Revista Peruana de Medicina Integrativa
ISSN: 2415-2692

CC BY

EsSalud

ARTÍCULO ORIGINAL AO

DOI: 10.26722/rpmi.2023.v8n2.728

Estilos de vida en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en un hospital peruano

Lifestyles in patients with chronic non-communicable diseases treated in a Peruvian hospital

Annie Giovanna Ibazeta Valdivieso[1,a], **Juan Carrasco Pérriggo**[1,a]

[1] Facultad De Ciencias De La Salud. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.
[a] Médico cirujano

Información del artículo

Fecha de recibido
02 de abril del 2023

Fecha de aprobado
04 de junio del 2023

Correspondencia
Giovanna Ibazeta Valdivieso.
annieibazeta92@gmail.com

Conflictos de interés
Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribuciones de autoría
AGIV participó en la conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización y redacción del borrador original. JCP participó en la conceptualización, análisis formal, metodología, validación, supervisión, y redacción- revisión y edición. Ambos aprobaron la versión final del artículo.

Financiamiento
Autofinanciado

Citar como: Ibazeta Valdivieso AG, Pérriggo JC. Estilos de vida en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en un hospital peruano. Rev Peru Med Integrativa. 2023; 8(2):83-89.

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Objetivo: Comparar los estilos de vida (EV) en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) frente a los EV en pacientes sin ECNT atendidos en el Hospital Vitarte, ubicado en Lima, Perú. Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. Se aplicó una encuesta "FANTÁSTICO" para medir EV (que los categoriza en "existe peligro", "malo", "regular", "bueno" y "excelente") a 385 pacientes atendidos en consultorio de medicina interna en enero del 2018, además se consultó sobre comorbilidades, estrato socioeconómico (ESE) (siendo I el más rico y el V el más pobre) y otras características sociodemográficas. Se compararon los EV de acuerdo a tener o no hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardiaca (IC); usando chi cuadrado con nivel de significancia del 5%. Resultados: De los 385 encuestados, 217 (56,4%) fueron mujeres, 109 (28,3%) convivientes, 103 (26,8%) terminaron secundaria y 188 (48,8%) de ESE IV. Los sujetos con IC e HTA tuvieron un peor puntaje FANTASTICO frente a los sujetos sin IC e HTA (p=0,045; p=0,034). Quienes tenían EPOC tuvieron EV buenos y excelentes similares a quienes no (p=0,448) y similar puntaje FANTASTICO (p=0,099). Quienes tuvieron DM2 tuvieron similar puntaje FANTASTICO que quienes no (p=0,930). Conclusión: Quienes tuvieron IC e HTA en el Hospital Vitarte presentaron peor EV que quienes no, mientras que quienes tuvieron DM2 y EPOC tuvieron EV que quienes no.

Palabras clave: Enfermedades no Transmisibles; Enfermedad Crónica; Estilo de Vida Saludable; Diabetes Mellitus; Hipertensión (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: Non-communicable chronic diseases (NCCDs) are one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide. Objective: To compare the lifestyles (LS) in patients with NCCDs against the LS in patients without NCCDs attended at Vitarte Hospital, located in Lima, Peru. **Methods:** An observational, analytical, and cross-sectional study was carried out. The "FANTASTIC" survey was used to measure LS (categorized as "in danger", "poor", "average", "good", and "excellent") on 385 patients seen at the internal medicine clinic in January 2018. Additionally, comorbidities, socioeconomic stratum (SES) (with I being the wealthiest and V the poorest), and other sociodemographic characteristics were consulted. LS were compared based on the presence or absence of hypertension (HT), type 2 diabetes mellitus (T2DM), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), or heart failure (HF); using chi-squared with a 5% significance level. **Results:** Of the 385 respondents, 217 (56.4%) were women, 109 (28.3%) were cohabitants, 103 (26.8%) completed secondary education, and 188 (48.8%) were of SES IV. Subjects with HF and HT had worse FANTASTIC scores compared to those without HF and HT (p=0.045; p=0.034). Those with COPD had good and excellent LS similar to those without (p=0.448) and a similar FANTASTIC score (p=0.099). Those with T2DM had a FANTASTIC score similar to those without (p=0.930). **Conclusion:** Those with HF and HT at Vitarte Hospital had worse LS than those without, while those with T2DM and COPD had similar LS to those without.

