enfermedad+cerebro+vascular&selecte
dTitle=5~150)

45. José Cabrera; factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular, revisión cubana, 2014, 15(2)
46. Julio César Fernández-enfermedad cerebrovascular: incidencia y tratamiento actual, Revista CENIC 2014; 45,3:152-178.
47. Ruíz Giménez, González Ruano-Abordaje del accidente cerebrovascular, Madrid 2002. Madrid; 26:4:93-106.
48. Giuria, Marianela, Causas determinantes del Accidente Cerebrovascular, Amelia Mayo del 2010.
49. Julio Armas Castro, Sussette Angell, Manejo integral de las enfermedades cerebrovasculares en la Atención Primaria de Salud, Enero 2009 cuba; 5,3:2.
50. Cantú Brito Carlos, Ruiz Sandoval José, -Factores de riesgo, causas y pronóstico de los tipos de enfermedad vascular cerebral en México, año 2011: 12(5):224-234.
51. José Ramírez-factores pronósticos asociados al conocimiento y percepción de gravedad de la enfermedad cerebrovascular en la población general de Extremadura- España - 2015

52. M. Alba, M. Duque, -Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con dislipidemia, afiliados al sistema de salud en Colombia-. *Revision en Salud Pública*. En el año 2013; 30(2): 205-11.
53. Ricardo Díaz Cabezas- Conocimiento de síntomas y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en convivientes de personas en riesgo- *Acta Neurologica Colombiana*, año 2015; 31(1): 12-19.
54. Tahissa Frota Cavalcante, Rafaella Pessoa Moreira, Factores demográficos e indicadores de riesgo de accidente vascular encefálico: comparación entre residentes del municipio de Fortaleza con el perfil nacional, *revisión latino Brasil* en agosto 2010, 18(4):1-1.
55. Alfredo Cabrera Rayo, Oscar Martínez Olazo, Guadalupe Laguna Hernández- Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México. Estudio multicéntrico, *Medicina Interna*, México año 2008; 24(2)-98-103.
56. Pedro Arias Vázquez- Impacto de la actividad física en la prevención y manejo de la enfermedad cardiovascular- *Movimiento y Salud*. México 2015, 3(1), 23-34.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Forma de vivir y condiciones biosocioculturales del adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2016	¿Existe correlación entre la forma de vivir y las condiciones biológicas, sociales y culturales del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016?	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la correlación entre la forma de vivir y las condiciones biológicas, sociales y culturales del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Establecer la forma de vivir del paciente adulto: la alimentación, la actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorealización y responsabilidad en salud, del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016.</p> <p>Identificar las condiciones biológicas, sociales y culturales; edad, sexo, antecedente familiar de Enfermedad cerebro vascular, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación e ingreso económico, del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016.</p> <p>Determinar la correlación entre la forma de vivir y las condiciones biológicas, sociales y culturales, del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima, durante el año 2016.</p>	Existe correlación entre la forma de vivir y las condiciones biológicas, sociales y culturales del paciente adulto previo diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Lima durante el año 2016.	descriptivo, transversal, prospectivo y correlacional	<p>La población adulta atendida, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, atendidas durante el año 2016, un total de 625.</p> <p>Tamaño de la población de estudio:</p> <p>El tamaño muestral será calculado probabilísticamente, utilizando un intervalo de confianza del 95% y máximo error aceptable del 5%. Se utilizará el muestreo aleatorio simple, mediante la siguiente fórmula.</p> <p>Para el análisis: Los datos serán procesados, en tablas y gráficos estadísticos.</p> <p>Para analizar la relación entre las variables se usará la prueba de independencia Chi cuadrado en el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$.</p>	<p>Se usará la encuesta: Estilo de vida Promotor de Salud, por Walker, Schirst y Pender (modificado por Delgado; Reyna y Días). Para la variable Forma de vivir.</p> <p>Factores biológicos, sociales y culturales de la persona adulta Elaborado por Delgado, R; Reyna E y Díaz, R. en Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote.</p>

2. Instrumentos de recolección de datos

ESCALA DE ESTILO DE VIDA

AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

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

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos

75 a 100 puntos saludables

25 a 74 puntos no saludables

Son 25 preguntas.

Alimentación 1,2,3,4,5,6

Actividad y ejercicio 7,8

Manejo del estrés : 9,10,11,12

Apoyo interpersonal : 13, 14, 15, 16

Autorealización 17,18,19

Responsabilidad en salud 20,21,22,23,24,25

Calificación

NUNCA N =1

AVECES V=2

FRECUENTEMENTE F=3

SIEMPRE S=4

En el ítem 25 el criterio de calificación el puntaje es al contrario, N=4; V=3; F=2 ;

S=1

Los puntajes será el promedio de los 25 ítems.

3. ENCUESTA FACTORES BIOSOCIOCULTURALES DE LA PERSONA ADULTA

Elaborado por: Díaz, R; Reyna, E; Delgado, R (2008)

FILIACION

Iniciales o seudónimo del nombre de la persona:

.....

A) FACTORES BIOLÓGICOS

1. ¿Qué edad tenía usted?

- a) 30 a 39 años b) 40 a 49 años c) 50 a 59 años

2. Marque su sexo

- a) Masculino () b) Femenino ()

3. Antecedente familiar de ECV

- a) Si b) No

B) FACTORES CULTURALES

1. ¿Cuál era su grado de instrucción?

- a) Analfabeto b) Primaria incompleta
c) Primaria completa d) Secundaria incompleta
e) Secundaria completa f) Superior incompleta
g) Superior completa

2. ¿Cuál era su religión?

- a) Católico b) Evangélico
c) Adventista d) Testigo de Jehová
e) mormón
f) Otros.....

C) FACTORES SOCIALES

1. ¿Cuál era su estado civil?

- a) Soltero (a)
b) Casado (a)
c) Viudo (a)
d) Conviviente
e) Separado

2. ¿Cuál era su ocupación?

- a) Obrero (a)
b) Empleado (a)
c) Ama de casa
d) Estudiante
e) Comerciante
f) otros.....

3. ¿Cuál era su ingreso económico?

- a) Menos de 100 nuevos soles ()
b) De 100 a 500 nuevos soles ()
c) De 600 a 1000 nuevos soles ()
d) De 1000 a más nuevos soles ()