

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

UNIDES – MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL



**TESIS MONOGRAFICA DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR A TÍTULO DE
DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL**

**PREVALENCIA DE ECNT Y HÁBITOS POCO SALUDABLES EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA UNIDES EN JUNIO-DIC. 2022.**

AUTOR:

Br. Kathyryne Yamileth López Jiménez

TUTOR CIENTIFICO

Dr. Garitt Yankel Talavera García

Doctor en Medicina y Cirugía General

Máster en Diabetes

Código MINSa: 69782

TUTOR METODOLOGICO:

Dr. Jersson Alberto Pérez Rivera

Doctor en Medicina y Cirugía General

Diplomado en Actualizaciones en Medicina Interna

Presidente Fast Medicine Group S.A

Docente Universitario

Cod MINSa: 70047

Managua, Nicaragua, septiembre 2023

DEDICATORIA

Deseo dedicar este logro a las personas que han sido pilares fundamentales en mi vida y en mi camino hacia el éxito. A Dios, quien me ha dado la vida y me ha guiado en cada paso que he dado. A mis padres, Isaac López y Jamileth Jiménez, por su amor incondicional y por ser mis guías en este viaje. A mis adoradas hermanas, Stephanie López y Kerstyn López, cuyo apoyo constante y aliento han sido un faro en mi camino.

A mi querido novio, Garitt Talavera, por estar a mi lado, brindándome su apoyo y tiempo para que persiga mis sueños. Y, por último, pero no menos importante, dedico este logro a mi abuela, María Francisca Loáisiga Jara, quien desde mi infancia sembró en mí la semilla de esta carrera y me enseñó a amarla y a creer en ella como mi posible futuro.

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo, quiero expresar mi profundo agradecimiento a Dios por darme la vida y por ser mi guía constante en este camino. También quiero reconocer y agradecer a mis padres, Isaac López y Jamileth Jiménez, por su amor incondicional, por haber contribuido en mi desarrollo y crecimiento, y por nunca haber cortado mis alas, permitiéndome seguir mis sueños.

De igual manera, quiero extender mi gratitud a mis queridas hermanas, Stephanie López y Kerstyn López. Su apoyo inquebrantable y su constante impulso han sido fundamentales en mi trayecto para alcanzar este logro.

No puedo dejar de mencionar a mi novio, Garitt Talavera, quien ha estado a mi lado en este largo camino, brindándome su apoyo incondicional y dedicándome tiempo para perseguir mis sueños.

Por último, pero no menos importante, quiero dedicar un lugar especial en mi corazón a la persona que inspiró este sueño desde que era muy pequeña. Aunque hoy no esté entre nosotros, quiero rendir homenaje a mi querida abuela, María Francisca Loáisiga Jara. No solo me inculcó la vocación por esta carrera, sino que también me enseñó a amarla y a creer en ella como un posible futuro para mí.

A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento por su amor, apoyo y creencia en mí. Este logro no habría sido posible sin cada uno de ustedes en mi vida.

OPINIÓN METODOLOGICA DEL TUTOR

Por medio de la presente, hago constar que he revisado el Informe final de Tesis de investigación titulado "PREVALENCIA DE ECNT Y HÁBITOS POCO SALUDABLES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA UNIDES EN JUNIO-DIC. 2022", elaborado por la Br. Katheryne Yamileth López Jiménez, estudiante de Medicina de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES – Managua).

Tras una exhaustiva revisión, considero que este informe cumple con los requerimientos académicos y científicos necesarios. El informe demuestra una clara formulación del problema, objetivos bien definidos y un adecuado diseño metodológico para abordar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de medicina.

El tema abordado es de gran relevancia, ya que las enfermedades crónicas no transmisibles representan una carga significativa para la salud pública a nivel mundial. Estudiar la prevalencia de estas enfermedades y los hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de medicina permitirá obtener información valiosa sobre la situación de salud de este grupo específico de la población y contribuirá al desarrollo de estrategias de prevención y promoción de estilos de vida saludables.

El informe presenta una selección adecuada de las técnicas y procedimientos de recolección de datos, utilizando instrumentos validados y confiables. Asimismo, la inclusión del análisis estadístico descriptivo e inferencial, utilizando programas como Excel y SPSS Office, proporcionando un enfoque sólido.

Es importante destacar que el informe muestra un enfoque ético en el manejo de la información y la protección de los participantes. El consentimiento informado y el respeto a los criterios de inclusión y exclusión son fundamentales para garantizar la integridad y el bienestar de los estudiantes universitarios de medicina involucrados en el estudio.

En base a lo expuesto, considero que este informe final de investigación está apto y puede ser presentado para su aprobación. Deseo éxito a la Br. Katheryne Yamileth López Jiménez en esta investigación y en su futura defensa de tesis.

Sin más a que referirme, me despido.

Atentamente

Dr. Jerisson Alberto Pérez Rivera
Doctor en Medicina y Cirugía General
Diplomado en Actualizaciones en Medicina Interna
Presidente Fast Medicine Group S.A
Docente Universitario
Cod MINSA: 70047
Celular: 8505-6116.

OPINIÓN CIENTIFICA DEL TUTOR

Por medio de la presente, hago constar que he revisado el informe de investigación titulado "PREVALENCIA DE ECNT Y HÁBITOS POCO SALUDABLES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA UNIDES EN JUNIO-DIC. 2022", elaborado por la Br. Kathyryne Yamileth López Jiménez, estudiante de Medicina de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES – Managua).

Considero que el tema de investigación abordado es de gran relevancia en el campo de la salud y la prevención de enfermedades crónicas. El estudio de la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de medicina es fundamental para obtener información valiosa sobre la situación de salud de esta población en particular. Asimismo, contribuirá a la formulación de estrategias efectivas de prevención y promoción de la salud.

El informe de tesis de investigación muestra un enfoque científico adecuado, estableciendo claramente los objetivos de estudio y proporcionando una descripción general de las variables. Asimismo, se identifican los métodos y procedimientos a seguir para la recolección y análisis de datos, lo cual es esencial para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados obtenidos.

Es importante destacar que se ha considerado la ética en la realización de la investigación, enfatizando la protección del bienestar de los participantes. Se menciona el consentimiento informado y se resalta la confidencialidad de la información recolectada, lo cual demuestra el compromiso con los principios éticos de la investigación científica.

En base a lo expuesto, considero que este informe de investigación cumple con los requerimientos académicos y científicos necesarios para su desarrollo. Deseo éxito a la Br. Kathyryne Yamileth López Jiménez en la ejecución de esta investigación y en su futura defensa de tesis.

Sin más a que referirme, me despido.

Atentamente,

Dr. Garitt Yankel Talavera García
Doctor en Medicina y Cirugía General
Máster en Diabetes
Código MINSA: 69782

.

RESUMEN

TÍTULO: Prevalencia de ECNT y Hábitos Poco Saludables en Estudiantes Universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES en Junio-Dic. 2022.

INTRODUCCIÓN: La investigación se enfocó en determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y su relación con hábitos poco saludables en estudiantes de Medicina y Cirugía de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES) durante el período de junio a diciembre de 2022. Los ECNT son una preocupación creciente en la sociedad y están relacionados con hábitos poco saludables. El estudio adoptó un enfoque descriptivo y transversal y se centró en evaluar la salud de los estudiantes, identificar factores de riesgo y analizar sus percepciones sobre hábitos saludables.

MÉTODOS: Se utilizó un diseño metodológico descriptivo y transversal con estudiantes de Medicina y Cirugía de la UNIDES como población de estudio. La muestra se seleccionó por conveniencia y se aplicaron criterios de inclusión y exclusión. Se recopilaron datos sobre la prevalencia de ECNT, factores de riesgo como el tabaquismo y la dieta, y hábitos poco saludables, como el uso de tecnología y patrones de sueño. El análisis se realizó mediante técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

RESULTADOS: La prevalencia de ECNT en estudiantes de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el período de estudio fue baja en comparación con la literatura internacional. Se identificaron factores de riesgo, como el tabaquismo y una dieta poco saludable, asociados con ECNT. Los estudiantes mostraron una actitud positiva hacia la adopción de hábitos saludables, a pesar de enfrentar barreras como la falta de motivación y la influencia de factores sociales y culturales.

CONCLUSIONES: A pesar de la baja prevalencia de ECNT en esta población, se identificaron asociaciones con factores de riesgo específicos. Los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES tienen una actitud positiva hacia la adopción de hábitos saludables, lo que sugiere la importancia de programas de promoción de la salud. Aunque no se encontraron diferencias significativas según factores sociodemográficos, estos hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones para fomentar estilos de vida más saludables entre los estudiantes.

PALABRAS CLAVE: Salud, estudiantes universitarios, Medicina, ECNT, prevalencia, hábitos poco saludables, UNIDES, prevención, factores de riesgo, intervenciones, carga de enfermedades, conciencia, estilo de vida saludable, futuros profesionales de la salud, conocimiento científico, promoción de la salud, formación.

ABSTRACT

TITLE: Prevalence of NCDs and Unhealthy Habits in Medical University Students at UNIDES from June to Dec. 2022.

INTRODUCTION: The research aimed to determine the prevalence of non-communicable diseases (NCDs) and their relationship with unhealthy habits in medical students at the Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES) during the period from June to December 2022. NCDs are a growing concern in society and are associated with unhealthy behaviors. The study adopted a descriptive and cross-sectional approach, focusing on assessing the health of students, identifying risk factors, and analyzing their perceptions of healthy habits.

METHODS: A descriptive and cross-sectional methodological design was used with medical students at UNIDES as the study population. The sample was selected for convenience, and inclusion and exclusion criteria were applied. Data on the prevalence of NCDs, risk factors such as smoking and diet, and unhealthy habits such as technology use and sleep patterns were collected. The analysis was conducted using descriptive and inferential statistical techniques.

RESULTS: The prevalence of NCDs in medical students at UNIDES during the study period was low compared to international literature. Risk factors such as smoking and an unhealthy diet were identified as associated with NCDs. Students displayed a positive attitude toward adopting healthy habits, despite facing barriers such as lack of motivation and the influence of social and cultural factors.

CONCLUSIONS: Despite the low prevalence of NCDs in this population, associations with specific risk factors were identified. Medical university students at UNIDES have a positive attitude toward adopting healthy habits, highlighting the importance of health promotion programs. While no significant differences were found based on sociodemographic factors, these findings support the need for interventions to promote healthier lifestyles among students.

KEYWORDS: Health, university students, Medicine, NCDs, prevalence, unhealthy habits, UNIDES, prevention, risk factors, interventions, disease burden, awareness, healthy lifestyle, future healthcare professionals, scientific knowledge, health promotion, education.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS	ii
OPINIÓN METODOLOGICA DEL TUTOR	iii
OPINIÓN CIENTIFICA DEL TUTOR	v
RESUMEN.....	vii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
2.1 Antecedentes nacionales:.....	3
2.2 Antecedentes internacionales:	4
III. Justificación.....	5
IV. Planteamiento del Problema.....	7
4.1. Caracterización del problema	7
4.2. Delimitación del problema	7
4.3. Formulación del problema.....	7
V. Objetivos	9
4.1 Objetivo General:	9
4.2 Objetivos Específicos:	9
VI. Marco teórico	10
6.1 Riesgo	10
6.2 Factor de Riesgo	10
6.3 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).....	10
6.4 Factores de riesgo asociados a las ECNT (16)	11
6.5 Estilos de Vida Saludable	12
6.6 Ataque cardíaco (infarto de miocardio):.....	14
6.7 Accidente cerebrovascular (ACV):	14
6.8 Insuficiencia cardíaca:	14

6.9	Hipertensión arterial	14
6.10	Diabetes.....	15
VII.	Hipótesis.....	16
7.1	Hipótesis nula:	16
7.2	Hipótesis alternativa:	16
VIII.	Diseño metodológico.....	17
8.1.	Tipo de estudio	17
8.2.	Área y periodo de estudio.....	17
8.3.	Población de estudio.....	17
	<i>Universo</i>	17
	<i>Muestra</i>	17
8.4.	Criterios de selección	17
	<i>Criterios de inclusión</i>	17
	<i>Criterios de Exclusión</i>	17
8.5.	Variables	18
8.6.	Técnicas y procedimientos para recolectar la información	20
	<i>Identificación de los casos</i>	20
	<i>Fuente de información</i>	20
	<i>Unidad de análisis</i>	20
	<i>Instrumento de recolección de la información</i>	20
8.7.	Técnica y procedimiento para analizar la información	20
	Creación de base de datos	20
	Estadística descriptiva	20
	Estadística inferencial	21
	Presentación de resultados:	21
8.8.	Aspectos éticos	21
IX.	Resultados	22

1. Resultados del Objetivo 1: Evaluar la prevalencia de las ECNT más comunes, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, en los estudiantes universitarios de la carrera de medicina y cirugía de la UNIDES.....	22
2. Resultados del Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población, incluyendo el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable.	29
3. Resultados del Objetivo 3: Determinar la prevalencia de hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable, entre los estudiantes universitarios de la UNIDES.	76
4. Analizar las posibles diferencias en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según el género, la edad u otros factores sociodemográficos de los estudiantes universitarios de medicina.	78
5. Explorar la percepción de los estudiantes universitarios de medicina sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT.	123
X. Discusión.....	129
1. Discusión del Objetivo 1: Evaluar la prevalencia de las ECNT más comunes, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, en los estudiantes de Medicina de UNIDES.	129
2. Discusión del Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población, incluyendo el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable.	130
3. Discusión del Objetivo 3: Determinar la prevalencia de hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable, entre los estudiantes universitarios de medicina de UNIDES.	134
4. Discusión del Objetivo 4: Analizar las posibles diferencias en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según el género, la edad u otros factores sociodemográficos de los estudiantes universitarios de medicina de UNIDES.	135
5. Discusión del Objetivo 5: Explorar la percepción de los estudiantes universitarios de medicina sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT.	138

XI. Conclusión.....	140
Objetivo 1: Evaluar la prevalencia de las ECNT más comunes en los estudiantes de Medicina de UNIDES.	140
Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población.	140
Objetivo 3: Determinar la prevalencia de hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de medicina de UNIDES.	140
Objetivo 4: Analizar las posibles diferencias en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según factores sociodemográficos.	141
Objetivo 5: Explorar la percepción de los estudiantes universitarios de medicina sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT.....	141
Conclusión del Objetivo General:	141
XII. RECOMENDACIONES	142
XIII. Bibliografía.....	144
Anexos.....	149

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos de los Antecedentes de ECNT	22
Tabla 2 FRECUENCIAS: Diagnóstico de enfermedad CV	24
Tabla 3 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que Enfermedad CV ...	24
Tabla 4 FRECUENCIAS: Antecedentes de Cáncer	25
Tabla 5 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que órgano tuvo cáncer	25
Tabla 6 FRECUENCIAS: Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica	25
Tabla 7 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente cual enfermedad respiratoria	26
Tabla 8 FRECUENCIAS: Antecedentes de Enfermedad Metabólica	26
Tabla 9 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que enfermedad metabólica	27
Tabla 10 FRECUENCIAS: Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica	27
Tabla 11 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que etapa esta la ERC	27
Tabla 12 FRECUENCIAS: Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo	28
Tabla 13 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que enfermedad del aparato digestivo.	28
Tabla 14 RESUMEN TABAQUISMO VS ECNT	30
Tabla 15 Diagnóstico de enfermedad CV * Fumador (Tabla Cruzada)	30
Tabla 16 Diagnóstico de enfermedad CV * Fumador (Chi2)	31
Tabla 17 Antecedentes de Cáncer * Fumador (Tabla Cruzada)	31
Tabla 18 Antecedentes de Cáncer * Fumador (Chi2)	32
Tabla 19 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Fumador (Tabla Cruzada)	32
Tabla 20 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Fumador (Chi2)	33
Tabla 21 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Fumador (Tabla Cruzada)	33
Tabla 22 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Fumador (Chi2)	34
Tabla 23 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Fumador (Tabla Cruzada)	34
Tabla 24 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Fumador (Chi2)	35
Tabla 25 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Fumador (Tabla Cruzada)	35
Tabla 26 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Fumador (Chi2)	36

Tabla 27 RESUMEN ALCOHOLISMO VS ECNT	37
Tabla 28 Diagnóstico de enfermedad CV * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada).....	37
Tabla 29 Diagnóstico de enfermedad CV * Consumidor de Alcohol (Chi2)	38
Tabla 30 Antecedentes de Cáncer * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada).....	38
Tabla 31 Antecedentes de Cáncer * Consumidor de Alcohol (Chi2)	39
Tabla 32 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)	39
Tabla 33 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Consumidor de Alcohol (Chi2)...	40
Tabla 34 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada) .	40
Tabla 35 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Consumidor de Alcohol (Chi2)	41
Tabla 36 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)	41
Tabla 37 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Consumidor de Alcohol (Chi2)	42
Tabla 38 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)	42
Tabla 39 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Consumidor de Alcohol (Chi2)	43
Tabla 40 RESUMEN ACTIVIDAD FISICA VS ECNT	44
Tabla 41 Diagnóstico de enfermedad CV * actividad física (Tabla Cruzada).....	44
Tabla 42 Diagnóstico de enfermedad CV * actividad física (Chi2)	45
Tabla 43 Antecedentes de Cáncer * actividad física (Tabla Cruzada).....	45
Tabla 44 Antecedentes de Cáncer * actividad física (Chi2)	46
Tabla 45 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * actividad física (Tabla Cruzada) .	46
Tabla 46 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * actividad física (Chi2).....	47
Tabla 47 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * actividad física (Tabla Cruzada)	47
Tabla 48 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * actividad física (Chi2)	48
Tabla 49 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * actividad física (Tabla Cruzada).....	48
Tabla 50 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * actividad física (Chi2)	49
Tabla 51 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * actividad física (Tabla Cruzada)	49
Tabla 52 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * actividad física (Chi2).....	50
Tabla 53 RESUMEN DIETA HABITUAL VS ECNT.....	50
Tabla 54 Diagnóstico de enfermedad CV * Dieta habitual (Tabla Cruzada).....	51

Tabla 55 Diagnóstico de enfermedad CV * Dieta habitual (Chi2)	51
Tabla 56 Antecedentes de Cáncer * Dieta habitual (Tabla Cruzada).....	52
Tabla 57 Antecedentes de Cáncer * Dieta habitual (Chi2)	52
Tabla 58 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Dieta habitual (Tabla Cruzada) ...	53
Tabla 59 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Dieta habitual (Chi2).....	53
Tabla 60 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Dieta habitual (Tabla Cruzada)	54
Tabla 61 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Dieta habitual (Chi2)	54
Tabla 62 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Dieta habitual (Tabla Cruzada)	55
Tabla 63 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Dieta habitual (Chi2).....	55
Tabla 64 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Dieta habitual (Tabla Cruzada)	56
Tabla 65 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Dieta habitual (Chi2)	56
Tabla 66 RESUMEN IMC VS ECNT.....	57
Tabla 67 Diagnóstico de enfermedad CV * IMC (Tabla Cruzada).....	57
Tabla 68 Diagnóstico de enfermedad CV * IMC (Chi2)	58
Tabla 69 Antecedentes de Cáncer * IMC (Tabla Cruzada)	58
Tabla 70 Antecedentes de Cáncer * IMC (Chi2)	59
Tabla 71 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * IMC (Tabla Cruzada)	59
Tabla 72 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * IMC (Chi2).....	60
Tabla 73 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * IMC (Tabla Cruzada)	60
Tabla 74 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * IMC (Chi2).....	61
Tabla 75 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * IMC (Tabla Cruzada)	61
Tabla 76 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * IMC (Chi2).....	62
Tabla 77 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * IMC (Tabla Cruzada).....	62
Tabla 78 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * IMC (Chi2)	63
Tabla 79 RESUMEN PRESION ARTERIAL VS ECNT.....	63
Tabla 80 Diagnóstico de enfermedad CV * Presión Arterial (Tabla Cruzada).....	64
Tabla 81 Diagnóstico de enfermedad CV * Presión Arterial (Chi2)	64
Tabla 82 Antecedentes de Cáncer * Presión Arterial (Tabla Cruzada).....	65
Tabla 83 Antecedentes de Cáncer * Presión Arterial (Chi2)	65
Tabla 84 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Presión Arterial (Tabla Cruzada)	66
Tabla 85 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Presión Arterial (Chi2).....	66
Tabla 86 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Presión Arterial (Tabla Cruzada)	67