Keywords: Noncommunicable Diseases; Chronic Disease; Healthy Lifestyle; Diabetes Mellitus; Hypertension (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan la mayor carga global de morbilidad de la población, siendo las causas principales de muerte y discapacidad en el mundo [1]. La mayoría de los pacientes con ECNT comparten múltiples formas de comportamiento como el tabaquismo, malos hábitos alimenticios, sedentarismo y obesidad[2]. En el 2010 aproximadamente 78 millones de la población mundial tenían diagnóstico de hipertensión y las enfermedades cardiovasculares fueron la principal

causa de mortalidad[3,4]. En el Perú, se han identificado que el tabaquismo, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo son los principales contribuyentes a la mortalidad general. En relación al impacto de estas ECNT, un análisis realizado en 2014 expone que en el cálculo de años perdidos por muertes prematuras y años de invalidez, 54% correspondió a enfermedades crónicas[3,4].

La evaluación del estilo de vida de los pacientes con ECNT cobra una relevancia crítica para la salud pública [5–9]. Diversos informes han resaltado la necesidad de enfocar las intervenciones hacia la modificación del estilo de vida, convirtiéndose en un componente esencial para la prevención y control de las ECNT. Los estudios recientes avalan esta postura, proporcionando evidencia convincente de los beneficios al modificar los factores de riesgo cardiovascular y al adoptar un estilo de vida saludable [10–12]. De hecho, el programa Nurses Health Study en Estados Unidos ha revelado una disminución significativa en el riesgo de enfermedad coronaria [13] y diabetes mellitus tipo 2 [11] entre aquellos individuos que adoptaron comportamientos saludables modificables.

Las comorbilidades, tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardiaca, hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2, evidencian una relación estrecha con los estilos de vida poco saludables, particularmente en pacientes de edad avanzada [14]. Enfrentar estas enfermedades y sus factores de riesgo asociados es un desafío apremiante para la sociedad actual. En este marco, es imprescindible implementar acciones conjuntas e interdisciplinarias orientadas no solo a promover estilos de vida saludables como estrategia de prevención primaria, sino también como una eficaz medida de prevención secundaria. De esta manera, la modificación del estilo de vida se convierte en un instrumento fundamental para frenar el avance de estas enfermedades. Conviene destacar que, aunque el diagnóstico ya se haya confirmado, se puede estar a tiempo para obtener los beneficios derivados de un estilo de vida saludable, siendo esta una valiosa herramienta para la gestión de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es comparar los estilos de vida en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) frente a los estilos de vida en pacientes sin ECNT atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte durante enero de 2018, subrayando la importancia de la evaluación y la intervención en el estilo de vida de estos pacientes.

MÉTODOS

Diseño y área de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal y enfoque cuantitativo. El estudio se realizó en un distrito de la ciudad de Lima, Perú, una metrópolis cosmopolita con aproximadamente 9 millones de habitantes, caracterizada por un clima desértico moderado y una alta oferta culinaria, pero con retos significativos en términos de congestión del transporte público, limitado acceso a espacios verdes en ciertas zonas, y problemas de contaminación del aire. A pesar de los desafíos del transporte, Lima alberga una variedad de centros de atención médica avanzada, proporcionando acceso a servicios de salud para individuos con enfermedades crónicas, aunque también presenta barreras potenciales, como estigmas culturales y sociales asociados con ciertas condiciones de salud.