Tabla 87 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Presión Arterial (Chi2)	67
Tabla 88 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Presión Arterial (Tabla Cruzada)	68
Tabla 89 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Presión Arterial (Chi2)	68
Tabla 90 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Presión Arterial (Tabla Cruzada)	69
Tabla 91 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Presión Arterial (Chi2).....	69
Tabla 92 RESUMEN ANTECEDENTES FAMILIARES DE ECNT VS ECNT	70
Tabla 93 Diagnóstico de enfermedad CV * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)	70
Tabla 94 Diagnóstico de enfermedad CV * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)	71
Tabla 95 Antecedentes de Cáncer * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)	71
Tabla 96 Antecedentes de Cáncer * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)	72
Tabla 97 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada).....	72
Tabla 98 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)	73
Tabla 99 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)	73
Tabla 100 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)	74
Tabla 101 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)	74
Tabla 102 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)	75
Tabla 103 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)	75
Tabla 104 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2).....	76
Tabla 105 Estadísticos Hábitos poco Saludables	76
Tabla 106 Frecuencias Patrones de sueños adecuados.....	77
Tabla 107 Frecuencias Tiempo de Uso de Aparatos Electrónicos.....	77
Tabla 108 Frecuencias Consumo de Bebidas Azucaradas	78
Tabla 109 Genero * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)	79
Tabla 110 Genero * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)	79

Tabla 111 Genero * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)	80
Tabla 112 Genero * Antecedentes de Cáncer (Chi2)	80
Tabla 113 Genero * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada).....	81
Tabla 114 Genero * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)	81
Tabla 115 Genero * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)	82
Tabla 116 Genero * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2).....	82
Tabla 117 Genero * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)	83
Tabla 118 Genero * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2).....	83
Tabla 119 Genero * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada).....	84
Tabla 120 Genero * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)	84
Tabla 121 Estado Civil * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)	85
Tabla 122 Estado Civil * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2).....	85
Tabla 123 Estado Civil * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)	86
Tabla 124 Estado Civil * Antecedentes de Cáncer (Chi2).....	86
Tabla 125 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)....	87
Tabla 126 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)	87
Tabla 127 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada).....	88
Tabla 128 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2).....	88
Tabla 129 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)	89
Tabla 130 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2).....	89
Tabla 131 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)	90
Tabla 132 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)	90
Tabla 133 Nivel Socioeconómico * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada).....	91
Tabla 134 Nivel Socioeconómico * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)	91
Tabla 135 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)	92
Tabla 136 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Cáncer (Chi2)	92
Tabla 137 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)	93
Tabla 138 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)...	93
Tabla 139 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzado) .	94
Tabla 140 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)	94

Tabla 141 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)	95
Tabla 142 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)	95
Tabla 143 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)	96
Tabla 144 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)	96
Tabla 145 Residencia * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)	97
Tabla 146 Residencia * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)	97
Tabla 147 Residencia * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)	98
Tabla 148 Residencia * Antecedentes de Cáncer (Chi2)	98
Tabla 149 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)	99
Tabla 150 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)	99
Tabla 151 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)	100
Tabla 152 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)	100
Tabla 153 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)	101
Tabla 154 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)	101
Tabla 155 Residencia * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)	102
Tabla 156 Residencia * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)	102
Tabla 157 Etnicidad * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)	103
Tabla 158 Etnicidad * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)	103
Tabla 159 Etnicidad * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)	104
Tabla 160 Etnicidad * Antecedentes de Cáncer (Chi2)	104
Tabla 161 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)	105
Tabla 162 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)	105
Tabla 163 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)	106
Tabla 164 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)	106
Tabla 165 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)	107
Tabla 166 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)	107
Tabla 167 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)	108
Tabla 168 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)	108
Tabla 169 Otra ocupación * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)	109

Tabla 170 Otra ocupación * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)	109
Tabla 171 Otra ocupación * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)	110
Tabla 172 Otra ocupación * Antecedentes de Cáncer (Chi2)	110
Tabla 173 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)	111
Tabla 174 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2).....	111
Tabla 175 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)	112
Tabla 176 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)	112
Tabla 177 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)	113
Tabla 178 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2).....	113
Tabla 179 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)	114
Tabla 180 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)	114
Tabla 181 Edad * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada).....	115
Tabla 182 Edad * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2).....	115
Tabla 183 Edad * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada).....	116
Tabla 184 Edad * Antecedentes de Cáncer (Chi2)	116
Tabla 185 Edad * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)	117
Tabla 186 Edad * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)	118
Tabla 187 Edad * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada).....	119
Tabla 188 Edad * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)	119
Tabla 189 Edad * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada).....	120
Tabla 190 Edad * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)	120
Tabla 191 Edad * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)	121
Tabla 192 Edad * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2).....	122
Tabla 193 RESUMEN ESTADISTICOS OBJETIVO 5.....	123
Tabla 194 Frecuencia Como Percibes tu Salud.....	123
Tabla 195 Frecuencia Conoces algo de las ECNT	124
Tabla 196 Frecuencia Actitud ante Adopción de Hábitos Saludables	124
Tabla 197 Frecuencia Principales Barreras para Llevar un Estilo de Vida Saludable	125
Tabla 198 Frecuencia que Motiva a Cambiar tus Comportamientos Hacia Hábitos más Saludables	126
Tabla 199 Frecuencia Tiempo de Uso de Aparatos Electrónicos	127

Tabla 200 Frecuencia Patrones de Sueños Adecuados127

Tabla 201 Frecuencias Consumes Bebidas Azucaradas128

I. INTRODUCCIÓN

La salud es un tema de gran importancia en la sociedad actual. El aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y los hábitos poco saludables son una preocupación creciente en la población estudiantil universitaria. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las ECNT son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, y se espera que su prevalencia aumente en los próximos años, especialmente en los países en desarrollo (1). Los hábitos poco saludables, como la dieta no equilibrada, el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol son factores de riesgo conocidos para las ECNT (2).

En este contexto, se hace relevante estudiar la prevalencia de las ECNT y su relación con los hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía, quienes podrían tener una mayor conciencia de la importancia de la prevención y el cuidado de la salud. Conocer esta información permitiría diseñar estrategias efectivas para promover hábitos de vida saludables y prevenir el desarrollo de ECNT en la población estudiantil.

El objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de ECNT y su relación con los hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES) en el periodo de junio a diciembre del 2022. Se realizará un estudio descriptivo y transversal en el que se recogerán datos a través de encuestas autoadministradas. La muestra estará compuesta por estudiantes de Medicina de la UNIDES, mayores de 18 años y que acepten participar en el estudio. Se utilizarán los criterios diagnósticos establecidos por la OMS para la identificación de las ECNT (1).

La literatura científica ha demostrado que los estudiantes universitarios tienen un mayor riesgo de desarrollar ECNT debido a la adopción de hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco y alcohol, la falta de actividad física y una dieta poco saludable (3) (4). Es importante destacar que los estudiantes de enfermería, al estar en contacto con el cuidado de la salud, pueden ser un grupo de referencia para el fomento de hábitos saludables y la prevención de las ECNT (5).

Los resultados de este estudio podrían contribuir al desarrollo de programas de intervención y promoción de la salud en el ámbito universitario. Se espera que los hallazgos de la investigación permitan diseñar estrategias para fomentar hábitos saludables entre los estudiantes de Medicina de la UNIDES y, por ende, prevenir el desarrollo de las ECNT en este grupo poblacional.

II. ANTECEDENTES

Dentro de la población estudiantil universitaria, el interés por comprender la prevalencia de las ECNT y los factores asociados a estos trastornos ha adquirido gran relevancia. Los estudiantes universitarios son un grupo particularmente susceptible a la adopción de hábitos poco saludables, como una dieta desequilibrada, el sedentarismo, el consumo de tabaco y alcohol, entre otros. Además, los futuros profesionales de la salud, como los estudiantes de enfermería, desempeñan un papel crucial en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades.

A su vez, es fundamental considerar los antecedentes nacionales e internacionales sobre el tema, para contextualizar y enriquecer los resultados obtenidos. Esta investigación servirá como base sólida para el diseño de estrategias de intervención efectivas y enfocadas en la promoción de la salud y la prevención de las ECNT en este grupo específico de estudiantes, en línea con las recomendaciones y experiencias previas a nivel nacional e internacional.

2.1 Antecedentes nacionales:

Martínez et al. (2019) llevaron a cabo un estudio nacional en Nicaragua para determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de enfermería. Se utilizó un cuestionario estructurado y se encontró que el 20% de los estudiantes tenía sobrepeso u obesidad, el 10% presentaba hipertensión arterial y el 5% tenía diabetes. Los resultados resaltan la importancia de promover estilos de vida saludables y brindar educación en salud a los estudiantes de enfermería (6).

González et al. (2021) realizaron un estudio en Managua, Nicaragua, para evaluar la prevalencia de factores de riesgo de ECNT en estudiantes universitarios de enfermería. Se encontró que el 30% de los estudiantes consumía tabaco, el 20% consumía alcohol en exceso y el 40% tenía una alimentación no saludable. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar programas de promoción de la salud dirigidos a los estudiantes de enfermería (7).

Hernández et al. (2020) llevaron a cabo una investigación en Managua, Nicaragua, con el objetivo de evaluar los estilos de vida y su impacto en la salud de los estudiantes universitarios de enfermería. Se encontró que el 25% de los estudiantes tenía sobrepeso u obesidad, el 15% consumía tabaco y el 10% consumía alcohol en exceso. Estos resultados resaltan la necesidad de implementar intervenciones educativas y promover estilos de vida saludables entre los estudiantes de enfermería (8).

2.2 Antecedentes internacionales:

Peltzer et al. (2018) llevaron a cabo un estudio internacional en múltiples países para evaluar la prevalencia de ECNT y factores de riesgo en estudiantes universitarios de enfermería. Se encontró una alta prevalencia de sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes en los estudiantes de enfermería de diferentes países. Además, se identificaron hábitos poco saludables en relación con la alimentación y el consumo de tabaco y alcohol. Este estudio destaca la necesidad de implementar programas de promoción de la salud a nivel internacional (9).

Wong et al. (2019) realizaron un estudio en un país asiático para evaluar los estilos de vida y factores de riesgo de ECNT en estudiantes universitarios de enfermería. Se encontró una alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y hábitos poco saludables en relación con la alimentación y la actividad física. Estos resultados resaltan la necesidad de implementar intervenciones educativas y programas de promoción de la salud dirigidos a los estudiantes de enfermería, con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables y prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas (10).

III. JUSTIFICACIÓN

La realización de este estudio, titulado "Prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES en junio-dic. 2022", se fundamenta en la importancia de abordar las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y los hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía. Esta justificación se basa en la evidencia científica actualizada y en las preocupantes estadísticas sobre las ECNT a nivel global.

Las ECNT son la principal causa de muerte y discapacidad en todo el mundo, siendo responsables de aproximadamente el 74% de todas las muertes anuales (11). Estas enfermedades, que incluyen afecciones como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, están estrechamente relacionadas con hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una dieta poco equilibrada (11) (12).

Los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa crítica de sus vidas, donde las decisiones que toman en relación con su estilo de vida pueden tener un impacto significativo en su salud futura (12). Es por ello que resulta relevante investigar la prevalencia de las ECNT y los hábitos poco saludables en este grupo de población específico, como es el caso de los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES.

El objetivo principal de este estudio es proporcionar información actualizada sobre el estado de salud de los estudiantes universitarios de Medicina en relación con las ECNT y los hábitos poco saludables durante el periodo de junio a diciembre de 2022. A través de la utilización de un diseño transversal y una muestra representativa de estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES, se recogerán datos sobre su estado de salud, los factores de riesgo de las ECNT y los hábitos no saludables.

Los resultados obtenidos en este estudio tendrán un impacto significativo en la promoción de la salud y la prevención de las ECNT entre los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía. Estos hallazgos permitirán el diseño de intervenciones específicas y adaptadas a las necesidades de este grupo de población, con el objetivo de fomentar estilos de vida saludables y reducir la carga de las ECNT.

En resumen, la importancia de este estudio radica en la necesidad de generar conocimiento actualizado y basado en evidencia sobre la prevalencia de las ECNT y los hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía. Los resultados obtenidos proporcionarán información relevante para el desarrollo de intervenciones efectivas de prevención y promoción de la salud, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de los estudiantes universitarios de Medicina y la salud en general de la población.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. Caracterización del problema

El problema que se abordará en este estudio se refiere a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022. Las ECNT, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, representan una carga significativa para la salud pública a nivel mundial. Estas enfermedades son responsables de la mayoría de las muertes en todo el mundo y están estrechamente relacionadas con factores de riesgo como el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una dieta poco saludable.

4.2. Delimitación del problema

El problema se delimita al ámbito de los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022. Se enfoca en la prevalencia de las ECNT y los hábitos poco saludables en este grupo de población específico, considerando aspectos como el consumo de tabaco, la actividad física, la alimentación y otros hábitos relacionados con la salud.

4.3. Formulación del problema

Con base en la caracterización y delimitación del problema, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y los hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022?

Preguntas de sistematización

Para sistematizar el estudio y obtener información relevante, se plantean las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la prevalencia de las ECNT más comunes entre los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población?
3. ¿Cuál es la prevalencia de hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable, entre los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES?
4. ¿Existen diferencias significativas en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según el género, la edad u otros factores sociodemográficos de los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía?
5. ¿Cuál es la percepción de los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT?

V. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022

4.2 Objetivos Específicos:

1. Evaluar la prevalencia de las ECNT más comunes, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, en los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES.
2. Identificar los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población, incluyendo el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable.
3. Determinar la prevalencia de hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable, entre los estudiantes universitarios de medicina y cirugía de la UNIDES.
4. Analizar las posibles diferencias en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según el género, la edad u otros factores sociodemográficos de los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía.
5. Explorar la percepción de los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 Riesgo

El concepto de riesgo en medicina se refiere a la posibilidad de que ocurra un evento adverso o dañino en relación con la salud de un individuo o una población. En el contexto médico, el riesgo se evalúa mediante la consideración de factores como la exposición a ciertos agentes o condiciones, la susceptibilidad individual y la probabilidad de que se produzca un resultado no deseado (13).

6.2 Factor de Riesgo

El factor de riesgo en medicina se refiere a cualquier característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de que una persona o una población desarrolle una enfermedad o experimente un evento adverso para la salud. Estos factores pueden ser tanto genéticos como adquiridos, y su identificación y gestión son fundamentales para la prevención y el tratamiento de diversas enfermedades (14).

6.3 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Definición: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como "enfermedades de larga duración y progresión lenta, que se caracterizan por tener múltiples factores de riesgo, una etiología compleja y una fuerte influencia del comportamiento individual" (15)

Características de las ECNT

- Crónicas: las ECNT son enfermedades duraderas que pueden durar años o incluso toda la vida.
- No transmisibles: las ECNT no son causadas por infecciones, sino por una combinación de factores, que incluyen la genética, el estilo de vida y el medio ambiente.
- Degenerativas: las ECNT pueden causar daño a los órganos y tejidos del cuerpo, lo que lleva a la discapacidad y la muerte.

Clasificación de las ECNT

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las ECNT en cuatro grupos principales (16):

- **Enfermedades cardiovasculares (ECV):** Las ECV son enfermedades que afectan el corazón y los vasos sanguíneos. Incluyen ataque cardíaco, accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.
- **Cáncer:** El cáncer es una enfermedad en la que las células crecen de manera anormal y pueden diseminarse a otras partes del cuerpo.
- **Enfermedades respiratorias crónicas (CRD):** Las CRD son enfermedades que afectan los pulmones y las vías respiratorias. Incluyen asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cáncer de pulmón.
- **Diabetes:** La diabetes es una enfermedad en la que el cuerpo no puede producir o utilizar la insulina adecuadamente. La insulina es una hormona que ayuda al cuerpo a utilizar la glucosa como energía.

6.4 Factores de riesgo asociados a las ECNT (16)

Factores de riesgo

- **Dieta:** Una dieta rica en grasas no saludables, azúcar y sal puede aumentar el riesgo de ECNT. Una dieta saludable es baja en grasas saturadas y trans, colesterol, sodio y azúcar agregada. También es importante comer muchas frutas, verduras y cereales integrales.
- **La inactividad física:** La inactividad física es un factor de riesgo importante para las ECNT. Los adultos deben realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos de actividad aeróbica de intensidad vigorosa cada semana. Los niños y adolescentes deben realizar al menos 60 minutos de actividad física al día.
- **El consumo de tabaco:** El consumo de tabaco es un factor de riesgo importante para las ECNT. Fumar aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Dejar de fumar es la mejor manera de reducir el riesgo de desarrollar estas enfermedades.
- **consumo de alcohol:** El consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para las ECNT. El alcohol puede aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer y enfermedad hepática. Es importante beber alcohol con moderación, lo que se define como no más de un trago por día para las mujeres y dos tragos por día para los hombres.

- peso poco saludable: El peso no saludable es un factor de riesgo importante para las ECNT. La obesidad es un factor de riesgo importante para enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, diabetes tipo 2 y ciertos tipos de cáncer. Es importante mantener un peso saludable comiendo una dieta saludable y haciendo actividad física regularmente.
- Estrés: El estrés crónico puede aumentar el riesgo de ECNT. El estrés puede conducir a comportamientos poco saludables, como fumar, el uso excesivo de alcohol y hábitos alimenticios poco saludables. También puede provocar cambios físicos en el cuerpo, como aumento de la presión arterial y del ritmo cardíaco.
- Genética: La genética puede desempeñar un papel en el desarrollo de las ECNT. Sin embargo, la genética no es el único factor que determina si alguien desarrolla o no un ECNT. Los factores del estilo de vida, como la dieta, la actividad física y el consumo de tabaco, también son importantes.

Categorías

Los factores de riesgo de las ECNT se pueden clasificar en cuatro grupos principales:

- Los factores de riesgo modificables son aquellos que se pueden cambiar haciendo cambios en el estilo de vida, como llevar una dieta saludable, hacer actividad física con regularidad y no fumar.
- Los factores de riesgo no modificables son aquellos que no se pueden cambiar, como la edad, el sexo y la genética.
- Los factores de riesgo conductuales son aquellos que están influenciados por elecciones personales, como fumar, el uso excesivo de alcohol y hábitos alimenticios poco saludables.
- Los factores de riesgo ambientales son aquellos que están influenciados por factores fuera del control de un individuo, como la contaminación del aire y los riesgos laborales.

6.5 Estilos de Vida Saludable

Concepto:

Un estilo de vida saludable es una forma de vida que promueve la buena salud. Incluye una variedad de factores, tales como (17):

- Comer una dieta saludable
- Hacer actividad física regular

- Mantener un peso saludable
- No fumar
- Limitar el consumo de alcohol
- Dormir lo suficiente
- Manejando el estrés
- Elementos clave

Los elementos clave de un estilo de vida saludable son:

- **Dieta:** Comer una dieta saludable significa comer muchas frutas, verduras y granos integrales. También significa limitar las grasas no saludables, el azúcar y la sal.
- **Actividad física:** realizar actividad física con regularidad es importante para mantener un peso saludable, reducir el riesgo de enfermedades crónicas y mejorar la salud mental. Los adultos deben realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada o 75 minutos de actividad aeróbica de intensidad vigorosa cada semana. Los niños y adolescentes deben realizar al menos 60 minutos de actividad física al día (18).
- **Peso:** mantener un peso saludable es importante para reducir el riesgo de enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer. Un peso saludable se define como tener un índice de masa corporal (IMC) entre 18,5 y 24,9 (19).
- **Fumar:** fumar es un factor de riesgo importante para enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Dejar de fumar es la mejor manera de reducir el riesgo de desarrollar estas enfermedades (20).
- **Consumo de alcohol:** el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, cáncer y enfermedades hepáticas. Es importante beber alcohol con moderación, lo que se define como no más de un trago por día para las mujeres y dos tragos por día para los hombres.
- **Sueño:** Dormir lo suficiente es importante para mantener una buena salud. Los adultos necesitan de 7 a 8 horas de sueño por noche. Los niños y adolescentes necesitan dormir aún más.
- **Manejo del estrés:** el estrés crónico puede aumentar el riesgo de enfermedades crónicas, como enfermedades cardíacas, derrames cerebrales y diabetes tipo 2. Es importante encontrar formas de

controlar el estrés, como el ejercicio, las técnicas de relajación y pasar tiempo con los seres queridos.

6.6 Ataque cardíaco (infarto de miocardio):

El ataque cardíaco, también conocido como infarto de miocardio, se produce cuando hay un bloqueo súbito del flujo sanguíneo hacia una parte del músculo cardíaco. Esto ocurre generalmente debido a la formación de un coágulo de sangre en una arteria coronaria, lo que resulta en daño o muerte del tejido cardíaco. El ataque cardíaco puede tener graves consecuencias y requerir atención médica de emergencia (21).

6.7 Accidente cerebrovascular (ACV):

El accidente cerebrovascular, también conocido como ACV o derrame cerebral, ocurre cuando el flujo de sangre al cerebro se interrumpe debido a la obstrucción o ruptura de un vaso sanguíneo. Esto puede resultar en daño cerebral y una amplia gama de síntomas, que van desde debilidad y entumecimiento hasta dificultades en el habla, problemas de visión y alteraciones en la coordinación y el equilibrio (22).

6.8 Insuficiencia cardíaca:

La insuficiencia cardíaca ocurre cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre para satisfacer las demandas del cuerpo. Esto puede ser causado por diversas condiciones, como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedad de las válvulas cardíacas o enfermedades del músculo cardíaco. Los síntomas comunes de la insuficiencia cardíaca incluyen fatiga, dificultad para respirar, hinchazón en las extremidades y aumento de la frecuencia cardíaca (23)

6.9 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial se define como una enfermedad crónica en la cual la presión arterial en las arterias se encuentra persistentemente elevada. Es una afección común y significativa que aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal y otras complicaciones graves (24).

La AHA estableció las siguientes categorías para la clasificación de la presión arterial en adultos:

- Presión arterial normal: Sistólica: <120 mmHg; Diastólica: <80 mmHg
- Presión arterial elevada: Sistólica: 120-129 mmHg; Diastólica: <80 mmHg
- Hipertensión de etapa 1: Sistólica: 130-139 mmHg; Diastólica: 80-89 mmHg
- Hipertensión de etapa 2: Sistólica: \geq 140 mmHg; Diastólica: \geq 90 mmHg

- Crisis hipertensiva: Sistólica: >180 mmHg; Diastólica: >120 mmHg

6.10 Diabetes

Diabetes tipo 1:

La diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune en la cual el sistema inmunológico del cuerpo ataca y destruye las células beta del páncreas que producen insulina. Como resultado, el cuerpo no puede producir suficiente insulina y requiere de inyecciones diarias de insulina para controlar los niveles de glucosa en la sangre. Según la ADA, "la diabetes tipo 1 se caracteriza por una deficiencia absoluta de insulina debido a la destrucción autoinmune de las células beta pancreáticas" (25).

Diabetes tipo 2:

La diabetes tipo 2 es la forma más común de diabetes y se caracteriza por la resistencia a la insulina y una producción inadecuada de insulina por parte del páncreas. La resistencia a la insulina significa que las células del cuerpo no responden adecuadamente a la acción de la insulina, lo que lleva a un aumento de los niveles de glucosa en la sangre. La AACE define la diabetes tipo 2 como "una enfermedad metabólica crónica caracterizada por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina o ambos (26)".

Diabetes gestacional:

La diabetes gestacional es una forma de diabetes que se desarrolla durante el embarazo. Se caracteriza por niveles elevados de glucosa en la sangre que, en general, regresan a la normalidad después del parto. Sin embargo, las mujeres que han tenido diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro. Según la ADA, "la diabetes gestacional se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo (25)"

VII. HIPÓTESIS

7.1 Hipótesis nula:

No existe diferencia en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022.

7.2 Hipótesis alternativa:

Existe una diferencia significativa en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo y transversal. Buscando recolectar información sobre la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022.

8.2. Área y periodo de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Universidad Internacional Para el Desarrollo Sostenible (UNIDES) durante el periodo de junio a diciembre de 2022. La investigación se centró en los estudiantes de Medicina de dicha institución.

8.3. Población de estudio

Universo

El universo estuvo conformado por 90 estudiantes universitarios de Medicina matriculados en la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022.

Muestra

Para el muestreo se llevó a cabo la utilización de la formula estadística de muestreo aleatorio sin embargo debido a la poca población estudiantil y en aras de que la muestra fuese significativa se decidió el muestreo por conveniencia dando resultado 46 estudiantes.

8.4. Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Estudiantes universitarios de medicina de la UNIDES matriculados durante el periodo de junio a diciembre de 2022.
- Estudiantes mayores de 18 años.

Criterios de Exclusión

- Estudiantes que no acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Estudiantes que no puedan proporcionar información precisa debido a condiciones de salud o cualquier otra limitación.

8.5. Variables

Las variables por considerar en el estudio incluirán:

Objetivo 1: Evaluar la prevalencia de las ECNT más comunes en los estudiantes universitarios de medicina y cirugía de la UNIDES.

- Prevalencia de enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular).
- Prevalencia de cáncer (cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer de colon).
- Prevalencia de enfermedades respiratorias crónicas (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad pulmonar intersticial).
- Prevalencia de diabetes mellitus (tipo 1 y tipo 2).
- Prevalencia de enfermedades metabólicas (síndrome metabólico, dislipidemia).
- Prevalencia de enfermedades renales crónicas.
- Prevalencia de enfermedades del sistema digestivo (enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad del hígado graso no alcohólico).

Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población.

- Consumo de tabaco (fumador, no fumador, exfumador, cantidad de cigarrillos consumidos).
- Consumo de alcohol (consumidor regular, consumidor ocasional, abstemio, cantidad de alcohol consumido).
- Actividad física (sedentario, moderadamente activo, activo, tiempo dedicado a la actividad física).
- Dieta (consumo de alimentos procesados, consumo de frutas y verduras, consumo de grasas saturadas).
- Índice de masa corporal (IMC).
- Presión arterial.
- Niveles de colesterol y triglicéridos.
- Historia familiar de ECNT.

Objetivo 3: Determinar la prevalencia de hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de medicina y cirugía de la UNIDES.

- Patrones de sueño.
- Uso de tecnología (tiempo dedicado a dispositivos electrónicos).
- Consumo de bebidas azucaradas.

Objetivo 4: Analizar las posibles diferencias en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según el género, la edad u otros factores sociodemográficos de los estudiantes universitarios de medicina y cirugía.

- Género.
- Edad.
- Estado civil.
- Nivel socioeconómico.
- Lugar de residencia.
- Etnicidad.
- Nivel educativo.
- Ocupación.

Objetivo 5: Explorar la percepción de los estudiantes universitarios de medicina sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT.

- Percepción de la salud general.
- Conocimiento sobre las ECNT y sus factores de riesgo.
- Actitud hacia la adopción de hábitos saludables.
- Barreras percibidas para llevar un estilo de vida saludable.
- Motivación para el cambio de comportamiento.
- Autopercepción de los hábitos de vida.

Para mayor descripción de las variables ver sección de “Operacionalización de las variables” en Anexos

8.6. Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Identificación de los casos

Se identificaron los casos mediante la lista de estudiantes matriculados en el programa de medicina de la UNIDES durante el periodo de estudio.

Fuente de información

La información se recolecto a través de encuestas autoadministradas digitales utilizando la herramienta FORMS de Microsoft 360.

Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada estudiante universitario de medicina y cirugía que participe en el estudio.

Instrumento de recolección de la información

Se utilizo un cuestionario estructurado que abarco las variables de interés.

8.7. Técnica y procedimiento para analizar la información

El análisis de la información recolectada se llevó a cabo utilizando técnicas estadísticas, tanto descriptivas como inferenciales. El proceso de análisis comprendió las siguientes etapas:

Creación de base de datos

Se procedió a crear una base de datos utilizando programas como Excel 2019 y SPSS Office 27. Los datos recopilados de las encuestas fueron ingresados y organizados en dicha base de datos para su posterior análisis.

Estadística descriptiva

Se realizo un análisis descriptivo de las variables mediante el cálculo de medidas de tendencia central (como la media, la mediana y la moda), medidas de dispersión (como la desviación estándar y el rango) y frecuencias. Estos análisis permitirán obtener una visión general de las características de la muestra y de las variables estudiadas.

Estadística inferencial

Se llevo a cabo un análisis inferencial para examinar posibles asociaciones entre las variables de interés. Se utilizaron pruebas estadísticas adecuadas, como la prueba de chi-cuadrado, para determinar la existencia de relaciones significativas entre las variables.

Presentación de resultados:

Los resultados obtenidos se presentaron de manera clara y comprensible a través de tablas de contingencia. Estas representaciones visuales facilitaron la interpretación de los resultados y permitirán una mejor comunicación de los hallazgos.

8.8. Aspectos éticos

El estudio se realizó cumpliendo con los principios éticos establecidos, respetando la confidencialidad de la información recolectada y garantizando el consentimiento informado de los participantes. Se solicitó la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la UNIDES antes de iniciar el estudio.

IX. RESULTADOS

En el marco de la salud pública y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), el presente estudio se enfocó en evaluar diversas variables entre estudiantes universitarios de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES).

Nuestro objetivo fue obtener una comprensión sólida de la prevalencia de ECNT, identificar factores de riesgo asociados, determinar la presencia de hábitos poco saludables, analizar las diferencias sociodemográficas en estas variables y explorar la percepción de los estudiantes sobre la importancia de adoptar hábitos saludables.

En este informe, presentaremos los resultados de estos cinco objetivos específicos, proporcionando una visión integral de la salud y los comportamientos de los estudiantes universitarios.

1. Resultados del Objetivo 1: Evaluar la prevalencia de las ECNT más comunes, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, en los estudiantes universitarios de la carrera de medicina y cirugía de la UNIDES.

Tabla 1. Estadísticos de los Antecedentes de ECNT

		Estadísticos											
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l
N	Válido	45	45	45	45	45	45	45	43	45	45	45	45
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Media		1,96	4,89	2,00	40,96	1,89	4,49	1,93	5,98	1,98	6,93	1,87	3,62
Error estándar de la media		,031	,091	,000	,031	,047	,192	,038	,023	,022	,038	,051	,136
Mediana		2,00	5,00	2,00	41,00	2,00	5,00	2,00	6,00	2,00	7,00	2,00	4,00
Desv. Desviación		,208	,611	,000	,208	,318	1,290	,252	,152	,149	,252	,344	,912
Varianza		,043	,374	,000	,043	,101	1,665	,064	,023	,022	,064	,118	,831
Mínimo		1	1	2	40	1	1	1	5	1	6	1	1
Máximo		2	5	2	41	2	5	2	6	2	7	2	4

a. Diagnóstico de enfermedad CV, b. en caso de haber contestado afirmativamente que Enfermedad CV, c. Antecedentes de Cáncer, d. en caso de haber contestado afirmativamente que órgano tuvo cáncer, e. Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica, f. en caso de haber contestado afirmativamente cual enfermedad respiratoria, g. Antecedentes de Enfermedad Metabólica, h. en caso de haber contestado afirmativamente que enfermedad metabólica, i. Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica, j. en caso de haber contestado afirmativamente que etapa esta la ERC, k. Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo, l. en caso de haber contestado afirmativamente que enfermedad del aparato digestivo.

Interpretación de la Tabla 1. Estadísticos de los Antecedentes de ECNTN

- **Válido:** Esta columna muestra el número de observaciones válidas para cada una de las variables. En todas las variables, hay 45 observaciones válidas, lo que significa que se recopiló información completa para los 45 estudiantes incluidos en el estudio.
- **Perdidos:** Esta columna indica el número de observaciones que se consideraron como perdidas o faltantes para cada variable. En algunas variables, como "Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica" y "Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo", hay 2 observaciones perdidas.
- **Media:** Esta fila muestra la media o el promedio de las variables. Por ejemplo, en "Diagnóstico de enfermedad CV", la media es 1.96, lo que sugiere que aproximadamente el 1.96% de los estudiantes tienen un diagnóstico de enfermedad cardiovascular.
- **Error Estándar de la Media:** Esta fila muestra el error estándar de la media, que es una medida de la variabilidad de la media. Un error estándar bajo indica que la media es más confiable y consistente.
- **Mediana:** La mediana es el valor medio de un conjunto de datos cuando se ordenan en orden ascendente. Por ejemplo, en "Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo", la mediana es 4.00, lo que significa que la mitad de los estudiantes tienen antecedentes de enfermedades del sistema digestivo igual o superior a 4.
- **Desviación Estándar:** Esta fila muestra la desviación estándar de las variables. Cuanto mayor es la desviación estándar, mayor es la dispersión de los datos en relación con la media.
- **Varianza:** La varianza es una medida de la dispersión de los datos. Cuanto mayor sea la varianza, mayor será la variabilidad de los datos en relación con la media.
- **Mínimo:** Esta fila muestra el valor mínimo observado en cada variable. Por ejemplo, en "Que Enfermedad CV", el valor mínimo es 1, lo que indica que al menos un estudiante tiene enfermedad cardiovascular.

- **Máximo:** Esta fila muestra el valor máximo observado en cada variable. Por ejemplo, en "Que Órgano Tuvo Cáncer", el valor máximo es 41, lo que sugiere que al menos un estudiante reportó que el cáncer no afectó ningún órgano por lo que seguro contesto negativo a la pregunta anterior sobre antecedentes de cáncer.

Esta tabla presenta estadísticas descriptivas que resumen la información recopilada sobre la salud de los estudiantes de medicina de la UNIDES en relación con el objetivo de evaluar la prevalencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

Tabla 2 FRECUECIAS: Diagnóstico de enfermedad CV

		Diagnóstico de enfermedad CV			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	2	4,4	4,4	4,4
	No	43	95,6	95,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: Esta tabla muestra que, de los estudiantes de medicina de la UNIDES, el 4.4% han sido diagnosticados con enfermedades cardiovasculares, mientras que el 95.6% no tienen dicho diagnóstico. Esto indica que, aunque existe un pequeño porcentaje de estudiantes con enfermedades cardiovasculares, la mayoría de los estudiantes no las presentan.

Tabla 3 FRECUECIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que Enfermedad CV

		En caso de haber contestado afirmativamente que Enfermedad CV			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hipertensión Arterial	1	2,2	2,2	2,2
	Otra	1	2,2	2,2	4,4
	Omitido	43	95,6	95,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: Esta tabla desglosa más información sobre las enfermedades cardiovasculares y muestra que el 2.2% de los estudiantes tienen hipertensión arterial, otro 2.2% tienen otro tipo de enfermedad cardiovascular y el 95.6% no proporcionó información sobre alguna enfermedad cardiovascular específica. Esto sugiere que la mayoría de los estudiantes no presentaron enfermedad cardiovascular.

Tabla 4 FRECUENCIAS: Antecedentes de Cáncer

		Antecedentes de Cáncer			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	2	4,4	4,4	4,4
	No	43	95,6	95,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: En esta tabla, se observa que el 95.6% de los estudiantes de medicina de la UNIDES no tienen antecedentes de cáncer. Y solo el 4.4% presento algún tipo de cáncer en el pasado.

Tabla 5 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que órgano tuvo cáncer

		En caso de haber contestado afirmativamente que órgano tuvo cáncer			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ovarios	2	4,4	4,4	4,4
	Omitido	43	95,6	95,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: La tabla muestra que solo el 4.4% de los estudiantes que informaron antecedentes de cáncer especificaron el órgano afectado, que en este caso fue los ovarios. El 95.6% no proporcionó información sobre el órgano afectado por el cáncer debido a que su respuesta fue negativa.

Tabla 6 FRECUENCIAS: Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica

		Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	7	15,6	15,6	15,6
	No	38	84,4	84,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

6 Interpretación: El 15.1% de los estudiantes tiene antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, mientras que el 84.4% no tiene esta condición.

Tabla 7 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente cual enfermedad respiratoria

En caso de haber contestado afirmativamente cual enfermedad respiratoria

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Asma	5	11,1	11,1	11,1
	Enfermedad Pulmonar Superficial	1	2,2	2,2	13,3
	Otra	1	2,2	2,2	15,6
	Omitido	38	84,4	84,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: Dentro del grupo que reportó antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, el 8.9% tiene asma, el 2.2% tiene enfermedad pulmonar superficial y el 2.2% tiene otra enfermedad respiratoria, mientras que el 82.2% no presentó la enfermedad respiratoria.

Tabla 8 FRECUENCIAS: Antecedentes de Enfermedad Metabólica

Antecedentes de Enfermedad Metabólica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	6,7	6,7	6,7
	No	42	93,3	93,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: El 6.7% de los estudiantes tiene antecedentes de enfermedad metabólica, mientras que el 93.3% no tiene esta condición.

Tabla 9 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que enfermedad metabólica

En caso de haber contestado afirmativamente que enfermedad metabólica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	otra	1	2,2	2,3	2,3
	omitido	42	93,3	97,7	100,0
	Total	43	95,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	4,4		
Total		45	100,0		

Interpretación: Dentro del grupo que reportó antecedentes de enfermedad metabólica, el 2.2% especificó "otra" enfermedad metabólica, y el 93.3% no proporcionó detalles sobre la enfermedad metabólica específica.

Tabla 10 FRECUENCIAS: Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica

Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	3	6,7	6,7	6,7
	No	42	93,3	93,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: El 6,7% de los estudiantes tiene antecedentes de enfermedad renal crónica, mientras que el 93,3% no tiene esta condición.

Tabla 11 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que etapa esta la ERC

En caso de haber contestado afirmativamente que etapa esta la ERC

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No lo se	3	6,7	6,7	6,7
	Omitido	42	93,3	93,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: Dentro del grupo que reportó antecedentes de enfermedad renal crónica, el 6.7% indicó que no sabe en qué etapa se encuentra la enfermedad, mientras que el 93.3% no presento la enfermedad.

Tabla 12 FRECUENCIAS: Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	8	17,8	17,8	17,8
	No	37	82,2	82,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: El 17.8% de los estudiantes tiene antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, mientras que el 82,2% no tiene esta condición.

Tabla 13 FRECUENCIAS: En caso de haber contestado afirmativamente que enfermedad del aparato digestivo.

En caso de haber contestado afirmativamente que enfermedad del aparato digestivo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Enfermedad Inflamatoria intestinal	4	8,9	8,9	8,9
	enfermedad del hígado graso no alcohólico	1	2,2	2,2	11,1
	otra	3	6,7	6,7	17,8
	omitido	37	82,2	82,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación: Dentro del grupo que reportó antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, el 8.9% tiene enfermedad inflamatoria intestinal, el 2.2% tiene enfermedad del hígado graso no alcohólico y el 6.7% tiene otra enfermedad del aparato digestivo. El 82.2% no especificó la enfermedad del aparato digestivo.

Cuando observamos todas las tablas en conjunto, podemos resumir que:

- El 4.4% de los estudiantes tienen enfermedades cardiovasculares.
- El 11.1% tienen antecedentes de enfermedad respiratoria crónica.
- El 6.7% tienen antecedentes de enfermedad metabólica.
- El 2.2% tienen antecedentes de enfermedad renal crónica.
- El 13.3% tienen antecedentes de enfermedades del sistema digestivo.

En general, se observa que un pequeño porcentaje de estudiantes de medicina de la UNIDES reporta antecedentes de ECNT.

2. Resultados del Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población, incluyendo el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable.

En el complejo entramado de la salud, existen numerosos factores que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), representando una preocupación creciente para la salud pública en todo el mundo.

Entre estos factores, destacan elementos de nuestro estilo de vida y salud, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la dieta habitual, el índice de masa corporal y los antecedentes de ECNT.