Población y muestra

La población estuvo constituida por los pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte, ubicado en el distrito Ate Vitarte, Lima, Perú. Se incluyeron pacientes que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, mayores de 18 años de edad, atendidos durante el mes de enero del año 2018, nuevos y/o continuadores, con diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades crónicas: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), enfermedad pulmonar obstructiva obstructiva (EPOC) o insuficiencia cardiaca (IC), y cuenten con tratamiento médico. Se excluyeron a aquellos pacientes con discapacidad mental o no hispanohablantes. El tamaño de muestra se calculó a partir de diferencia de proporciones esperada de estilo de vida saludable en pacientes con [15] y sin DM2[16](33% y 48%, respectivamente), por ser una de las ECNT más prevalentes y emblemáticas, resultando en un tamaño de muestra de 364 sujetos, número al que se le sumó el 5% esperando dicha tasa de rechazo, resultando en un amuestra de 385. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Variables e instrumentos

La técnica empleada fue la recolección de datos a través de encuestas. Para medir la variable estilo de vida se utilizó como instrumento el Test de encuesta "FANTÁSTICO", validado, con 25 ítems cerrados que exploran diez categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales, relacionados al estilo de vida [17]. Este cuestionario presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada pregunta y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos, que se clasifican en cinco niveles de calificación: 39 puntos: "existe peligro", 40 a 59 puntos "malo", 60 a 69 puntos "regular", 70 a 84 puntos "bueno" y 85 a 100 puntos "excelente". Esto indica que cuanto menor sea la puntuación mayor será la necesidad de cambio de estilo de vida. El diagnóstico de enfermedades crónicas fue auto reportado por los pacientes. Para las variables sociodemográficas se utilizó

un formato de encuesta estructurada que constó de datos de filiación, nivel de educación y socioeconómico; para este último se usó la clasificación de Graffar-Méndez Castellano, la cual clasifica el nivel socioeconómico en estratos: estrato I es alto, estrato II es medio alto, estrato III es medio bajo, estrato IV es obrero y estrato V es marginal [18].

Procedimientos

La encuesta fue efectuada en la sala de espera del consultorio del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte, previa al ingreso del paciente a dicho consultorio. Los pacientes que aceptaron participar voluntariamente firmaron el consentimiento informado para efectuar la encuesta. Se realizaron las encuestas a los pacientes que hayan estado dispuestos a participar hasta completar el tamaño de muestra. A partir de la información recolectada, se generó una base de datos en el programa Excel.

Análisis estadístico

La base de datos fue traslada y analizada en el programa informático SPSS versión 24.0, el cual permitió la distribución de frecuencias identificando las variables del estudio en relación a los estilos de vida. Se realizó el análisis estadístico bivariado con la prueba Chi cuadrado y se hallaran los OR con sus respectivos intervalos de confianza al 95% y un p<0,005.

Aspectos éticos

Durante el desarrollo del estudio se siguieron las pautas de la Declaración de Helsinki. En primer lugar, el proyecto fue aprobado y autorizado por el Área de Docencia e Investigación y el Comité de Ética e Investigación Epidemiológica, Estadística e Informática del Hospital Vitarte. Se aplicó el consentimiento informado previa encuesta a todos los pacientes. Finalmente, se mantuvo la confidencialidad de la información, ya que la base de datos fue codificada con acceso exclusivo solo para los investigadores.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que la media de edad fue 54,4 años, 56,4% fueron mujeres, 43,6% fueron varones, 28,3% eran convivientes, 26,8% terminó la secundaria, 48,8% eran de un estrato socioeconómico IV según la clasificación de Graffar-Méndez Castellano. Además, notamos que el 45,5% tenía una comorbilidad y de los pacientes que presentaban alguna ECNT el 16,1% tenía IC, el 8,1%, EPOC, el 37,7%, HTA y el 54,3%, DM tipo 2 (Tabla 2).