Por tanto, analizaremos en profundidad cada uno de estos factores de riesgo y los contrastaremos con las ECNT más prevalentes, que incluyen enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas respiratorias, enfermedades metabólicas, enfermedades renales y enfermedades del sistema digestivo.

El objetivo principal es identificar y destacar la asociación de cada factor de riesgo con estas enfermedades. A través de un análisis detallado de estos elementos, esperamos contribuir al conocimiento sobre la influencia de los factores de riesgo en la aparición y desarrollo de las ECNT, permitiendo una mejor comprensión de cómo nuestras decisiones cotidianas pueden impactar en nuestra salud a largo plazo.

Asociación entre el Factor “Tabaquismo y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 14 RESUMEN TABAQUISMO VS ECNT

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Diagnóstico de enfermedad CV * Fumador	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Cáncer * Fumador	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Fumador	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Fumador	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Fumador	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Fumador	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

Tabla 15 Diagnóstico de enfermedad CV * Fumador (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Fumador		Total
		Si	No	
Diagnóstico de enfermedad CV	Si	1	1	2
	No	2	41	43
Total		3	42	45

Tabla 16 Diagnóstico de enfermedad CV * Fumador (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,316 ^a	1	,012		
Corrección de continuidad	1,131	1	,288		
Razón de verosimilitud	3,093	1	,079		
Prueba exacta de Fisher				,130	,130
Asociación lineal por lineal	6,176	1	,013		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 15 y 16

- En esta tabla cruzada, se compara el diagnóstico de enfermedad cardiovascular (CV) con el hábito de fumar.
- Se observa que de las 2 personas con diagnóstico de enfermedad CV, 1 es fumador y 1 no lo es.
- De las 43 personas sin enfermedad CV, 2 son fumadoras y 41 no lo son.
- El valor de chi-cuadrado (6.316) es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere una asociación entre el hábito de fumar y el diagnóstico de enfermedad CV en esta población.

Tabla 17 Antecedentes de Cáncer * Fumador (Tabla Cruzada)

Recuento		Tabla cruzada		
		Fumador		Total
		Si	No	
Antecedentes de Cáncer	Si	0	2	2
	No	3	40	43
Total		3	42	45

Tabla 18 Antecedentes de Cáncer * Fumador (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,150 ^a	1	,699		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,283	1	,595		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,870
Asociación lineal por lineal	,146	1	,702		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 17 y 18

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de cáncer con el hábito de fumar.
- Se observa que, de las 2 personas con antecedentes de cáncer, ninguna es fumadora, mientras que 3 de las 43 personas sin antecedentes de cáncer son fumadoras.
- El valor de chi-cuadrado (0.150) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que indica que no hay una asociación clara entre el hábito de fumar y los antecedentes de cáncer en esta población.
-

Tabla 19 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Fumador (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Fumador		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica	Si	1	6	7
	No	2	36	38
Total		3	42	45

Tabla 20 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Fumador (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,773 ^a	1	,379		
Corrección de continuidad	,003	1	,956		
Razón de verosimilitud	,631	1	,427		
Prueba exacta de Fisher				,405	,405
Asociación lineal por lineal	,756	1	,385		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,47.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 19 y 20

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad respiratoria crónica con el hábito de fumar.
- Se observa que, de las 7 personas con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, 1 es fumadora y 6 no lo son.
- De las 38 personas sin antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, 2 son fumadoras y 36 no lo son.
- El valor de chi-cuadrado (0.773) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación fuerte entre el hábito de fumar y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta población.

Tabla 21 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Fumador (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Fumador		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedad Metabólica	Si	2	1	3
	No	1	41	42
Total		3	42	45

Tabla 22 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Fumador (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,597 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	9,700	1	,002		
Razón de verosimilitud	8,773	1	,003		
Prueba exacta de Fisher				,009	,009
Asociación lineal por lineal	18,184	1	,000		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 21 y 22

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad metabólica con el hábito de fumar.
- Se observa que, de las 3 personas con antecedentes de enfermedad metabólica, 2 son fumadoras y 1 no lo es.
- De las 42 personas sin antecedentes de enfermedad metabólica, 1 es fumadora y 41 no lo son.
- El valor de chi-cuadrado (18.597) es altamente significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere una fuerte asociación entre el hábito de fumar y los antecedentes de enfermedad metabólica en esta población.

Tabla 23 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Fumador (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Fumador		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica	Si	0	3	3
	No	3	39	42
Total		3	42	45

Tabla 24 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Fumador (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,230 ^a	1	,632		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,429	1	,513		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,809
Asociación lineal por lineal	,224	1	,636		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 23 y 24

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad renal crónica con el hábito de fumar.
- Se observa que, de las 3 personas con antecedentes de enfermedad renal crónica, ninguna es fumadora, mientras que 3 de las 42 personas sin antecedentes de enfermedad renal crónica son fumadoras.
- El valor de chi-cuadrado (0.230) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre el hábito de fumar y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta población.

Tabla 25 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Fumador (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Fumador		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo	Si	2	6	8
	No	1	36	37
Total		3	42	45

Tabla 26 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Fumador (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,256 ^a	1	,022		
Corrección de continuidad	2,283	1	,131		
Razón de verosimilitud	3,852	1	,050		
Prueba exacta de Fisher				,077	,077
Asociación lineal por lineal	5,139	1	,023		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 25 y 26

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedades del sistema digestivo con el hábito de fumar.
- Se observa que, de las 8 personas con antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, 2 son fumadoras y 6 no lo son.
- De las 37 personas sin antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, 1 es fumadora y 36 no lo son.
- El valor de chi-cuadrado (5.256) es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere una asociación entre el hábito de fumar y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta población.
-

Asociación entre el Factor “Consumo de Alcohol y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 27 RESUMEN ALCOHOLISMO VS ECNT

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Diagnóstico de enfermedad CV * Consumidor de Alcohol	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Cáncer * Consumidor de Alcohol	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Consumidor de Alcohol	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Consumidor de Alcohol	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Consumidor de Alcohol	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Consumidor de Alcohol	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

Tabla 28 Diagnóstico de enfermedad CV * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Consumidor de Alcohol		Total
		Si	No	
Diagnóstico de enfermedad CV	Si	1	1	2
	No	7	36	43
Total		8	37	45

Tabla 29 Diagnóstico de enfermedad CV * Consumidor de Alcohol (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,487 ^a	1	,223		
Corrección de continuidad	,075	1	,785		
Razón de verosimilitud	1,141	1	,285		
Prueba exacta de Fisher				,327	,327
Asociación lineal por lineal	1,454	1	,228		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,36.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 28 y 29

- En esta tabla cruzada, se compara el diagnóstico de enfermedad cardiovascular (CV) con el consumo de alcohol.
- Se observa que de las 2 personas con diagnóstico de enfermedad CV, 1 es consumidora de alcohol y 1 no lo es.
- De las 43 personas sin enfermedad CV, 7 son consumidoras de alcohol y 36 no lo son.
- El valor de chi-cuadrado (1.487) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que indica que no hay una asociación clara entre el consumo de alcohol y el diagnóstico de enfermedad CV en esta población.

Tabla 30 Antecedentes de Cáncer * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Consumidor de Alcohol		Total
		Si	No	
Antecedentes de Cáncer	Si	0	2	2
	No	8	35	43
Total		8	37	45

Tabla 31 Antecedentes de Cáncer * Consumidor de Alcohol (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,453 ^a	1	,501		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,803	1	,370		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,673
Asociación lineal por lineal	,442	1	,506		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,36.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 30 y 31

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de cáncer con el consumo de alcohol.
- Se observa que, de las 2 personas con antecedentes de cáncer, ninguna es consumidora de alcohol, mientras que 8 de las 43 personas sin antecedentes de cáncer son consumidoras de alcohol.
- El valor de chi-cuadrado (0.453) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre el consumo de alcohol y los antecedentes de cáncer en esta población.

Tabla 32 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Consumidor de Alcohol		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica	Si	1	6	7
	No	7	31	38
Total		8	37	45

Tabla 33 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Consumidor de Alcohol (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,069 ^a	1	,793		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,072	1	,788		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,637
Asociación lineal por lineal	,068	1	,795		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,24.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 32 y 33

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad respiratoria crónica con el consumo de alcohol.
- Se observa que, de las 7 personas con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, 1 es consumidora de alcohol y 6 no lo son.
- De las 38 personas sin antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, 7 son consumidoras de alcohol y 31 no lo son.
- El valor de chi-cuadrado (0.069) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre el consumo de alcohol y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta población.

Tabla 34 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Consumidor de Alcohol		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedad Metabólica	Si	2	1	3
	No	6	36	42
Total		8	37	45

Tabla 35 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Consumidor de Alcohol (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,256 ^a	1	,022		
Corrección de continuidad	2,283	1	,131		
Razón de verosimilitud	3,852	1	,050		
Prueba exacta de Fisher				,077	,077
Asociación lineal por lineal	5,139	1	,023		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 34 y 35

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad metabólica con el consumo de alcohol.
- Se observa que, de las 3 personas con antecedentes de enfermedad metabólica, 2 son consumidoras de alcohol y 1 no lo es.
- De las 42 personas sin antecedentes de enfermedad metabólica, 6 son consumidoras de alcohol y 36 no lo son.
- El valor de chi-cuadrado (5.256) es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere una asociación entre el consumo de alcohol y los antecedentes de enfermedad metabólica en esta población.

Tabla 36 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Consumidor de Alcohol		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica	Si	0	3	3
	No	8	34	42
Total		8	37	45

Tabla 37 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Consumidor de Alcohol (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,695 ^a	1	,404		
Corrección de continuidad	,003	1	,958		
Razón de verosimilitud	1,220	1	,269		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,548
Asociación lineal por lineal	,680	1	,410		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 36 y 37

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad renal crónica con el consumo de alcohol.
- Se observa que, de las 3 personas con antecedentes de enfermedad renal crónica, ninguna es consumidora de alcohol, mientras que 8 de las 42 personas sin antecedentes de enfermedad renal crónica son consumidoras de alcohol.
- El valor de chi-cuadrado (0.695) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre el consumo de alcohol y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta población.

Tabla 38 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Consumidor de Alcohol (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Consumidor de Alcohol		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo	Si	2	6	8
	No	6	31	37
Total		8	37	45

Tabla 39 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Consumidor de Alcohol (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asin- tótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,347 ^a	1	,556		
Corrección de continuidad	,006	1	,937		
Razón de verosimilitud	,324	1	,569		
Prueba exacta de Fisher				,618	,439
Asociación lineal por lineal	,339	1	,560		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,42.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 38 y 39

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedades del sistema digestivo con el consumo de alcohol.
- Se observa que, de las 8 personas con antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, 2 son consumidoras de alcohol y 6 no lo son.
- De las 37 personas sin antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, 6 son consumidoras de alcohol y 31 no lo son.
- El valor de chi-cuadrado (0.347) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre el consumo de alcohol y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta población.
-

Asociación entre el Factor “Actividad Física y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 40 RESUMEN ACTIVIDAD FISICA VS ECNT

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Diagnóstico de enfermedad CV * actividad física	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Cáncer * actividad física	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * actividad física	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Metabólica * actividad física	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * actividad física	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * actividad física	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

Tabla 41 Diagnóstico de enfermedad CV * actividad física (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		actividad física			Total
		Sedentario	Activo	Moderadamente Activo	
Diagnóstico de enfermedad CV	Si	0	1	1	2
	No	14	21	8	43
Total		14	22	9	45

Tabla 42 Diagnóstico de enfermedad CV * actividad física (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,594 ^a	2	,451
Razón de verosimilitud	1,949	2	,377
Asociación lineal por lineal	1,532	1	,216
N de casos válidos	45		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

Interpretación tabla 41 y 42

- En esta tabla cruzada, se compara el diagnóstico de enfermedad cardiovascular (CV) con tres niveles de actividad física: sedentario, activo y moderadamente activo.
- Se observa que no hay personas con diagnóstico de enfermedad CV en el grupo "Sedentario" ni en el grupo "Moderadamente Activo". Un paciente con diagnóstico de enfermedad CV es "Activo".
- El valor de chi-cuadrado (1.594) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la actividad física y el diagnóstico de enfermedad CV en esta población.

Tabla 43 Antecedentes de Cáncer * actividad física (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		actividad física			Total
		Sedentario	Activo	Moderadamente Activo	
Antecedentes de Cáncer	Si	2	0	0	2
	No	12	22	9	43
Total		14	22	9	45

Tabla 44 Antecedentes de Cáncer * actividad física (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,635 ^a	2	,099
Razón de verosimilitud	4,881	2	,087
Asociación lineal por lineal	3,242	1	,072
N de casos válidos	45		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

Interpretación tabla 43 y 44

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de cáncer con los niveles de actividad física.
- Se observa que no hay personas con antecedentes de cáncer en el grupo "Activo" ni en el grupo "Moderadamente Activo". Dos pacientes con antecedentes de cáncer son "Sedentarios".
- El valor de chi-cuadrado (4.635) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la actividad física y los antecedentes de cáncer en esta población.

Tabla 45 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * actividad física (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		actividad física			Total
		Sedentario	Activo	Moderadamente Activo	
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica	Si	3	2	2	7
	No	11	20	7	38
Total		14	22	9	45

Tabla 46 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * actividad física (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,372 ^a	2	,504
Razón de verosimilitud	1,413	2	,493
Asociación lineal por lineal	,016	1	,898
N de casos válidos	45		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,40.

Interpretación tabla 45 y 46

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad respiratoria crónica con los niveles de actividad física.
- Se observa que hay una persona con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en el grupo "Sedentario", dos en el grupo "Activo" y dos en el grupo "Moderadamente Activo".
- El valor de chi-cuadrado (1.372) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la actividad física y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta población.

Tabla 47 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * actividad física (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		actividad física			Total
		Sedentario	Activo	Moderadamente Activo	
Antecedentes de Enfermedad Metabólica	Si	1	1	1	3
	No	13	21	8	42
Total		14	22	9	45

Tabla 48 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * actividad física (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,450 ^a	2	,799
Razón de verosimilitud	,424	2	,809
Asociación lineal por lineal	,078	1	,780
N de casos válidos	45		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

Interpretación tabla 47 y 48

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad metabólica con los niveles de actividad física.
- Se observa que hay una persona con antecedentes de enfermedad metabólica en cada uno de los grupos "Sedentario", "Activo" y "Moderadamente Activo".
- El valor de chi-cuadrado (0.450) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la actividad física y los antecedentes de enfermedad metabólica en esta población.

Tabla 49 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * actividad física (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		actividad física			Total
		Sedentario	Activo	Moderadamente Activo	
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica	Si	2	1	0	3
	No	12	21	9	42
Total		14	22	9	45

Tabla 50 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * actividad física (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,108 ^a	2	,349
Razón de verosimilitud	2,425	2	,298
Asociación lineal por lineal	1,945	1	,163
N de casos válidos	45		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,60.

Interpretación tabla 49 y 50

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad renal crónica con los niveles de actividad física.
- Se observa que hay dos personas con antecedentes de enfermedad renal crónica en el grupo "Sedentario", una en el grupo "Activo" y ninguna en el grupo "Moderadamente Activo".
- El valor de chi-cuadrado (2.108) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la actividad física y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta población.

Tabla 51 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * actividad física (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		actividad física			Total
		Sedentario	Activo	Moderadamente Activo	
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo	Si	4	3	1	8
	No	10	19	8	37
Total		14	22	9	45

Tabla 52 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * actividad física (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,648 ^a	2	,439
Razón de verosimilitud	1,565	2	,457
Asociación lineal por lineal	1,328	1	,249
N de casos válidos	45		

a. 3 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,60.

Interpretación tabla 51 y 52

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedades del sistema digestivo con los niveles de actividad física.
- Se observa que hay una persona con antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en el grupo "Sedentario", tres en el grupo "Activo" y una en el grupo "Moderadamente Activo".
- El valor de chi-cuadrado (1.648) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la actividad física y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta población.

•

Asociación entre el Factor “Dieta Habitual y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 53 RESUMEN DIETA HABITUAL VS ECNT

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Diagnóstico de enfermedad CV * Dieta habitual	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Cáncer * Dieta habitual	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Dieta habitual	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Dieta habitual	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Dieta habitual	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Dieta habitual	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

Tabla 54 Diagnóstico de enfermedad CV * Dieta habitual (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Dieta habitual		Total
		Saludable	Poco Saludable	
Diagnóstico de enfermedad CV	Si	1	1	2
	No	16	27	43
Total		17	28	45

Tabla 55 Diagnóstico de enfermedad CV * Dieta habitual (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,133 ^a	1	,715		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,129	1	,719		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,618
Asociación lineal por lineal	,130	1	,718		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,76.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 54 y 55

- En esta tabla cruzada, se compara el diagnóstico de enfermedad cardiovascular (CV) con dos categorías de dieta: saludable y poco saludable.
- Se observa que hay una persona con diagnóstico de enfermedad CV en cada una de las categorías de dieta.

- El valor de chi-cuadrado (0.133) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la dieta habitual y el diagnóstico de enfermedad CV en esta población.

Tabla 56 Antecedentes de Cáncer * Dieta habitual (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Dieta habitual		Total
		Saludable	Poco Saludable	
Antecedentes de Cáncer	Si	0	2	2
	No	17	26	43
Total		17	28	45

Tabla 57 Antecedentes de Cáncer * Dieta habitual (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,271 ^a	1	,260		
Corrección de continuidad	,145	1	,703		
Razón de verosimilitud	1,954	1	,162		
Prueba exacta de Fisher				,519	,382
Asociación lineal por lineal	1,243	1	,265		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,76.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 56 y 57

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de cáncer con las categorías de dieta: saludable y poco saludable.
- Se observa que hay dos personas con antecedentes de cáncer en la categoría de dieta "Poco Saludable" y ninguna en la categoría "Saludable".

- El valor de chi-cuadrado (1.271) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la dieta habitual y los antecedentes de cáncer en esta población.

Tabla 58 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Dieta habitual (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Dieta habitual		Total
		Saludable	Poco Saludable	
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica	Si	3	4	7
	No	14	24	38
Total		17	28	45

Tabla 59 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Dieta habitual (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,091 ^a	1	,763		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,090	1	,764		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,538
Asociación lineal por lineal	,089	1	,766		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,64.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 58 y 59

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad respiratoria crónica con las categorías de dieta: saludable y poco saludable.
- Se observa que hay tres personas con antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en la categoría de dieta "Saludable" y cuatro en la categoría "Poco Saludable".

- El valor de chi-cuadrado (0.091) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la dieta habitual y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta población.

Tabla 60 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Dieta habitual (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Dieta habitual		Total
		Saludable	Poco Saludable	
Antecedentes de Enfermedad Metabólica	Si	2	1	3
	No	15	27	42
Total		17	28	45

Tabla 61 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Dieta habitual (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,141 ^a	1	,285		
Corrección de continuidad	,204	1	,651		
Razón de verosimilitud	1,100	1	,294		
Prueba exacta de Fisher				,547	,316
Asociación lineal por lineal	1,116	1	,291		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 60 y 61

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad metabólica con las categorías de dieta: saludable y poco saludable.
- Se observa que hay una persona con antecedentes de enfermedad metabólica en la categoría de dieta "Saludable" y dos en la categoría "Poco Saludable".

- El valor de chi-cuadrado (1.141) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la dieta habitual y los antecedentes de enfermedad metabólica en esta población.

Tabla 62 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Dieta habitual (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Dieta habitual		Total
		Saludable	Poco Saludable	
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica	Si	1	2	3
	No	16	26	42
Total		17	28	45

Tabla 63 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Dieta habitual (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,027 ^a	1	,869		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,027	1	,868		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,684
Asociación lineal por lineal	,026	1	,871		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 62 y 63

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad renal crónica con las categorías de dieta: saludable y poco saludable.
- Se observa que hay tres personas con antecedentes de enfermedad renal crónica en la categoría de dieta "Saludable" y dos en la categoría "Poco Saludable".

- El valor de chi-cuadrado (0.027) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la dieta habitual y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta población.

Tabla 64 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Dieta habitual (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Dieta habitual		Total
		Saludable	Poco Saludable	
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo	Si	2	6	8
	No	15	22	37
Total		17	28	45

Tabla 65 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Dieta habitual (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,676 ^a	1	,411		
Corrección de continuidad	,176	1	,675		
Razón de verosimilitud	,709	1	,400		
Prueba exacta de Fisher				,690	,345
Asociación lineal por lineal	,661	1	,416		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,02.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 64 y 65

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedades del sistema digestivo con las categorías de dieta: saludable y poco saludable.
- Se observa que hay ocho personas con antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en la categoría de dieta "Saludable" y seis en la categoría "Poco Saludable".

- El valor de chi-cuadrado (0.676) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la dieta habitual y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta población.

Asociación entre el Factor “IMC y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 66 RESUMEN IMC VS ECNT

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Diagnóstico de enfermedad CV * IMC	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Cáncer * IMC	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * IMC	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Metabólica * IMC	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * IMC	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * IMC	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

Tabla 67 Diagnóstico de enfermedad CV * IMC (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		IMC					Total
		Bajo Peso: IMC <18.5	Peso Normal: 18.5 - 24.9	Sobrepeso: 25 - 29.9	Obesidad Grado 1: 30 - 34.9	Obesidad Grado 3: >40	
Diagnóstico de enfermedad CV	Si	0	2	0	0	0	2
	No	5	22	13	2	1	43
Total		5	24	13	2	1	45

Tabla 68 Diagnóstico de enfermedad CV * IMC (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,831 ^a	4	,767
Razón de verosimilitud	2,596	4	,628
Asociación lineal por lineal	,321	1	,571
N de casos válidos	45		

a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Interpretación tabla 67 y 68

- En esta tabla cruzada, se compara el diagnóstico de enfermedad cardiovascular (CV) con diferentes categorías de IMC, que incluyen Bajo Peso, Peso Normal, Sobrepeso, Obesidad Grado 1 y Obesidad Grado 3.
- Se observa que la mayoría de las personas con diagnóstico de enfermedad CV tienen un IMC en la categoría de Peso Normal (22 de 45 casos).
- El valor de chi-cuadrado (1.831) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre el IMC y el diagnóstico de enfermedad CV en esta población.

Tabla 69 Antecedentes de Cáncer * IMC (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		IMC					Total
		Bajo Peso: IMC <18.5	Peso Normal: 18.5 - 24.9	Sobrepeso: 25 - 29.9	Obesidad Grado 1: 30 - 34.9	Obesidad Grado 3: >40	
Antecedentes de Cáncer	Si	2	0	0	0	0	2
	No	3	24	13	2	1	43
Total		5	24	13	2	1	45

Tabla 70 Antecedentes de Cáncer * IMC (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,744 ^a	4	,002
Razón de verosimilitud	9,634	4	,047
Asociación lineal por lineal	4,660	1	,031
N de casos válidos	45		

a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Interpretación tabla 69 y 70

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de cáncer con diferentes categorías de IMC, similar a la tabla anterior.
- Se observa que la mayoría de las personas con antecedentes de cáncer tienen un IMC en la categoría de Peso Normal (24 de 45 casos).
- El valor de chi-cuadrado (16.744) es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que hay una asociación significativa entre el IMC y los antecedentes de cáncer en esta población. Las personas con IMC normal parecen tener menos antecedentes de cáncer en comparación con otras categorías de IMC.

Tabla 71 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * IMC (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		IMC					Total
		Bajo Peso: IMC <18.5	Peso Normal: 18.5 - 24.9	Sobrepeso: 25 - 29.9	Obesidad Grado 1: 30 - 34.9	Obesidad Grado 3: >40	
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica	Si	2	4	1	0	0	7
	No	3	20	12	2	1	38
Total		5	24	13	2	1	45

Tabla 72 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * IMC (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,462 ^a	4	,484
Razón de verosimilitud	3,492	4	,479
Asociación lineal por lineal	2,495	1	,114
N de casos válidos	45		

a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

Interpretación tabla 71 y 72

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad respiratoria crónica con diferentes categorías de IMC.
- No se observa una asociación clara entre el IMC y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta población, ya que el valor de chi-cuadrado (3.462) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Tabla 73 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * IMC (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		IMC					Total
		Bajo Peso: IMC <18.5	Peso Normal: 18.5 - 24.9	Sobrepeso: 25 - 29.9	Obesidad Grado 1: 30 - 34.9	Obesidad Grado 3: >40	
Antecedentes de Enfer- medad Metabólica	Si	1	1	1	0	0	3
	No	4	23	12	2	1	42
Total		5	24	13	2	1	45

Tabla 74 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * IMC (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,906 ^a	4	,753
Razón de verosimilitud	1,675	4	,795
Asociación lineal por lineal	,492	1	,483
N de casos válidos	45		

a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Interpretación tabla 73 y 74

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad metabólica con diferentes categorías de IMC.
- Al igual que en el caso anterior, no se observa una asociación significativa entre el IMC y los antecedentes de enfermedad metabólica, ya que el valor de chi-cuadrado (1.906) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Tabla 75 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * IMC (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		IMC					Total
		Bajo Peso: IMC <18.5	Peso Normal: 18.5 - 24.9	Sobrepeso: 25 - 29.9	Obesidad Grado 1: 30 - 34.9	Obesidad Grado 3: >40	
Antecedentes de Enfer- medad Renal Crónica	Si	3	0	0	0	0	3
	No	2	24	13	2	1	42
Total		5	24	13	2	1	45

Tabla 76 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * IMC (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,714 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	15,314	4	,004
Asociación lineal por lineal	7,157	1	,007
N de casos válidos	45		

a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Interpretación tabla 75 y 76

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad renal crónica con diferentes categorías de IMC.
- En este caso, el valor de chi-cuadrado (25.714) es altamente significativo a un nivel de significancia del 0.05. Esto sugiere una asociación significativa entre el IMC y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta población. Las personas con IMC normal tienen menos antecedentes de esta enfermedad en comparación con otras categorías de IMC.

Tabla 77 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * IMC (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		IMC					Total
		Bajo Peso: IMC <18.5	Peso Normal: 18.5 - 24.9	Sobrepeso: 25 - 29.9	Obesidad Grado 1: 30 - 34.9	Obesidad Grado 3: >40	
Antecedentes de Enfer- medades del Sistema Di- gestivo	Si	2	4	2	0	0	8
	No	3	20	11	2	1	37
Total		5	24	13	2	1	45

Tabla 78 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * IMC (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,409 ^a	4	,661
Razón de verosimilitud	2,601	4	,627
Asociación lineal por lineal	1,490	1	,222
N de casos válidos	45		

a. 8 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Interpretación tabla 77 y 78

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedades del sistema digestivo con diferentes categorías de IMC.
- No se observa una asociación significativa entre el IMC y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta población, ya que el valor de chi-cuadrado (2.409) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Asociación entre el Factor “Presión Arterial y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 79 RESUMEN PRESION ARTERIAL VS ECNT

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Diagnóstico de enfermedad CV * Presión Arterial	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Cáncer * Presión Arterial	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Presión Arterial	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Presión Arterial	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Presión Arterial	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Presión Arterial	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
---	----	--------	---	------	----	--------

Tabla 80 Diagnóstico de enfermedad CV * Presión Arterial (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Presión Arterial		Total
		Normal	Presión Baja	
Diagnóstico de enfermedad CV	Si	2	0	2
	No	42	1	43
Total		44	1	45

Tabla 81 Diagnóstico de enfermedad CV * Presión Arterial (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,048 ^a	1	,827		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,092	1	,762		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,956
Asociación lineal por lineal	,047	1	,829		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 80 y 81

- En esta tabla cruzada, se compara el diagnóstico de enfermedad cardiovascular (CV) con dos categorías de presión arterial: Normal y Presión Baja.
- La mayoría de las personas con diagnóstico de enfermedad CV tienen una presión arterial en la categoría Normal (42 de 45 casos).

- El valor de chi-cuadrado (0.048) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación clara entre la presión arterial y el diagnóstico de enfermedad CV en esta población.

Tabla 82 Antecedentes de Cáncer * Presión Arterial (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Presión Arterial		Total
		Normal	Presión Baja	
Antecedentes de Cáncer	Si	2	0	2
	No	42	1	43
Total		44	1	45

Tabla 83 Antecedentes de Cáncer * Presión Arterial (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,048 ^a	1	,827		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,092	1	,762		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,956
Asociación lineal por lineal	,047	1	,829		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 82 y 83

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de cáncer con dos categorías de presión arterial: Normal y Presión Baja.
- Al igual que en el caso anterior, el valor de chi-cuadrado (0.048) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que indica que no hay una asociación significativa entre la presión arterial y los antecedentes de cáncer en esta población.

Tabla 84 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Presión Arterial (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Presión Arterial		Total
		Normal	Presión Baja	
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica	Si	7	0	7
	No	37	1	38
Total		44	1	45

Tabla 85 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Presión Arterial (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,188 ^a	1	,664		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,342	1	,558		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,844
Asociación lineal por lineal	,184	1	,668		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 84 y 85

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad respiratoria crónica con las mismas dos categorías de presión arterial.
- No se observa una asociación significativa entre la presión arterial y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta población, ya que el valor de chi-cuadrado (0.188) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Tabla 86 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Presión Arterial (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Presión Arterial		Total
		Normal	Presión Baja	
Antecedentes de Enfermedad Metabólica	Si	3	0	3
	No	41	1	42
Total		44	1	45

Tabla 87 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Presión Arterial (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,073 ^a	1	,787		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,140	1	,709		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,933
Asociación lineal por lineal	,071	1	,789		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 86 y 87

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad metabólica con las mismas dos categorías de presión arterial.
- De manera similar a los casos anteriores, no se encuentra una asociación significativa entre la presión arterial y los antecedentes de enfermedad metabólica, ya que el valor de chi-cuadrado (0.073) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Tabla 88 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Presión Arterial (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Presión Arterial		Total
		Normal	Presión Baja	
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica	Si	2	1	3
	No	42	0	42
Total		44	1	45

Tabla 89 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Presión Arterial (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,318 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	3,086	1	,079		
Razón de verosimilitud	5,772	1	,016		
Prueba exacta de Fisher				,067	,067
Asociación lineal por lineal	14,000	1	,000		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 88 y 89

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad renal crónica con las mismas dos categorías de presión arterial.
- El valor de chi-cuadrado (14.318) es altamente significativo a un nivel de significancia del 0.05. Esto sugiere una asociación significativa entre la presión arterial y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta población. Las personas con presión arterial normal parecen tener menos antecedentes de esta enfermedad en comparación con aquellos con presión arterial baja.

Tabla 90 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Presión Arterial (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Presión Arterial		Total
		Normal	Presión Baja	
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo	Si	8	0	8
	No	36	1	37
Total		44	1	45

Tabla 91 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Presión Arterial (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,221 ^a	1	,638		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,396	1	,529		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,822
Asociación lineal por lineal	,216	1	,642		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 90 y 91

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedades del sistema digestivo con las mismas dos categorías de presión arterial.
- No se encuentra una asociación significativa entre la presión arterial y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta población, ya que el valor de chi-cuadrado (0.221) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Asociación entre el Factor “Antecedentes Familiares de ECNT y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 92 RESUMEN ANTECEDENTES FAMILIARES DE ECNT VS ECNT

Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Diagnóstico de enfermedad CV * Antecedentes Familiares de ECNT	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Cáncer * Antecedentes Familiares de ECNT	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Antecedentes Familiares de ECNT	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Antecedentes Familiares de ECNT	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Antecedentes Familiares de ECNT	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Antecedentes Familiares de ECNT	45	100,0%	0	0,0%	45	100,0%

Tabla 93 Diagnóstico de enfermedad CV * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes Familiares de ECNT		Total
		Si	No	
Diagnóstico de enfermedad CV	Si	2	0	2
	No	31	12	43
Total		33	12	45

Tabla 94 Diagnóstico de enfermedad CV * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,761 ^a	1	,383		
Corrección de continuidad	,003	1	,957		
Razón de verosimilitud	1,274	1	,259		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,533
Asociación lineal por lineal	,744	1	,388		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 93 y 94

- En esta tabla cruzada, se compara el diagnóstico de enfermedad cardiovascular (CV) con los antecedentes familiares de ECNT.
- Se observa que solo 2 de las 45 personas diagnosticadas con enfermedad cardiovascular tienen antecedentes familiares de ECNT.
- El valor de chi-cuadrado (0.761) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05, lo que sugiere que no hay una asociación significativa entre el diagnóstico de enfermedad CV y los antecedentes familiares de ECNT en esta población.

Tabla 95 Antecedentes de Cáncer * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes Familiares de ECNT		Total
		Si	No	
Antecedentes de Cáncer	Si	2	0	2
	No	31	12	43
Total		33	12	45

Tabla 96 Antecedentes de Cáncer * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,761 ^a	1	,383		
Corrección de continuidad	,003	1	,957		
Razón de verosimilitud	1,274	1	,259		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,533
Asociación lineal por lineal	,744	1	,388		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 95 y 96

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de cáncer con los antecedentes familiares de ECNT.
- Similar al caso anterior, no se encuentra una asociación significativa entre los antecedentes de cáncer y los antecedentes familiares de ECNT en esta población, ya que el valor de chi-cuadrado (0.761) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Tabla 97 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento		Antecedentes Familiares de ECNT		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica	Si	6	1	7
	No	27	11	38
Total		33	12	45

Tabla 98 Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,650 ^a	1	,420		
Corrección de continuidad	,116	1	,733		
Razón de verosimilitud	,723	1	,395		
Prueba exacta de Fisher				,655	,387
Asociación lineal por lineal	,635	1	,425		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,87.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 97 y 98

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad respiratoria crónica con los antecedentes familiares de ECNT.
- No se observa una asociación significativa entre los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica y los antecedentes familiares de ECNT en esta población, ya que el valor de chi-cuadrado (0.650) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Tabla 99 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento		Antecedentes Familiares de ECNT		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedad Metabólica	Si	3	0	3
	No	30	12	42
Total		33	12	45

Tabla 100 Antecedentes de Enfermedad Metabólica * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,169 ^a	1	,280		
Corrección de continuidad	,164	1	,685		
Razón de verosimilitud	1,938	1	,164		
Prueba exacta de Fisher				,553	,384
Asociación lineal por lineal	1,143	1	,285		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 99 y 100

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad metabólica con los antecedentes familiares de ECNT.
- Tampoco se encuentra una asociación significativa entre los antecedentes de enfermedad metabólica y los antecedentes familiares de ECNT en esta población, ya que el valor de chi-cuadrado (1.169) no es significativo a un nivel de significancia del 0.05.

Tabla 101 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento	Antecedentes Familiares de ECNT		Total	
	Si	No		
Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica	Si	3	0	3
	No	30	12	42
Total		33	12	45

Tabla 102 Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,169 ^a	1	,280		
Corrección de continuidad	,164	1	,685		
Razón de verosimilitud	1,938	1	,164		
Prueba exacta de Fisher				,553	,384
Asociación lineal por lineal	1,143	1	,285		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,80.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 101 y 102

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedad renal crónica con los antecedentes familiares de ECNT.
- El valor de chi-cuadrado (1.169) es significativo a un nivel de significancia del 0.05. Esto sugiere una asociación significativa entre los antecedentes de enfermedad renal crónica y los antecedentes familiares de ECNT en esta población.

Tabla 103 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Antecedentes Familiares de ECNT (Tabla Cruzada)

Recuento		Antecedentes Familiares de ECNT		Total
		Si	No	
Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo	Si	8	0	8
	No	25	12	37
Total		33	12	45

Tabla 104 Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo * Antecedentes Familiares de ECNT (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,538 ^a	1	,060		
Corrección de continuidad	2,074	1	,150		
Razón de verosimilitud	5,566	1	,018		
Prueba exacta de Fisher				,087	,064
Asociación lineal por lineal	3,459	1	,063		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,13.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 103 y 104

- En esta tabla cruzada, se compara la presencia de antecedentes de enfermedades del sistema digestivo con los antecedentes familiares de ECNT.
- El valor de chi-cuadrado (3.538) es significativo a un nivel de significancia del 0.05. Esto sugiere una asociación significativa entre los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo y los antecedentes familiares de ECNT en esta población.

3. Resultados del Objetivo 3: Determinar la prevalencia de hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable, entre los estudiantes universitarios de la UNIDES.

Tabla 105 Estadísticos Hábitos poco Saludables

		Estadísticos		
		Patrones de sueños adecuados	Tiempo de Uso de Aparatos Electrónicos	Consumes bebidas azucaradas
N	Válido	45	45	45
	Perdidos	0	0	0
Media		1,64	9,22	1,16
Error estándar de la media		,072	,696	,055
Mediana		2,00	8,00	1,00
Des. Desviación		,484	4,666	,367
Varianza		,234	21,768	,134
Mínimo		1	3	1

Máximo		2	24	2
--------	--	---	----	---

Tabla 106 Frecuencias Patrones de sueños adecuados

		Patrones de sueños adecuados			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	16	35,6	35,6	35,6
	No	29	64,4	64,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 106

- La media de patrones de sueños adecuados es 1.64, lo que sugiere que, en promedio, los estudiantes tienen un patrón de sueño que se inclina hacia la respuesta "Sí" en la escala utilizada.
- La mediana es 2, lo que indica que la mayoría de los estudiantes tienden a tener patrones de sueño adecuados según la escala.
- El porcentaje de estudiantes que informan tener patrones de sueños adecuados es del 35.6%, mientras que el 64.4% informa que no los tienen

Tabla 107 Frecuencias Tiempo de Uso de Aparatos Electrónicos

		Tiempo de Uso de Aparatos Electrónicos				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	3	2	4,4	4,4	4,4	
	4	2	4,4	4,4	8,9	
	5	6	13,3	13,3	22,2	
	6	4	8,9	8,9	31,1	
	7	2	4,4	4,4	35,6	
	8	9	20,0	20,0	55,6	
	9	2	4,4	4,4	60,0	
	10	7	15,6	15,6	75,6	
	12	3	6,7	6,7	82,2	
	14	1	2,2	2,2	84,4	
	15	5	11,1	11,1	95,6	
	24	2	4,4	4,4	100,0	
	Total		45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 107

- Los resultados muestran una variabilidad en el tiempo de uso de aparatos electrónicos entre los estudiantes. Los valores van desde 3 hasta 24 horas.
- La mayoría de los estudiantes parece utilizar dispositivos electrónicos durante un período de tiempo moderado, ya que las categorías más frecuentes son 8 horas (20%) y 10 horas (15.6%).
- Los estudiantes también informan tiempos de uso más bajos, como 3 horas (4.4%) y 4 horas (4.4%), así como tiempos más altos, como 15 horas (11.1%) y 24 horas (4.4%).

Tabla 108 Frecuencias Consumo de Bebidas Azucaradas

		Consumes bebidas azucaradas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	38	84,4	84,4	84,4
	No	7	15,6	15,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 108

- La mayoría de los estudiantes (84.4%) informa que sí consume bebidas azucaradas, mientras que el 15.6% declara que no las consume.
- Esto sugiere que un alto porcentaje de estudiantes universitarios en la UNIDES tienden a consumir bebidas azucaradas, lo que podría considerarse un hábito poco saludable desde el punto de vista nutricional.

4. Analizar las posibles diferencias en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según el género, la edad u otros factores sociodemográficos de los estudiantes universitarios de medicina.

En este punto analizaremos en profundidad cada uno de los factores sociodemográficos y los contrastaremos con las ECNT más prevalentes, que incluyen enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas respiratorias, enfermedades metabólicas, enfermedades renales y enfermedades del sistema digestivo.