En la Tabla 3 se ve que, para pacientes con IC el estilo de vida peligroso y malo fue de 12,9% y 43,6% respectivamente; valores mayores a los de quienes no tuvieron IC, que fue 7,1% y 33,1%, respectivamente (p=0,018). En quienes tuvieron EPOC, el 12,9% y 3,2% tuvieron un estilo de vida bueno y excelente, respectivamente; mientras que en quienes no tuvieron EPOC fue de 24% y 3,1%; sin haber diferencias significativas (p=0,448). En pacientes con HTA, 7,6% y 43,5% tuvieron un estilo de vida peligroso y malo, respectivamente; mientras que en quienes no tuvieron HTA fueron porcentajes inferiores, de 8,3% y 29,6% (p=0,024). Por último, en pacientes con DM2, se vio que el 26,8% y 2,9% tuvieron un estilo de vida bueno y excelente, respectivamente; porcentajes superiores a los de quienes no tuvieron DM2, que fueron de 19% y 3,5% (p=0,012).

En la Figura 1 se puede apreciar que, dentro de la muestra de pacientes con al menos una ECNT, los que tienen una mayor proporción de estilo de vida bueno o excelente son los pacientes con DM2 (29,7%), seguido de los pacientes con IC (27,4%), le siguen los pacientes con HTA (22,8%) y, por último, los pacientes con EPOC (16,1%).

DISCUSIÓN

Con respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, la comorbilidad más frecuente fue DM2, seguida de la HTA, IC y, por último, la EPOC. No obstante, el estudio de Revilla L. *et al*., encontró una prevalencia menor de diabetes (3,9%) e hipertensión arterial (15,8%), probablemente debido a que fue realizado en una población hospitalizada, a diferencia del presente estudio en pacientes atendidos ambulatoriamente. En comparación con la presente investigación, según el estudio PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) la prevalencia de EPOC en países latinoamericanos fue de 15,8% para São Paulo, 7,8% para México, 19,7% para Montevideo, 16,9% para Santiago y 12,1% para Caracas[19]. Estas prevalencias son mayores a las encontradas en nuestra población debido a las distintas poblaciones con mayor trascendencia y cultura en el consumo de tabaco.

Además, entre la asociación entre estilos de vida y DM2, si bien se han encontrado diferencias en las proporciones, no se ha encontrado una relación estadística significativa en los puntajes FANTASTICO. Cantú P.[20], en un estudio realizado en Costa Rica, encontró que 70,77% de los encuestados con DM2 tienen un pésimo estilo de vida y el 13,85% se catalogaron como mal estilo de vida o inadecuado estilo de vida. En cambio, el artículo de Ramírez M. *et al.* [21], menciona que el 80% de los pacientes con diagnóstico de DM2 presentaron prácticas de estilos de vida saludable. Los autores sostienen que los participantes pueden realizar cambios positivos en su estilo de vida con el fin de conservar un buen estado de salud y evitar las complicaciones crónicas que se derivan de esta enfermedad [20]. Esta idea la comparten en el estudio de Delgado R.[22], ya que luego

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes atendidos en el consultorio externo del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte

Variables	ECNT presente	ECNT ausente	Total (%)
Edad			
Media±DE	59,1 ±16,6	38,5±15,1	54,4 ± 18,4
Mediana (RI)	65 (46-73)	34,5 (26-53)	60 (37-70)
Sexo			
Femenino	138 (46,5%)	31 (35,2%)	217 (56,4%)
Masculino	159 (53,5%)	57 (64,8%)	168 (43,6%)
Estado civil			
Casado	91 (30,6%)	10 (11,4%)	101 (26,2%)
Soltero	61 (20,5%)	27 (30,7%)	88 (22,9%)
Conviviente	79 (26,6%)	30 (34,1%)	109 (28,3%)
Divorciado	28 (9,4%)	9 (10,2%)	37 (9,6%)
Viudo	38 (12,8%)	12 (13,6%)	50 (13%)
Nivel educativo			
Ninguno	57 (19,2%)	12 (13,6%)	69 (17,9%)
Primaria incompleta	62 (20,9%)	15 (17,0%)	77 (20,0%)
Primaria completa	40 (13,5%)	6 (6,8%)	46 (11,9%)
Secundaria incompleta	32 (10,8%)	9 (10,2%)	41 (10,6%)
Secundaria completa	71 (23,9%)	32 (36,4%)	103 (26,8%)
Superior	35 (11,8%)	14(15,9%)	49 (12,7%)
Nivel socioeconómico*			
Estrato II	25 (8,4%)	13 (14,8%)	38 (9,9%)
Estrato III	71 (23,9%)	32 (36,4%)	103 (26,8%)
Estrato IV	161 (54,2%)	27 (30,7%)	188 (48,8%)
Estrato V	40 (13,5%)	16 (18,2%)	56 (14,5%)