Asociación entre el Factor “Genero y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 109 Genero * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Diagnóstico de enfermedad CV		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	0	8	8
	Femenino	2	35	37
Total		2	43	45

Tabla 110 Genero * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,453 ^a	1	,501		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,803	1	,370		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,673
Asociación lineal por lineal	,442	1	,506		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,36.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 109 y 110

- En esta tabla, se observa que no hay estudiantes masculinos con diagnóstico de enfermedad cardiovascular (CV), mientras que 2 estudiantes femeninas tienen este diagnóstico.
- La mayoría de los estudiantes (43 de 45) no tienen diagnóstico de enfermedad CV.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia significativa entre el género y el diagnóstico de enfermedad CV (valor de chi-cuadrado de Pearson = 0.453, p = 0.501).
- La asociación entre el género y el diagnóstico de enfermedad CV no es estadísticamente significativa.

Tabla 111 Genero * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Cáncer		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	0	8	8
	Femenino	2	35	37
Total		2	43	45

Tabla 112 Genero * Antecedentes de Cáncer (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,453 ^a	1	,501		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,803	1	,370		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,673
Asociación lineal por lineal	,442	1	,506		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,36.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 111 y 112

- En esta tabla, nuevamente se observa que no hay estudiantes masculinos con antecedentes de cáncer, mientras que 2 estudiantes femeninas tienen antecedentes de cáncer.
- La mayoría de los estudiantes (43 de 45) no tienen antecedentes de cáncer.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia significativa entre el género y los antecedentes de cáncer (valor de chi-cuadrado de Pearson = 0.453, $p = 0.501$).
- La asociación entre el género y los antecedentes de cáncer no es estadísticamente significativa.

Tabla 113 Genero * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	0	8	8
	Femenino	7	30	37
Total		7	38	45

Tabla 114 Genero * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,792 ^a	1	,181		
Corrección de continuidad	,641	1	,423		
Razón de verosimilitud	3,007	1	,083		
Prueba exacta de Fisher				,321	,227
Asociación lineal por lineal	1,752	1	,186		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,24.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 113 y 114

- En esta tabla, 7 estudiantes femeninas tienen antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, mientras que no se observa ningún caso entre los estudiantes masculinos.
- La mayoría de los estudiantes (38 de 45) no tienen antecedentes de enfermedad respiratoria crónica.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 1.792, con un valor p de 0.181, lo que indica que la diferencia entre el género y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica no es estadísticamente significativa.
- La asociación entre el género y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica no es estadísticamente significativa.

Tabla 115 Genero * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Metabólica		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	0	8	8
	Femenino	3	34	37
Total		3	42	45

Tabla 116 Genero * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,695 ^a	1	,404		
Corrección de continuidad	,003	1	,958		
Razón de verosimilitud	1,220	1	,269		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,548
Asociación lineal por lineal	,680	1	,410		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 115 y 116

- En esta tabla, 3 estudiantes femeninas tienen antecedentes de enfermedad metabólica, mientras que no se observa ningún caso entre los estudiantes masculinos.
- La mayoría de los estudiantes (42 de 45) no tienen antecedentes de enfermedad metabólica.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.695, con un valor p de 0.404, lo que indica que la diferencia entre el género y los antecedentes de enfermedad metabólica no es estadísticamente significativa.
- La asociación entre el género y los antecedentes de enfermedad metabólica no es estadísticamente significativa.

Tabla 117 Genero * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	0	8	8
	Femenino	3	34	37
Total		3	42	45

Tabla 118 Genero * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,695 ^a	1	,404		
Corrección de continuidad	,003	1	,958		
Razón de verosimilitud	1,220	1	,269		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,548
Asociación lineal por lineal	,680	1	,410		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 117 y 118

- En esta tabla, 3 estudiantes femeninas tienen antecedentes de enfermedad renal crónica, mientras que no se observa ningún caso entre los estudiantes masculinos.
- La mayoría de los estudiantes (42 de 45) no tienen antecedentes de enfermedad renal crónica.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.695, con un valor p de 0.404, lo que indica que la diferencia entre el género y los antecedentes de enfermedad renal crónica no es estadísticamente significativa.
- La asociación entre el género y los antecedentes de enfermedad renal crónica no es estadísticamente significativa.

Tabla 119 Genero * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo		Total
		Si	No	
Genero	Masculino	0	8	8
	Femenino	8	29	37
Total		8	37	45

Tabla 120 Genero * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,104 ^a	1	,147		
Corrección de continuidad	,885	1	,347		
Razón de verosimilitud	3,487	1	,062		
Prueba exacta de Fisher				,316	,179
Asociación lineal por lineal	2,057	1	,152		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,42.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 119 y 120

- En esta tabla, 8 estudiantes femeninas tienen antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, mientras que no se observa ningún caso entre los estudiantes masculinos.
- La mayoría de los estudiantes (37 de 45) no tienen antecedentes de enfermedades del sistema digestivo.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 2.104, con un valor p de 0.147, lo que indica que la diferencia entre el género y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo no es estadísticamente significativa, aunque se acerca al límite de significación.
- La asociación entre el género y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo no es estadísticamente significativa a menos que se utilice un nivel de significancia muy bajo

Asociación entre el Factor “Estado Civil y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 121 Estado Civil * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Diagnóstico de enfermedad CV		Total
		Si	No	
Estado Civil	Soltero (a)	2	42	44
	Casado (a)	0	1	1
Total		2	43	45

Tabla 122 Estado Civil * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,048 ^a	1	,827		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,092	1	,762		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,956
Asociación lineal por lineal	,047	1	,829		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 121 y 122

- En esta tabla, se observa la misma distribución de estudiantes por estado civil que en las tablas anteriores.
- De los estudiantes solteros, 2 tienen diagnóstico de enfermedad CV, mientras que el estudiante casado no tiene este diagnóstico.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.048, con un valor p de 0.827, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el estado civil y el diagnóstico de enfermedad CV.

- La asociación entre el estado civil y el diagnóstico de enfermedad CV no es estadísticamente significativa.

Tabla 123 Estado Civil * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Cáncer		Total
		Si	No	
Estado Civil	Soltero (a)	2	42	44
	Casado (a)	0	1	1
Total		2	43	45

Tabla 124 Estado Civil * Antecedentes de Cáncer (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,048 ^a	1	,827		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,092	1	,762		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,956
Asociación lineal por lineal	,047	1	,829		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 123 y 124

- En esta tabla, se observa que la mayoría de los estudiantes (44 de 45) son solteros y solo 1 estudiante está casado(a).
- De los estudiantes solteros, 2 tienen antecedentes de cáncer, mientras que el estudiante casado no tiene antecedentes de cáncer.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.048, con un valor p de 0.827, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el estado civil y los antecedentes de cáncer.
- La asociación entre el estado civil y los antecedentes de cáncer no es estadísticamente significativa.

Tabla 125 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica		Total
		Si	No	
Estado Civil	Soltero (a)	7	37	44
	Casado (a)	0	1	1
Total		7	38	45

Tabla 126 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,188 ^a	1	,664		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,342	1	,558		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,844
Asociación lineal por lineal	,184	1	,668		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 125 y 126

- En esta tabla, nuevamente se observa que la mayoría de los estudiantes (44 de 45) son solteros y solo 1 estudiante está casado(a).
- De los estudiantes solteros, 7 tienen antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, mientras que el estudiante casado no tiene antecedentes de esta enfermedad.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.188, con un valor p de 0.664, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el estado civil y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica.
- La asociación entre el estado civil y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica no es estadísticamente significativa.

Tabla 127 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Metabólica		Total
		Si	No	
Estado Civil	Soltero (a)	3	41	44
	Casado (a)	0	1	1
Total		3	42	45

Tabla 128 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,073 ^a	1	,787		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,140	1	,709		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,933
Asociación lineal por lineal	,071	1	,789		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 127 y 128

- En esta tabla, nuevamente se observa la misma distribución de estudiantes por estado civil que en las tablas anteriores.
- De los estudiantes solteros, 3 tienen antecedentes de enfermedad metabólica, mientras que el estudiante casado no tiene estos antecedentes.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.073, con un valor p de 0.787, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el estado civil y los antecedentes de enfermedad metabólica.
- La asociación entre el estado civil y los antecedentes de enfermedad metabólica no es estadísticamente significativa.

Tabla 129 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica		Total
		Si	No	
Estado Civil	Soltero (a)	3	41	44
	Casado (a)	0	1	1
Total		3	42	45

Tabla 130 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,073 ^a	1	,787		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,140	1	,709		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,933
Asociación lineal por lineal	,071	1	,789		
N de casos válidos	45				

a. 3 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 129 y 130

- En esta tabla, nuevamente se observa la misma distribución de estudiantes por estado civil que en las tablas anteriores.
- De los estudiantes solteros, 3 tienen antecedentes de enfermedad renal crónica, mientras que el estudiante casado no tiene estos antecedentes.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.073, con un valor p de 0.787, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el estado civil y los antecedentes de enfermedad renal crónica.
- La asociación entre el estado civil y los antecedentes de enfermedad renal crónica no es estadísticamente significativa.

Tabla 131 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo		Total
		Si	No	
Estado Civil	Soltero (a)	8	36	44
	Casado (a)	0	1	1
Total		8	37	45

Tabla 132 Estado Civil * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,221 ^a	1	,638		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,396	1	,529		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,822
Asociación lineal por lineal	,216	1	,642		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 131 y 132

- En esta tabla, nuevamente se observa la misma distribución de estudiantes por estado civil que en las tablas anteriores.
- De los estudiantes solteros, 8 tienen antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, mientras que el estudiante casado no tiene estos antecedentes.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.221, con un valor p de 0.638, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre el estado civil y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo. La asociación entre el estado civil y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo no es estadísticamente significativa.

Asociación entre el Factor “Nivel Socioeconómico y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 133 Nivel Socioeconómico * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Diagnóstico de enfermedad CV		Total
		Si	No	
Nivel Socioeconómico	Bajo	0	3	3
	Medio	1	37	38
	Alto	1	3	4
Total		2	43	45

Tabla 134 Nivel Socioeconómico * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,413 ^a	2	,110
Razón de verosimilitud	2,617	2	,270
Asociación lineal por lineal	3,013	1	,083
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Interpretación tabla 133 y 134

- En esta tabla, se observa que la mayoría de los estudiantes se encuentra en el nivel socioeconómico medio (38 de 45), seguido por el nivel alto (4 de 45) y bajo (3 de 45).
- En cuanto al diagnóstico de enfermedad CV, solo 2 estudiantes en total tienen el diagnóstico (uno en nivel medio y otro en nivel alto).
- Las pruebas de chi-cuadrado indican que existe una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el diagnóstico de enfermedad CV, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 4.413 y un valor p de 0.110. Esto sugiere que hay una asociación entre el nivel socioeconómico y la presencia de enfermedades cardiovasculares en esta muestra de estudiantes.

Tabla 135 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Cáncer		Total
		Si	No	
Nivel Socioeconómico	Bajo	0	3	3
	Medio	2	36	38
	Alto	0	4	4
Total		2	43	45

Tabla 136 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Cáncer (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,386 ^a	2	,825
Razón de verosimilitud	,693	2	,707
Asociación lineal por lineal	,007	1	,936
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,13.

Interpretación tabla 135 y 136

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes se encuentra en el nivel socioeconómico medio (38 de 45), seguido por el nivel alto (4 de 45) y bajo (3 de 45).
- En cuanto a los antecedentes de cáncer, 2 estudiantes en total tienen estos antecedentes, y ambos pertenecen al nivel socioeconómico medio.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de cáncer, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.386 y un valor p de 0.825. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de cáncer en esta muestra.

Tabla 137 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica		Total
		Si	No	
Nivel Socioeconómico	Bajo	0	3	3
	Medio	4	34	38
	Alto	3	1	4
Total		7	38	45

Tabla 138 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,045 ^a	2	,002
Razón de verosimilitud	8,828	2	,012
Asociación lineal por lineal	8,631	1	,003
N de casos válidos	45		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,47.

Interpretación tabla 137 y 138

- En esta tabla, se observa que la mayoría de los estudiantes se encuentra en el nivel socioeconómico medio (38 de 45), seguido por el nivel alto (4 de 45) y bajo (3 de 45).
- Los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica están presentes en un total de 7 estudiantes, con la mayoría de ellos pertenecientes al nivel socioeconómico medio (4 estudiantes).
- Las pruebas de chi-cuadrado indican una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 12.045 y un valor p de 0.002. Esto sugiere que existe una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y la presencia de enfermedades respiratorias crónicas en esta muestra.

Tabla 139 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzado)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Metabólica		Total
		Si	No	
Nivel Socioeconómico	Bajo	0	3	3
	Medio	2	36	38
	Alto	1	3	4
Total		3	42	45

Tabla 140 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,495 ^a	2	,287
Razón de verosimilitud	1,874	2	,392
Asociación lineal por lineal	1,962	1	,161
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Interpretación tabla 139 y 140

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes se encuentra en el nivel socioeconómico medio (38 de 45), seguido por el nivel alto (4 de 45) y bajo (3 de 45).
- Los antecedentes de enfermedad metabólica están presentes en un total de 3 estudiantes, con la mayoría de ellos pertenecientes al nivel socioeconómico medio (2 estudiantes).
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de enfermedad metabólica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 2.495 y un valor p de 0.287. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de enfermedad metabólica en esta muestra.

Tabla 141 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica		Total
		Si	No	
Nivel Socioeconómico	Bajo	0	3	3
	Medio	3	35	38
	Alto	0	4	4
Total		3	42	45

Tabla 142 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,592 ^a	2	,744
Razón de verosimilitud	1,053	2	,591
Asociación lineal por lineal	,010	1	,920
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

Interpretación tabla 141 y 142

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes se encuentra en el nivel socioeconómico medio (38 de 45), seguido por el nivel alto (4 de 45) y bajo (3 de 45).
- Los antecedentes de enfermedad renal crónica están presentes en un total de 3 estudiantes, con la mayoría de ellos pertenecientes al nivel socioeconómico medio (3 estudiantes).
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de enfermedad renal crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.592 y un valor p de 0.744. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta muestra.

Tabla 143 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo		Total
		Si	No	
Nivel Socioeconómico	Bajo	0	3	3
	Medio	6	32	38
	Alto	2	2	4
Total		8	37	45

Tabla 144 Nivel Socioeconómico * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,593 ^a	2	,166
Razón de verosimilitud	3,427	2	,180
Asociación lineal por lineal	3,183	1	,074
N de casos válidos	45		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,53.

Interpretación tabla 143 y 144

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes se encuentra en el nivel socioeconómico medio (38 de 45), seguido por el nivel alto (4 de 45) y bajo (3 de 45).
- Los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo están presentes en un total de 8 estudiantes, con la mayoría de ellos pertenecientes al nivel socioeconómico medio (6 estudiantes).
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 3.593 y un valor p de 0.166. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta muestra.

Asociación entre el Factor “Residencia y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 145 Residencia * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Diagnóstico de enfermedad CV		Total
		Si	No	
Residencia	Ciudad	2	40	42
	Pueblo	0	2	2
	Rural	0	1	1
Total		2	43	45

Tabla 146 Residencia * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,150 ^a	2	,928
Razón de verosimilitud	,283	2	,868
Asociación lineal por lineal	,129	1	,720
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Interpretación tabla 145 y 146

- En esta tabla, se observa que la mayoría de los estudiantes residen en la ciudad (42 de 45), con solo 2 estudiantes en la categoría "Pueblo" y 1 en la categoría "Rural".
- En cuanto al diagnóstico de enfermedad CV, solo 2 estudiantes en total tienen el diagnóstico, y ambos pertenecen a la categoría de "Ciudad".
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la residencia y el diagnóstico de enfermedad CV, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.150 y un valor p de 0.928. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la residencia y la presencia de enfermedades cardiovasculares en esta muestra.

Tabla 147 Residencia * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Cáncer		Total
		Si	No	
Residencia	Ciudad	2	40	42
	Pueblo	0	2	2
	Rural	0	1	1
Total		2	43	45

Tabla 148 Residencia * Antecedentes de Cáncer (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,150 ^a	2	,928
Razón de verosimilitud	,283	2	,868
Asociación lineal por lineal	,129	1	,720
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Interpretación tabla 147 y 148

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes residen en la ciudad (42 de 45), con 2 en la categoría "Pueblo" y 1 en la categoría "Rural".
- En cuanto a los antecedentes de cáncer, solo 2 estudiantes en total tienen estos antecedentes, y ambos pertenecen a la categoría de "Ciudad".
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la residencia y los antecedentes de cáncer, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.150 y un valor p de 0.928. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la residencia y los antecedentes de cáncer en esta muestra.

Tabla 149 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica		Total
		Si	No	
Residencia	Ciudad	7	35	42
	Pueblo	0	2	2
	Rural	0	1	1
Total		7	38	45

Tabla 150 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,592 ^a	2	,744
Razón de verosimilitud	1,053	2	,591
Asociación lineal por lineal	,511	1	,475
N de casos válidos	45		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

Interpretación tabla 149 y 150

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes residen en la ciudad (42 de 45), con 2 en la categoría "Pueblo" y 1 en la categoría "Rural".
- Los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica están presentes en un total de 7 estudiantes, con la mayoría de ellos pertenecientes a la categoría de "Ciudad" (7 estudiantes).
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la residencia y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.592 y un valor p de 0.744. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la residencia y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta muestra.

Tabla 151 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Metabólica		Total
		Si	No	
Residencia	Ciudad	3	39	42
	Pueblo	0	2	2
	Rural	0	1	1
Total		3	42	45

Tabla 152 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,230 ^a	2	,892
Razón de verosimilitud	,429	2	,807
Asociación lineal por lineal	,198	1	,656
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Interpretación tabla 151 y 152

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes residen en la ciudad (42 de 45), con 2 en la categoría "Pueblo" y 1 en la categoría "Rural".
- Los antecedentes de enfermedad metabólica están presentes en un total de 3 estudiantes, todos ellos pertenecientes a la categoría de "Ciudad".
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la residencia y los antecedentes de enfermedad metabólica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.230 y un valor p de 0.892. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la residencia y los antecedentes de enfermedad metabólica en esta muestra.

Tabla 153 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica		Total
		Si	No	
Residencia	Ciudad	3	39	42
	Pueblo	0	2	2
	Rural	0	1	1
Total		3	42	45

Tabla 154 Residencia * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,230 ^a	2	,892
Razón de verosimilitud	,429	2	,807
Asociación lineal por lineal	,198	1	,656
N de casos válidos	45		

a. 5 casillas (83,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Interpretación tabla 153 y 154

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes residen en la ciudad (42 de 45), con 2 en la categoría "Pueblo" y 1 en la categoría "Rural".
- Los antecedentes de enfermedad renal crónica están presentes en un total de 3 estudiantes, todos ellos pertenecientes a la categoría de "Ciudad".
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la residencia y los antecedentes de enfermedad renal crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.230 y un valor p de 0.892. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la residencia y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta muestra.

Tabla 155 Residencia * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo		Total
		Si	No	
Residencia	Ciudad	8	34	42
	Pueblo	0	2	2
	Rural	0	1	1
Total		8	37	45

Tabla 156 Residencia * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,695 ^a	2	,706
Razón de verosimilitud	1,220	2	,543
Asociación lineal por lineal	,599	1	,439
N de casos válidos	45		

a. 4 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Interpretación tabla 155 y 156

- En esta tabla, nuevamente, la mayoría de los estudiantes residen en la ciudad (42 de 45), con 2 en la categoría "Pueblo" y 1 en la categoría "Rural".
- Los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo están presentes en un total de 8 estudiantes, todos ellos pertenecientes a la categoría de "Ciudad".
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la residencia y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.695 y un valor p de 0.706. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la residencia y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta muestra.

Asociación entre el Factor “Etnicidad y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 157 Etnicidad * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento		Diagnóstico de enfermedad CV		Total
		Si	No	
Etnicidad	Mestizo	2	38	40
	Indígena	0	1	1
	Blanco	0	2	2
	Otro	0	2	2
Total		2	43	45

Tabla 158 Etnicidad * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,262 ^a	3	,967
Razón de verosimilitud	,483	3	,923
Asociación lineal por lineal	,222	1	,637
N de casos válidos	45		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Interpretación tabla 157 y 158

- En esta tabla, se observa la distribución de estudiantes según su etnicidad. La mayoría de los estudiantes son mestizos (40 de 45), mientras que hay un estudiante indígena, dos estudiantes blancos y dos de otra etnicidad.
- En cuanto al diagnóstico de enfermedad cardiovascular, solo 2 estudiantes en total tienen este diagnóstico, y ambos son mestizos.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la etnicidad y el diagnóstico de enfermedad CV, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.262 y un valor p de 0.967. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la etnicidad y la presencia de enfermedades cardiovasculares en esta muestra.

Tabla 159 Etnicidad * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Cáncer		Total
		Si	No	
Etnicidad	Mestizo	2	38	40
	Indígena	0	1	1
	Blanco	0	2	2
	Otro	0	2	2
Total		2	43	45

Tabla 160 Etnicidad * Antecedentes de Cáncer (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,262 ^a	3	,967
Razón de verosimilitud	,483	3	,923
Asociación lineal por lineal	,222	1	,637
N de casos válidos	45		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Interpretación tabla 159 y 160

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su etnicidad. La mayoría son mestizos (40 de 45), con un estudiante indígena, dos estudiantes blancos y dos de otra etnicidad.
- Respecto a los antecedentes de cáncer, solo 2 estudiantes en total tienen estos antecedentes, ambos pertenecen a la categoría de mestizo.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la etnicidad y los antecedentes de cáncer, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.262 y un valor p de 0.967. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la etnicidad y los antecedentes de cáncer en esta muestra.

Tabla 161 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica		Total
		Si	No	
Etnicidad	Mestizo	6	34	40
	Indígena	0	1	1
	Blanco	0	2	2
	Otro	1	1	2
Total		7	38	45

Tabla 162 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,368 ^a	3	,500
Razón de verosimilitud	2,311	3	,510
Asociación lineal por lineal	,449	1	,503
N de casos válidos	45		

a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

Interpretación tabla 161 y 162

- En esta tabla, se muestra la distribución de estudiantes según su etnicidad, donde la mayoría son mestizos (40 de 45). También hay un estudiante indígena, dos estudiantes blancos y dos de otra etnicidad.
- Los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica se encuentran en un total de 7 estudiantes, con la mayoría de ellos pertenecientes a la categoría de mestizo (6 estudiantes).
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la etnicidad y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 2.368 y un valor p de 0.500. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la etnicidad y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta muestra.

Tabla 163 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Metabólica		Total
		Si	No	
Etnicidad	Mestizo	2	38	40
	Indígena	0	1	1
	Blanco	1	1	2
	Otro	0	2	2
Total		3	42	45

Tabla 164 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,429 ^a	3	,093
Razón de verosimilitud	3,390	3	,335
Asociación lineal por lineal	1,366	1	,242
N de casos válidos	45		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Interpretación tabla 163 y 164

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su etnicidad, siendo la mayoría mestizos (40 de 45). También hay un estudiante indígena, dos estudiantes blancos y dos de otra etnicidad.
- Los antecedentes de enfermedad metabólica se encuentran en un total de 3 estudiantes, con 2 de ellos siendo mestizos y 1 blanco.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la etnicidad y los antecedentes de enfermedad metabólica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 6.429 y un valor p de 0.093. Esto sugiere una asociación potencial entre la etnicidad y los antecedentes de enfermedad metabólica en esta muestra, aunque la significancia no es muy alta.

Tabla 165 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica		Total
		Si	No	
Etnicidad	Mestizo	3	37	40
	Indígena	0	1	1
	Blanco	0	2	2
	Otro	0	2	2
Total		3	42	45

Tabla 166 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,402 ^a	3	,940
Razón de verosimilitud	,733	3	,865
Asociación lineal por lineal	,342	1	,559
N de casos válidos	45		

a. 7 casillas (87,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Interpretación tabla 165 y 166

- En esta tabla, se muestra la distribución de estudiantes según su etnicidad, donde la mayoría son mestizos (40 de 45). También hay un estudiante indígena, dos estudiantes blancos y dos de otra etnicidad.
- Los antecedentes de enfermedad renal crónica se encuentran en un total de 3 estudiantes, todos ellos mestizos.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la etnicidad y los antecedentes de enfermedad renal crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.402 y un valor p de 0.940. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la etnicidad y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta muestra.

Tabla 167 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo		Total
		Si	No	
Etnicidad	Mestizo	8	32	40
	Indígena	0	1	1
	Blanco	0	2	2
	Otro	0	2	2
Total		8	37	45

Tabla 168 Etnicidad * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,216 ^a	3	,749
Razón de verosimilitud	2,088	3	,554
Asociación lineal por lineal	1,034	1	,309
N de casos válidos	45		

a. 6 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Interpretación tabla 167 y 168

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su etnicidad, donde la mayoría son mestizos (40 de 45). También hay un estudiante indígena, dos estudiantes blancos y dos de otra etnicidad.
- Los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo se encuentran en un total de 8 estudiantes, todos ellos mestizos.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la etnicidad y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 1.216 y un valor p de 0.749. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la etnicidad y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta muestra.

Asociación entre el Factor “Otra Ocupación y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 169 Otra ocupación * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Diagnóstico de enfermedad CV		Total
		Si	No	
Otra ocupación	Solo Estudiante	1	38	39
	Además de Estudiar Trabaja	1	5	6
Total		2	43	45

Tabla 170 Otra ocupación * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,435 ^a	1	,119		
Corrección de continuidad	,247	1	,620		
Razón de verosimilitud	1,656	1	,198		
Prueba exacta de Fisher				,252	,252
Asociación lineal por lineal	2,381	1	,123		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 169 y 170

- En esta tabla, se observa la distribución de estudiantes según su ocupación. La mayoría de los estudiantes son solo estudiantes (39 de 45), mientras que 6 de ellos trabajan además de estudiar.
- Respecto al diagnóstico de enfermedad cardiovascular, 2 estudiantes en total tienen este diagnóstico, uno es solo estudiante y el otro trabaja además de estudiar.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la ocupación y el diagnóstico de enfermedad CV, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 2.435 y un valor p de 0.119. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la ocupación y la presencia de enfermedades cardiovasculares en esta muestra.

Tabla 171 Otra ocupación * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Cáncer		Total
		Si	No	
Otra ocupación	Solo Estudiante	2	37	39
	Además de Estudiar Trabaja	0	6	6
Total		2	43	45

Tabla 172 Otra ocupación * Antecedentes de Cáncer (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,322 ^a	1	,570		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,587	1	,444		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,748
Asociación lineal por lineal	,315	1	,575		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,27.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 171 y 172

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su ocupación. La mayoría son solo estudiantes (39 de 45), mientras que 6 de ellos trabajan además de estudiar.
- Respecto a los antecedentes de cáncer, solo 2 estudiantes en total tienen estos antecedentes, ambos son solo estudiantes.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la ocupación y los antecedentes de cáncer, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.322 y un valor p de 0.570. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la ocupación y los antecedentes de cáncer en esta muestra.

Tabla 173 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica		Total
		Si	No	
Otra ocupación	Solo Estudiante	6	33	39
	Además de Estudiar Trabaja	1	5	6
Total		7	38	45

Tabla 174 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,007 ^a	1	,936		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,006	1	,936		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,661
Asociación lineal por lineal	,006	1	,936		
N de casos válidos	45				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,93.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 173 y 174

- En esta tabla, se muestra la distribución de estudiantes según su ocupación, donde la mayoría son solo estudiantes (39 de 45). También hay 6 estudiantes que trabajan además de estudiar.
- Los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica se encuentran en un total de 7 estudiantes, con 6 de ellos siendo solo estudiantes y 1 trabajando además de estudiar.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la ocupación y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.007 y un valor p de 0.936. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la ocupación y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta muestra.

Tabla 175 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Metabólica		Total
		Si	No	
Otra ocupación	Solo Estudiante	2	37	39
	Además de Estudiar Trabaja	1	5	6
Total		3	42	45

Tabla 176 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,113 ^a	1	,292		
Corrección de continuidad	,031	1	,860		
Razón de verosimilitud	,860	1	,354		
Prueba exacta de Fisher				,356	,356
Asociación lineal por lineal	1,088	1	,297		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 175 y 176

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su ocupación, siendo la mayoría solo estudiantes (39 de 45) y 6 estudiantes que trabajan además de estudiar.
- Los antecedentes de enfermedad metabólica se encuentran en un total de 3 estudiantes, con 2 de ellos siendo solo estudiantes y 1 trabajando además de estudiar.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la ocupación y los antecedentes de enfermedad metabólica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 1.113 y un valor p de 0.292. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la ocupación y los antecedentes de enfermedad metabólica en esta muestra.

Tabla 177 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica		Total
		Si	No	
Otra ocupación	Solo Estudiante	3	36	39
	Además de Estudiar Trabaja	0	6	6
Total		3	42	45

Tabla 178 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,495 ^a	1	,482		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,891	1	,345		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,644
Asociación lineal por lineal	,484	1	,487		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 177 y 178

- En esta tabla, se muestra la distribución de estudiantes según su ocupación, donde la mayoría son solo estudiantes (39 de 45). También hay 6 estudiantes que trabajan además de estudiar.
- Los antecedentes de enfermedad renal crónica se encuentran en un total de 3 estudiantes, todos ellos siendo solo estudiantes.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la ocupación y los antecedentes de enfermedad renal crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.495 y un valor p de 0.482. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la ocupación y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta muestra.

Tabla 179 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo		Total
		Si	No	
Otra ocupación	Solo Estudiante	7	32	39
	Además de Estudiar Trabaja	1	5	6
Total		8	37	45

Tabla 180 Otra ocupación * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,006 ^a	1	,939		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,006	1	,939		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,714
Asociación lineal por lineal	,006	1	,940		
N de casos válidos	45				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,07.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Interpretación tabla 179 y 180

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su ocupación, donde la mayoría son solo estudiantes (39 de 45). También hay 6 estudiantes que trabajan además de estudiar.
- Los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo se encuentran en un total de 8 estudiantes, con 7 de ellos siendo solo estudiantes y 1 trabajando además de estudiar.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la ocupación y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 0.006 y un valor p de 0.939. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la ocupación y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo en esta muestra.

Asociación entre el Factor “Edad y las ECNT más Prevalentes”.

Tabla 181 Edad * Diagnostico de enfermedad CV (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Diagnóstico de enfermedad CV		Total
		Si	No	
Edad	15	0	1	1
	17	1	6	7
	18	1	7	8
	19	0	8	8
	20	0	2	2
	21	0	9	9
	22	0	4	4
	23	0	3	3
	24	0	1	1
	26	0	1	1
	31	0	1	1
Total		2	43	45

Tabla 182 Edad * Diagnostico de enfermedad CV (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,214 ^a	10	,937
Razón de verosimilitud	4,594	10	,917
Asociación lineal por lineal	1,546	1	,214
N de casos válidos	45		

a. 18 casillas (81,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Interpretación tabla 181 y 182

- En esta tabla, se muestra la distribución de estudiantes según su edad. Hay una variedad de edades representadas en la muestra, desde 15 hasta 31 años.
- En cuanto al diagnóstico de enfermedad cardiovascular, solo 2 estudiantes en total tienen este diagnóstico, independientemente de su edad.

- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la edad y el diagnóstico de enfermedad CV, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 4.214 y un valor p de 0.937. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la edad y el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares en esta muestra de estudiantes de medicina de UNIDES.

Tabla 183 Edad * Antecedentes de Cáncer (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Cáncer		Total
		Si	No	
Edad	15	0	1	1
	17	0	7	7
	18	0	8	8
	19	0	8	8
	20	0	2	2
	21	2	7	9
	22	0	4	4
	23	0	3	3
	24	0	1	1
	26	0	1	1
	31	0	1	1
Total		2	43	45

Tabla 184 Edad * Antecedentes de Cáncer (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,372 ^a	10	,593
Razón de verosimilitud	6,829	10	,741
Asociación lineal por lineal	,297	1	,586
N de casos válidos	45		

a. 18 casillas (81,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Interpretación tabla 183 y 184

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su edad. Al igual que en la tabla anterior, hay una variedad de edades representadas en la muestra.
- Respecto a los antecedentes de cáncer, solo 2 estudiantes en total tienen estos antecedentes, independientemente de su edad.
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la edad y los antecedentes de cáncer, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 8.372 y un valor p de 0.593. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la edad y los antecedentes de cáncer en esta muestra.

Tabla 185 Edad * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica		Total
		Si	No	
Edad	15	0	1	1
	17	1	6	7
	18	0	8	8
	19	2	6	8
	20	1	1	2
	21	2	7	9
	22	1	3	4
	23	0	3	3
	24	0	1	1
	26	0	1	1
	31	0	1	1
Total		7	38	45

Tabla 186 Edad * Antecedentes de Enfermedad Respiratoria crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,698 ^a	10	,840
Razón de verosimilitud	7,355	10	,692
Asociación lineal por lineal	,006	1	,938
N de casos válidos	45		

a. 18 casillas (81,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

Interpretación tabla 185 y 186

- En esta tabla, se muestra la distribución de estudiantes según su edad. Nuevamente, hay una variedad de edades representadas en la muestra.
- Los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica se encuentran en un total de 7 estudiantes. La mayoría de ellos están en el grupo de 21 años (2 estudiantes) y 19 años (2 estudiantes).
- Las pruebas de chi-cuadrado no muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 5.698 y un valor p de 0.840. Esto sugiere que no hay una asociación significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedad respiratoria crónica en esta muestra.

Tabla 187 Edad * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Metabólica		Total
		Si	No	
Edad	15	0	1	1
	17	1	6	7
	18	1	7	8
	19	0	8	8
	20	0	2	2
	21	0	9	9
	22	0	4	4
	23	0	3	3
	24	0	1	1
	26	1	0	1
	31	0	1	1
Total		3	42	45

Tabla 188 Edad * Antecedentes de Enfermedad Metabólica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,162 ^a	10	,071
Razón de verosimilitud	10,274	10	,417
Asociación lineal por lineal	,064	1	,800
N de casos válidos	45		

a. 18 casillas (81,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Interpretación tabla 187 y 188

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su edad, que varía desde 15 hasta 31 años.
- Los antecedentes de enfermedad metabólica se encuentran en un total de 3 estudiantes, con la mayoría en el grupo de 18 años (1 estudiante) y 21 años (2 estudiantes).
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedad metabólica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de

17.162 y un valor p de 0.071. Esto sugiere que podría haber una asociación significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedad metabólica, aunque el p-valor está cerca del umbral de significancia.

Tabla 189 Edad * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica		Total
		Si	No	
Edad	15	1	0	1
	17	0	7	7
	18	0	8	8
	19	0	8	8
	20	0	2	2
	21	2	7	9
	22	0	4	4
	23	0	3	3
	24	0	1	1
	26	0	1	1
	31	0	1	1
Total		3	42	45

Tabla 190 Edad * Antecedentes de Enfermedad Renal Crónica (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,000 ^a	10	,029
Razón de verosimilitud	12,509	10	,252
Asociación lineal por lineal	,349	1	,555
N de casos válidos	45		

a. 18 casillas (81,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,07.

Interpretación tabla 189 y 190

- En esta tabla, se muestra la distribución de estudiantes según su edad, con edades que varían desde 15 hasta 31 años.
- Los antecedentes de enfermedad renal crónica se encuentran en un total de 3 estudiantes, todos ellos distribuidos en diferentes grupos de edad.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedad renal crónica, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 20.000 y un valor p de 0.029. Esto sugiere que hay una asociación significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedad renal crónica en esta muestra.

Tabla 191 Edad * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Tabla Cruzada)

Tabla cruzada

Recuento

		Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo		Total
		Si	No	
Edad	15	0	1	1
	17	1	6	7
	18	2	6	8
	19	0	8	8
	20	2	0	2
	21	2	7	9
	22	0	4	4
	23	0	3	3
	24	0	1	1
	26	1	0	1
	31	0	1	1
Total		8	37	45

Tabla 192 Edad * Antecedentes de Enfermedades del Sistema Digestivo (Chi2)

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,232 ^a	10	,051
Razón de verosimilitud	17,847	10	,058
Asociación lineal por lineal	,045	1	,833
N de casos válidos	45		

a. 18 casillas (81,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

Interpretación tabla 191 y 192

- En esta tabla, se presenta la distribución de estudiantes según su edad, que varía desde 15 hasta 31 años.
- Los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo se encuentran en un total de 8 estudiantes, con una distribución variada en los grupos de edad.
- Las pruebas de chi-cuadrado muestran una diferencia estadísticamente significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, con un valor de chi-cuadrado de Pearson de 18.232 y un valor p de 0.051. Esto sugiere que podría haber una asociación significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedades del sistema digestivo, aunque el p-valor está cerca del umbral de significancia.

5. Explorar la percepción de los estudiantes universitarios de medicina sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT.

Tabla 193 RESUMEN ESTADISTICOS OBJETIVO 5

		Estadísticos							
		Como Percibes tu salud	conoces algo de las ECNT	actitud ante adopción de hábitos saludables	principales barreras para llevar un estilo de vida saludable	que motiva a cambiar tus comportamientos hacia hábitos más saludables	Tiempo de Uso de Aparatos Electrónicos	Patrones de sueños adecuados	Consumes bebidas azucaradas
N	Válido	45	45	45	45	45	45	45	45
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		1,87	2,13	1,22	3,42	2,98	9,22	1,64	1,16
Mediana		2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	8,00	2,00	1,00
Desviación		,505	,726	,420	2,545	2,624	4,666	,484	,367
Varianza		,255	,527	,177	6,477	6,886	21,768	,234	,134
Mínimo		1	1	1	1	1	3	1	1
Máximo		3	3	2	10	9	24	2	2

Tabla 194 Frecuencia Como Percibes tu Salud

		Como Percibes tu salud			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Buena	9	20,0	20,0	20,0
	Regular	33	73,3	73,3	93,3
	Mala	3	6,7	6,7	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 194

- El 73.3% de los estudiantes informó que su salud es "Regular", mientras que el 20% la percibe como "Buena" y el 6.7% como "Mala".
- Estos resultados sugieren que la mayoría de los estudiantes consideran su salud como "Regular", lo que podría indicar un área en la que podrían mejorar sus hábitos de salud.

Tabla 195 Frecuencia Conoces algo de las ECNT

		conoces algo de las ECNT			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	9	20,0	20,0	20,0
	Medio	21	46,7	46,7	66,7
	Alto	15	33,3	33,3	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 195

- El 46.7% de los estudiantes indicó tener un nivel "Medio" de conocimiento sobre las ECNT, mientras que el 33.3% tiene un nivel "Alto" y el 20% tiene un nivel "Bajo".
- Esto sugiere que la mayoría de los estudiantes tiene al menos un conocimiento moderado sobre las ECNT, lo que es relevante ya que están estudiando medicina.

Tabla 196 Frecuencia Actitud ante Adopción de Hábitos Saludables

		actitud ante adopción de hábitos saludables			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Positiva	35	77,8	77,8	77,8
	Neutral	10	22,2	22,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 196

- El 77.8% de los estudiantes tiene una actitud "Positiva" hacia la adopción de hábitos saludables, mientras que el 22.2% tiene una actitud "Neutral".
- Esto es alentador, ya que la mayoría de los estudiantes tienen una actitud positiva hacia la adopción de hábitos saludables.

Tabla 197 Frecuencia Principales Barreras para Llevar un Estilo de Vida Saludable

principales barreras para llevar un estilo de vida saludable

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Falta de tiempo para dedicar a actividades saludables	9	20,0	20,0	20,0
	Falta de motivación o voluntad para cambiar los hábitos actuales	18	40,0	40,0	60,0
	Dificultad para encontrar alimentos saludables o acceso limitado a ellos	3	6,7	6,7	66,7
	Influencia de factores sociales y culturales que promueven hábitos poco saludables	3	6,7	6,7	73,3
	Estrés y presiones diarias que dificultan adoptar un estilo de vida saludable	7	15,6	15,6	88,9
	Falta de apoyo o recursos para llevar a cabo cambios en el estilo de vida	1	2,2	2,2	91,1
	Costo elevado de alimentos saludables o actividades físicas	2	4,4	4,4	95,6
	Hábitos arraigados o dificultad para romper rutinas poco saludables.	2	4,4	4,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 197

- Las principales barreras reportadas por los estudiantes incluyen la "Falta de motivación o voluntad para cambiar los hábitos actuales" (40%) y la "Influencia de factores sociales y culturales que promueven hábitos poco saludables" (6.7%).
- Estos resultados destacan la importancia de abordar las barreras psicológicas y socioculturales para promover estilos de vida más saludables entre los estudiantes.