ECNT: Enfermedad crónica no transmisible DE: Desviación estándar. RI: Rango intercuartílico
*Según la clasificación de Graffar-Méndez Castellano

Tabla 2. Cantidad y tipos de enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte

Número de comorbilidades	Total (%)
1 comorbilidad	175 (45,5%)
2 comorbilidades	94 (24,4%)
3 comorbilidades	27 (7,0%)
4 comorbilidades	1 (0,3%)
Sin comorbilidades	88 (22,9%)
Enfermedades crónicas no transmisibles	
Insuficiencia cardiaca	62 (16,1%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	31 (8,1%)
Hipertensión arterial	145 (37,7%)
Diabetes mellitus tipo 2	209 (54,3%)

de una intervención en los estilos de vida de su población, se encontró mejoría, principalmente en las dimensiones de familia, introspección, nutrición y alimentación.

Con respecto a la asociación entre estilos de vida e HTA, se halló un estilo de vida malo en un 47,01%, similar a la publicación de Ramírez M. *et al.*[21], quienes encontraron una relación negativa entre hipertensión arterial y estilos de vida. Estos resultados son similares al estudio de González R. [23], en una población urbana 2,9% tenía hipertensión asociado a sedentarismo, alto consumo de alimentos dulces y frituras, bajo consumo de verduras y frutas, tabaquismo activo en un 7,2% y pasivo en 56,2% y alcoholismo en un 34,4%. De igual manera se halló asociación entre la IC y los estilos de vida. En el artículo de Djoussé L. *et al* [24], se determinó un riesgo de IC en un 13,8 % a los 40 años. Este riesgo fue mayor en pacientes varones con hipertensión que aquellos sin esta comorbilidad. Asimismo, los hábitos de vida saludables

Tabla 3. Análisis bivariado entre las enfermedades crónicas no transmisibles y el estilo de vida de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte

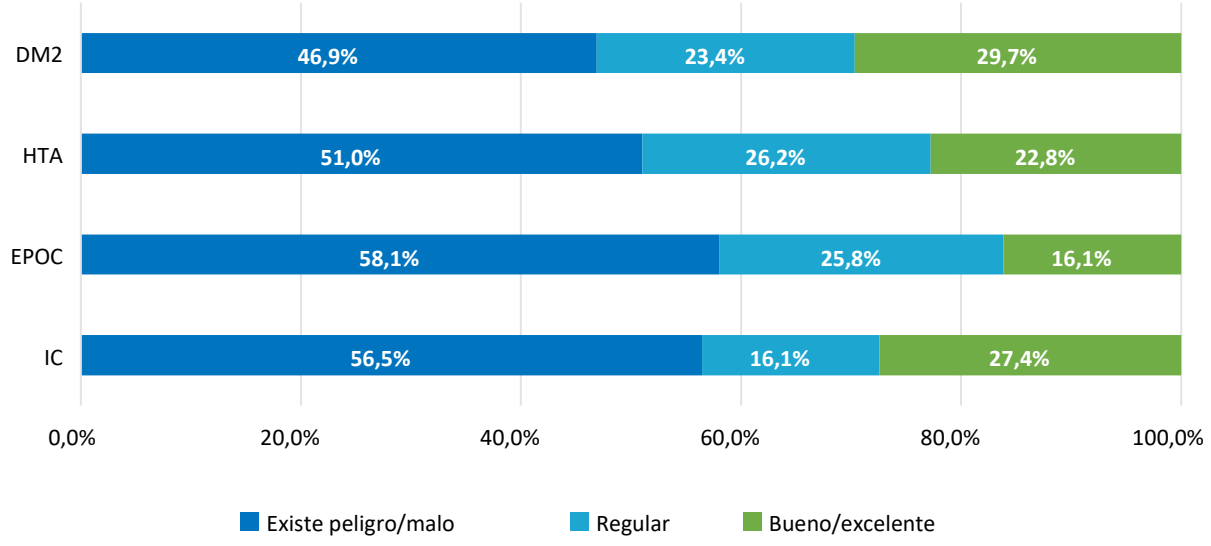
	Estilo de vida					Valor de p	Puntaje FANTASTICO	Valor de p
	Existe peligro	Malo	Regular	Bueno	Excelente		Mediana (RI)	
Insuficiencia cardiaca						0,018		0,045
Sí	8 (12,9%)	27 (43,6%)	10 (16,1%)	17 (27,4%)	0 (0,0%)		68 (51-88)	
No	23 (7,1%)	107 (33,1%)	109 (33,8%)	72 (22,3%)	12 (3,7%)		76 (60-85)	
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica						0,448		0,099
Sí	3 (9,7%)	15 (48,4%)	8 (25,8%)	4 (12,9%)	1 (3,2%)		68 (59-76)	
No	28 (7,9%)	119 (33,6%)	111 (31,4%)	85 (24,0%)	11 (3,1%)		76 (59-86)	
Hipertensión arterial						0,024		0,034
Sí	11 (7,6%)	63 (43,5%)	38 (26,2%)	32 (22,1%)	1 (8,3%)		70 (56-82)	
No	20 (8,3%)	71 (29,6%)	81 (33,8%)	57 (23,8%)	11 (4,6%)		76 (61-86)	
Diabetes mellitus tipo 2						0,012		0,930
Sí	21 (10,1%)	77 (36,8%)	49 (23,4%)	56 (26,8%)	6 (2,9%)		74 (59-88)	
No	10 (5,8%)	57 (32,8%)	68 (39,1%)	33 (19%)	6 (3,5%)		76 (59-84)	

DM2: Diabetes mellitus 2. HTA: Hipertensión arterial. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. IC: Insuficiencia cardiaca

se asociaron individual y conjuntamente con un menor riesgo de IC a lo largo de la vida. Por lo tanto, la promoción de estilos de vida saludable disminuye las probabilidades de tener HTA e IC en la población estudiada.

Finalmente, no se halló asociación entre el estilo de vida y la EPOC. Esto se debe a que la EPOC está relacionada a la exposición ambiental, los combustibles de biomasa y la contaminación atmosférica. Además, existen factores que son dependientes del huésped como las anomalías genéticas, el desarrollo anómalo pulmonar y el envejecimiento [25].

Este estudio reveló que los pacientes con IC y DM2 parecen tener un mejor estilo de vida que los que sufren de HTA y EPOC. Esta constatación contrasta con la literatura previa [26], que sugería que los pacientes con EPOC tenían estilos de vida más saludables, probablemente debido a las intervenciones de rehabilitación pulmonar. Sin embargo, las características específicas de la población de nuestro estudio, es decir, pacientes peruanos atendidos en un hospital, pueden explicar estas discrepancias. Podría ser que estos pacientes con IC y DM2 estén recibiendo una mejor educación sobre el manejo de la enfermedad, ya que es probable que el personal



DM2: Diabetes mellitus 2. HTA: Hipertensión arterial. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. IC: Insuficiencia cardiaca

Figura 1. Frecuencia del nivel de estilo de vida de acuerdo a tener alguna enfermedad crónica no transmisible en pacientes atendidos por consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Vitarte

de salud tenga más capacitación para ofrecer alternativas de estilos de vida saludables a estos pacientes[27–29]; por otro lado, también es probable que la población identifique a estas enfermedades como potencialmente más dañinas a largo plazo [30]y, en consecuencia, tenga prácticas más saludables de lo que harían pacientes con otras comorbilidades.

Independientemente de las causas, nuestros hallazgos sugieren la necesidad de mejorar la educación y el soporte para el estilo de vida saludable entre los pacientes con HTA y EPOC en nuestro entorno hospitalario. Es importante resaltar la necesidad de replicar este estudio en diferentes poblaciones para verificar si este patrón se mantiene o varía dependiendo de los contextos.

Entre las limitaciones del estudio, el diseño transversal limitó la medición de las variables a una sola vez en el tiempo, sin seguimiento de las mismas. Otra de las limitaciones fue el muestreo no probabilístico por conveniencia que aumenta el riesgo de sesgo de selección. Aunque también existe riesgo de sesgo de información debido a la aplicación de encuestas, cabe recalcar que se aplicó el Test "FANTÁSTICO", validado con un α de Cronbach entre los ítems mayor a 0,67[17].

CONCLUSIÓN

Los pacientes con IC e HTA, en el Hospital Vitarte, presentan un EV más frecuentemente de tipo "existe peligro" y "malo" en comparación con aquellos sin estas condiciones y menor puntaje FANTASTICO. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en estilos de vida entre pacientes con y sin EPOC; así como también con los pacientes con y sin diabetes. Las ECNT podrían impactar en el estilo de vida de manera variada, subrayando la necesidad de intervenciones de estilo de vida personalizadas.

REFERENCIAS BIBILIOGRÁFICAS

1. Málaga G. Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014;31(1):06–8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342014000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Reeves MJ, Rafferty AP. Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States, 2000. Arch Intern Med. 2005;165(8):854–7. doi:10.1001/archinte.165.8.854
3. Li G, Zhang P, Wang J, An Y, Gong Q, Gregg EW, *et al.* Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: a 23-year follow-up study. Lancet Diabetes Endocrinol. 2014;2(6):474–80. doi:10.1016/S2213-8587(14)70057-9
4. Heitz AE, Baumgartner RN, Baumgartner KB, Boone SD. Healthy lifestyle impact on breast cancer-specific and all-cause mortality. Breast Cancer Res Treat. 2018;167(1):171–81. doi:10.1007/s10549-017-4467-2
5. Farley H. Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. Nurs Open. 2020;7(1):30–41. doi:10.1002/nop2.382
6. Lambrinou E, Hansen TB, Beulens JW. Lifestyle factors, self-management and patient empowerment in diabetes care. Eur J Prev Cardiol. 2019;26(2_suppl):55–63. doi:10.1177/2047487319885455
7. Zhong Y, Patel N, Ferris M, Rak E. Health literacy, nutrition knowledge, and health care transition readiness in youth with chronic kidney disease or hypertension: A cross-sectional study. J Child Health Care. 2020;24(2):246–59. doi:10.1177/1367493519831493
8. Santin F, Canella D, Borges C, Lindholm B, Avesani C. Dietary Patterns of Patients with Chronic Kidney Disease: The Influence of Treatment Modality. Nutrients. 2019;11(8):1920. doi:10.3390/nu11081920
9. Geda NR, Janzen B, Pahwa P. Chronic disease multimorbidity among the Canadian population: prevalence and associated lifestyle factors. Arch Public Health. 2021;79(1):60. doi:10.1186/s13690-021-00583-7
10. Zethelius B, Gudbjörnsdottir S, Eliasson B, Eeg-Olofsson K, Cederholm J, Swedish National Diabetes Register. Level of physical activity associated with risk of cardiovascular diseases and mortality in patients with type-2 diabetes: report from the Swedish National Diabetes Register. Eur J Prev Cardiol. 2014;21(2):244–51. doi:10.1177/2047487313510893
11. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG, *et al.* Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. N Engl J Med. 2001;345(11):790–7. doi:10.1056/NEJMoa010492
12. Lourida I, Kuzma E, Henley W, Thompson-Coon J, Dickens C, Langa K, *et al.* Lifestyle, treatment, and cognitive decline in elderly diabetics. Alzheimers Dement. 2015;11:P451. doi:10.1016/j.jalz.2015.06.456
13. Stampfer MJ, Hu FB, Manson JE, Rimm EB, Willett WC. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. N Engl J Med. 2000;343(1):16–22. doi:10.1056/NEJM200007063430103
14. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, *et al.* Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2014;129(3):e28–292. doi:10.1161/01.cir.0000441139.02102.80
15. Corbacho Armas K. Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. 2009. 2(1):26–31.

16. Rosales Rodríguez R de la C, García Diaz R de LC, Quiñones Macias E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. MEDISAN. 2014;18(1):61–7.

17. Ramírez-Vélez R, Agredo RA. Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev Salud Pública [Internet]. 2012;14(2):226–37. doi:10.1590/S0124-00642012000200004

18. Squillaro-Rivero CA, Rios-González CM, Benedictis-Serrano GAD. Estratificación social de Graffar-Méndez Castellano y bajo peso al nacer en un hospital de Venezuela. Med Clínica Soc. 2021;5(2):115–6. doi:10.52379/mcs.v5i2.178

19. Félix Hinojosa E. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Acta Médica Peru [Internet]. 2009;26(4):188–91. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172009000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

20. Cantú-Martínez PC. Estilo de vida en pacientes adultos con Diabetes mellitus tipo 2. Enferm Actual En Costa Rica [Internet]. 2014;(27). doi:10.15517/revenf.v0i27.15996

21. Ramírez-Ordoñez MM, Ascanio-Carvajalino M, Coronado-Cote M del P, Gómez-Mora CA, Mayorga-Ayala LD, Medina-Ospino R. Estilo de vida actual de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Cienc Cuid [Internet]. 2011;8(1):21–8. doi:10.22463/17949831.466

22. Delgado Olave RR. Efectividad del programa Reforma de Vida en los estilos de vida miembros de circulos de salud de dos distritos de Arequipa. Rev Peru Med Integrativa [Internet]. 2017;2(2):92–100. doi:10.26722/rpmi.2017.22.50

23. González Sánchez R, Llapur Milián R, Díaz Cuesta M, Illa Cos M del R, Yee López E, Pérez Bello D. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Rev Cuba Pediatría [Internet]. 2015;87(3):273–84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312015000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

24. Djoussé L, Driver JA, Gaziano JM. Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure. JAMA. 2009;302(4):394–400. doi:10.1001/jama.2009.1062

25. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martínez FJ, Anzueto A, Barnes PJ, Bourbeau J, et al. Informe 2017 de la Iniciativa Global para el Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: Resumen Ejecutivo de GOLD. Arch Bronconeumol [Internet]. 2017;53(3):128–49. doi:10.1016/j.arbres.2017.02.001

26. Ambrosino N, Bertella E. Lifestyle interventions in prevention and comprehensive management of COPD. Breathe. 2018;14(3):186–94. doi:10.1183/20734735.018618

27. Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes | NEJM [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1212914

28. Kapoor N, Lotfaliany M, Sathish T, Thankappan KR, Tapp RJ, Thomas N, et al. Effect of a Peer-led Lifestyle Intervention on Individuals With Normal Weight Obesity: Insights From the Kerala Diabetes Prevention Program. Clin Ther. 2020;42(8):1618–24. doi:10.1016/j.clinthera.2020.06.007

29. Physical activity and dietary interventions in diabetic neuropathy: a systematic review | SpringerLink [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s10286-019-00607-x

30. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases | BMC Geriatrics | Full Text [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2023]. Disponible en: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-019-1348-z