Tabla 198 Frecuencia que Motiva a Cambiar tus Comportamientos Hacia Hábitos más Saludables

que motiva a cambiar tus comportamientos hacia hábitos más saludables

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mejorar mi salud general y bienestar.	26	57,8	57,8	57,8
	Reducir el riesgo de enfermedades crónicas.	1	2,2	2,2	60,0
	Aumentar mi energía y vitalidad.	2	4,4	4,4	64,4
	Mantener un peso saludable.	2	4,4	4,4	68,9
	Mejorar mi apariencia física.	2	4,4	4,4	73,3
	Sentirme más seguro/a y con mayor autoestima.	6	13,3	13,3	86,7
	Mejorar mi calidad de vida en general.	3	6,7	6,7	93,3
	Sentirme más fuerte y en forma físicamente.	2	4,4	4,4	97,8
	Establecer un buen ejemplo para mis hijos o familiares.	1	2,2	2,2	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 198

- La motivación principal reportada por los estudiantes es "Mejorar la salud general y el bienestar" (57.8%), seguida de "Sentirse más seguro/a y con mayor autoestima" (13.3%).
- Estos resultados indican que los estudiantes están motivados por beneficios relacionados con la salud y el bienestar personal.

Tabla 199 Frecuencia Tiempo de Uso de Aparatos Electrónicos

		Tiempo de Uso de Aparatos Electrónicos				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	3	2	4,4	4,4	4,4	
	4	2	4,4	4,4	8,9	
	5	6	13,3	13,3	22,2	
	6	4	8,9	8,9	31,1	
	7	2	4,4	4,4	35,6	
	8	9	20,0	20,0	55,6	
	9	2	4,4	4,4	60,0	
	10	7	15,6	15,6	75,6	
	12	3	6,7	6,7	82,2	
	14	1	2,2	2,2	84,4	
	15	5	11,1	11,1	95,6	
	24	2	4,4	4,4	100,0	
	Total		45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 199

- Los estudiantes tienen una amplia variedad de tiempos de uso de aparatos electrónicos, desde 3 hasta 24 horas.
- Esto sugiere que el tiempo dedicado a dispositivos electrónicos varía ampliamente entre los estudiantes y podría tener un impacto en su salud y calidad de vida.

Tabla 200 Frecuencia Patrones de Sueños Adecuados

		Patrones de sueños adecuados			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	16	35,6	35,6	35,6
	No	29	64,4	64,4	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 200

- El 64.4% de los estudiantes informó que no tiene patrones de sueño adecuados, lo que podría indicar problemas de calidad del sueño en esta población.
- La falta de patrones de sueño adecuados puede estar relacionada con el tiempo dedicado a dispositivos electrónicos y otros factores.

Tabla 201 Frecuencias Consumes Bebidas Azucaradas

		Consumes bebidas azucaradas			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	38	84,4	84,4	84,4
	No	7	15,6	15,6	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Interpretación Tabla 201

- El 84.4% de los estudiantes informó que consume bebidas azucaradas, lo que podría ser un hábito poco saludable, ya que las bebidas azucaradas están asociadas con un mayor riesgo de ECNT.
- Esto sugiere la necesidad de concientizar sobre los riesgos del consumo de bebidas azucaradas y promover alternativas más saludables.

X. DISCUSIÓN

1. **Discusión del Objetivo 1: Evaluar la prevalencia de las ECNT más comunes, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, en los estudiantes de Medicina de UNIDES.**

En resumen, los resultados del Objetivo 1 dicen que en general, la prevalencia de las ECNT en los estudiantes de medicina de la UNIDES es baja. El 4.4% de los estudiantes tienen enfermedades cardiovasculares, el 11.1% tienen antecedentes de enfermedad respiratoria crónica, el 6.7% tienen antecedentes de enfermedad metabólica, el 2.2% tienen antecedentes de enfermedad renal crónica y el 13.3% tienen antecedentes de enfermedades del sistema digestivo.

Por tanto, los resultados en general son consistentes con la literatura internacional. Los estudios realizados en otros países han encontrado prevalencias similares o incluso más bajas para algunas ECNT.

Enfermedades cardiovasculares

En nuestro Estudio, el 4.4% de los estudiantes de medicina reportaron tener enfermedades cardiovasculares. Un estudio realizado en estudiantes de medicina en Chile encontró una prevalencia similar, del 4.7% (27). Otro estudio, realizado en estudiantes de medicina en Argentina, encontró una prevalencia más baja, del 2.6%. (28)

Enfermedades respiratorias crónicas

En nuestro Estudio, el 11.1% de los estudiantes de medicina reportaron tener antecedentes de enfermedad respiratoria crónica. Un estudio realizado en estudiantes de medicina en Colombia encontró una prevalencia similar, del 12.2% (29). Otro estudio, realizado en estudiantes de medicina en Arabia Saudita, encontró una prevalencia más alta, del 15.8% (30).

Enfermedad metabólica

En nuestro Estudio, el 6.7% de los estudiantes de medicina reportaron tener antecedentes de enfermedad metabólica. Un estudio realizado en estudiantes de medicina en México encontró una prevalencia similar, del 7.1% (31). Otro estudio, realizado en estudiantes de medicina en España, encontró una prevalencia más baja, del 5.4% (32).

Enfermedad renal crónica

En nuestro Estudio, el 2.2% de los estudiantes de medicina reportaron tener antecedentes de enfermedad renal crónica. Un estudio realizado en estudiantes de medicina en Brasil encontró una prevalencia similar, del 2.3% (33). Otro estudio, realizado en estudiantes de medicina en China, encontró una prevalencia más alta, del 3.5% (34).

Enfermedades del sistema digestivo

En nuestro Estudio, el 13.3% de los estudiantes de medicina reportaron tener antecedentes de enfermedades del sistema digestivo. Un estudio realizado en estudiantes de medicina en Perú encontró una prevalencia similar, del 14.3% (35). Otro estudio, realizado en estudiantes de medicina en Turquía, encontró una prevalencia más alta, del 18.5% (36).

Conclusiones

En general, los resultados del estudio de la UNIDES sobre la prevalencia de ECNT en estudiantes de medicina son consistentes con la literatura internacional. Los estudios realizados en otros países han encontrado prevalencias similares o incluso más bajas para algunas ECNT.

- 2. Discusión del Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población, incluyendo el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable.**

Los resultados del objetivo 2 de nuestro estudio coinciden con los hallazgos de la literatura internacional sobre los factores de riesgo de las ECNT.

Tabaquismo

En nuestro estudio se encontró una asociación significativa entre el hábito de fumar y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular, enfermedad metabólica y enfermedades del sistema digestivo. Los fumadores tenían un mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades, pero no se encontró una asociación clara con el cáncer o enfermedades respiratorias crónicas

Varios estudios han demostrado que el tabaquismo es un factor de riesgo importante para muchas ECNT, incluyendo la enfermedad cardiovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el cáncer de pulmón y el cáncer de boca, garganta, esófago, estómago, páncreas, riñón y vejiga.

Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Estados Unidos, que incluyó a más de 120,000 adultos, encontró que el tabaquismo aumentaba el riesgo de enfermedad cardiovascular en un 50%, el riesgo de EPOC en un 200% y el riesgo de cáncer de pulmón en un 22 veces. (37)

Consumo de alcohol

En nuestro estudio se asoció el consumo de alcohol con un mayor riesgo de enfermedad metabólica, pero no se encontró una asociación clara con otras ECNT, aunque se basa en una muestra pequeña.

El consumo de alcohol se ha relacionado con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, cáncer de hígado, cáncer de mama y cáncer de boca, garganta y esófago.

Un estudio de metaanálisis que evaluó la asociación entre el consumo de alcohol y el riesgo de enfermedad cardiovascular encontró que el consumo moderado de alcohol estaba asociado con un riesgo reducido de enfermedad cardiovascular, pero que el consumo excesivo de alcohol aumentaba el riesgo de enfermedad cardiovascular. (38)

Actividad física

No se encontró una asociación clara entre la actividad física y el riesgo de ECNT, aunque se reconoció que la actividad física tiene beneficios para la salud en general.

La actividad física regular se ha asociado con una reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, EPOC, diabetes tipo 2, cáncer de colon y cáncer de mama.

Un estudio de revisión sistemática encontró que la actividad física moderada a vigorosa reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular en un 30% y el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular en un 20%.

(39)

Dieta habitual

En nuestro estudio no se encontró una asociación clara entre la dieta habitual y el riesgo de ECNT, excepto una posible asociación con antecedentes de cáncer.

Una dieta saludable, que incluya frutas, verduras, cereales integrales, proteínas magras y grasas saludables, se ha asociado con una reducción del riesgo de muchas ECNT.

Un estudio de revisión sistemática encontró que una dieta saludable reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular en un 20% y el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular en un 15%. (40)

Las personas con IMC normal tenían menos antecedentes de estas enfermedades

El IMC es un indicador de la grasa corporal. Las personas con sobrepeso u obesidad tienen un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes tipo 2, EPOC, cáncer de mama y cáncer de colon.

Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Estados Unidos, que incluyó a más de 100,000 adultos, encontró que el IMC elevado aumentaba el riesgo de enfermedad cardiovascular en un 30%, el riesgo de diabetes tipo 2 en un 80% y el riesgo de cáncer de mama en un 20%. (41)

Presión arterial

En nuestro estudio no se encontró una asociación clara entre la presión arterial y la mayoría de las ECNT, excepto una asociación significativa entre la presión arterial y antecedentes de enfermedad renal crónica.

La presión arterial alta es un factor de riesgo importante para la enfermedad cardiovascular, el accidente cerebrovascular, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad renal crónica.

Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Estados Unidos, que incluyó a más de 100,000 adultos, encontró que la presión arterial alta aumentaba el riesgo de enfermedad cardiovascular en un 50%, el riesgo de accidente cerebrovascular en un 60% y el riesgo de insuficiencia cardíaca en un 30%. (42)

Antecedentes familiares de ECNT

En nuestro estudio no se encontró una asociación significativa entre los antecedentes familiares de ECNT y la mayoría de las ECNT, excepto una asociación con antecedentes de enfermedad renal crónica y enfermedades del sistema digestivo.

Los antecedentes familiares de ECNT pueden aumentar el riesgo de que una persona desarrolle una ECNT.

Un estudio de cohorte prospectivo realizado en Estados Unidos, que incluyó a más de 100,000 adultos, encontró que los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular aumentaban el riesgo de enfermedad cardiovascular en un 20%. (43)

3. Discusión del Objetivo 3: Determinar la prevalencia de hábitos poco saludables, como el consumo de tabaco, la actividad física insuficiente y una dieta poco saludable, entre los estudiantes universitarios de medicina de UNIDES.

Los resultados del objetivo 3 del estudio sobre los hábitos poco saludables de los estudiantes universitarios de la UNIDES coinciden con los hallazgos de la literatura internacional.

Consumo de bebidas azucaradas

En nuestro estudio el hábito poco saludable más prevalente es el consumo de bebidas azucaradas, con un 84.4% de los estudiantes que informan consumirlas.

Un estudio de 2022 realizado en 16 países europeos encontró que el consumo de bebidas azucaradas era elevado entre los estudiantes universitarios, con una media de 1,7 bebidas azucaradas al día. (44) Otro estudio, realizado en 2021 en Estados Unidos, encontró que el 72% de los estudiantes universitarios consumían bebidas azucaradas al menos una vez a la semana. (45)

Patrón de sueño inadecuado

En nuestro estudio se encontró que, con un patrón de sueño inadecuado, con el 64.4% de los estudiantes que informan no tener un patrón de sueño adecuado.

Un estudio de 2022 realizado en 13 países europeos encontró que el 60% de los estudiantes universitarios dormían menos de 7 horas por noche. (46) Otro estudio, realizado en 2021 en Estados Unidos, encontró que el 30% de los estudiantes universitarios dormían menos de 6 horas por noche. (47)

Uso excesivo de aparatos electrónicos

En nuestro estudio se encontró que el uso excesivo de aparatos electrónicos, con el 20% de los estudiantes que informan usar dispositivos electrónicos durante más de 10 horas al día.

Un estudio de 2022 realizado en 10 países europeos encontró que los estudiantes universitarios pasaban una media de 7 horas al día utilizando dispositivos electrónicos. (48) Otro estudio, realizado en 2021 en Estados Unidos, encontró que los estudiantes universitarios pasaban una media de 8 horas al día utilizando dispositivos electrónicos. (49)

4. Discusión del Objetivo 4: Analizar las posibles diferencias en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según el género, la edad u otros factores sociodemográficos de los estudiantes universitarios de medicina de UNIDES.

Los resultados de nuestro estudio realizado en estudiantes universitarios de Medicina de la UNIDES son consistentes con los hallazgos de estudios previos realizados en diferentes poblaciones.

Género y ECNT

En nuestro estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el género y el riesgo de ECNT en esta población, aunque hubo una ligera sugerencia de asociación en el caso de enfermedades del sistema digestivo. Se necesitan más estudios para confirmar esta posible asociación.

En general, los estudios han encontrado que el género no es un factor de riesgo importante para la mayoría de las ECNT. Un metaanálisis de 2019 que incluyó más de 200 estudios encontró que no había diferencias significativas en la prevalencia de ECNT entre hombres y mujeres (50). Sin embargo, algunos estudios han encontrado una asociación entre el género y el riesgo de ciertas ECNT, como la enfermedad cardiovascular, el cáncer de pulmón y la enfermedad de Alzheimer (51) (52) (53).

Estado civil y ECNT

En nuestro estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el riesgo de ECNT, aunque, nuevamente, hubo una ligera sugerencia de asociación en el caso de enfermedades del sistema digestivo.

La evidencia sobre la asociación entre el estado civil y el riesgo de ECNT es mixta. Algunos estudios han encontrado que las personas solteras, divorciadas o viudas tienen un mayor riesgo de desarrollar ECNT que las personas casadas (54) (55). Otros estudios no han encontrado esta asociación (56) (57).

Nivel socioeconómico y ECNT

En nuestro estudio se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y el diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica, indicando que las personas de nivel socioeconómico bajo pueden estar en mayor riesgo de desarrollar este tipo de enfermedades.

El nivel socioeconómico es un factor de riesgo importante para las ECNT. Los estudios han encontrado que las personas de nivel socioeconómico bajo tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer y otras ECNT (58)

Residencia y ECNT

En nuestro estudio no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la residencia y el riesgo de ECNT en esta población.

La evidencia sobre la asociación entre la residencia y el riesgo de ECNT es mixta. Algunos estudios han encontrado que las personas que viven en zonas rurales tienen un mayor riesgo de desarrollar ECNT que las personas que viven en zonas urbanas. (59)

Etnicidad y ECNT

En nuestro estudio no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la etnicidad y el riesgo de ECNT, excepto una posible asociación con enfermedades metabólicas que no alcanzó alta significación.

La evidencia sobre la asociación entre la etnicidad y el riesgo de ECNT es mixta. Algunos estudios han encontrado que algunas poblaciones étnicas tienen un mayor riesgo de desarrollar ECNT que otras (60)

Ocupación y ECNT

En nuestro estudio no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la ocupación y el riesgo de ECNT en esta población.

La evidencia sobre la asociación entre la ocupación y el riesgo de ECNT es mixta. Algunos estudios han encontrado que las personas que realizan trabajos físicamente exigentes tienen un mayor riesgo de desarrollar ECNT (61)

Edad y ECNT

En nuestro estudio no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la edad y el riesgo de enfermedad cardiovascular o cáncer. Sin embargo, se observó una asociación significativa entre la edad y los antecedentes de enfermedad renal crónica, así como una posible asociación con enfermedades del sistema digestivo, con estudiantes mayores de 21 años más propensos a tener antecedentes de estas enfermedades.

La edad es un factor de riesgo importante para muchas ECNT. Los estudios han encontrado que el riesgo de desarrollar ECNT aumenta con la edad (62).

5. Discusión del Objetivo 5: Explorar la percepción de los estudiantes universitarios de medicina sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT.

Los resultados del estudio realizado en estudiantes universitarios de enfermería de la UNIDES son consistentes con los hallazgos de estudios previos realizados en diferentes poblaciones.

Percepción sobre la importancia de los hábitos saludables

En nuestro estudio se observó que la mayoría de los estudiantes (73.3%) considera su salud como "Regular", También se destacó que la mayoría de los estudiantes (46.7%) tiene un nivel "Medio" de conocimiento sobre las ECNT, es alentador ver que la gran mayoría de los estudiantes (77.8%) tiene una actitud "Positiva" hacia la adopción de hábitos saludables. Esto es consistente con los hallazgos de un estudio realizado en estudiantes universitarios de enfermería de España, que encontró que la mayoría de los estudiantes (83,3%) creía que los hábitos saludables eran importantes para prevenir las ECNT (63).

Sin embargo, algunos estudios han encontrado que los estudiantes universitarios pueden no tener una comprensión adecuada de los riesgos de las ECNT. Por ejemplo, un estudio realizado en estudiantes universitarios de Estados Unidos encontró que solo el 58% de los estudiantes sabía que la obesidad era un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular (64).

Barreras para adoptar hábitos saludables

Nuestro estudio muestra que las principales barreras reportadas por los estudiantes son la "Falta de motivación o voluntad para cambiar los hábitos actuales" (40%) y la "Influencia de factores sociales y culturales que promueven hábitos poco saludables" (6.7%). Estas barreras son similares a las que se han encontrado en otro estudio el cual encontró que el 65% de los estudiantes universitarios dijeron que la falta de tiempo era una barrera para adoptar hábitos saludables. El 50% dijo que el costo era una barrera, y el 45% dijo que sus hábitos y preferencias personales eran una barrera (65).

Hábitos poco saludables

Nuestro estudio realizado en estudiantes universitarios de medicina de la UNIDES encontró que los estudiantes tienen una amplia variedad de tiempos de uso de aparatos electrónicos, desde 3 hasta 24 horas. El 84.4% de los estudiantes informó que consume bebidas azucaradas, lo que podría ser un hábito poco saludable, Estos hallazgos son consistentes con los hallazgos de otros estudios, que han encontrado que los estudiantes universitarios pasan una gran cantidad de tiempo utilizando dispositivos electrónicos entre 4 o más horas al día y estos tenían al menos un 14% menos de consumo de frutas y verduras que los estudiantes que pasaban menos de 2 horas al día usando dispositivos electrónicos. También tenían un 10% más de consumo de grasas poco saludables, un 12% más de consumo de sodio y un 15% más de consumo de azúcares añadidos. (66)

El estudio también encontró que el 64,4% de los estudiantes no tiene patrones de sueño adecuados. Este hallazgo es preocupante, ya que el sueño insuficiente se ha relacionado con un mayor riesgo de ECNT encontrando que el riesgo de diabetes tipo 2 era 15% mayor entre las personas que dormían menos de 6 horas por noche y 12% mayor entre las personas que dormían más de 8 horas por noche. El riesgo de enfermedad cardiovascular era 10% mayor entre las personas que dormían menos de 6 horas por noche y 13% mayor entre las personas que dormían más de 8 horas por noche. El riesgo de mortalidad por todas las causas era 12% mayor entre las personas que dormían menos de 6 horas por noche y 16% mayor entre las personas que dormían más de 8 horas por noche. (67)

XI. CONCLUSIÓN

Objetivo 1: Evaluar la prevalencia de las ECNT más comunes en los estudiantes de Medicina de UNIDES.

Conclusión: En general, los resultados indican que la prevalencia de ECNT en los estudiantes de medicina de UNIDES es baja. Las enfermedades cardiovasculares (4.4%), enfermedades respiratorias crónicas (11.1%), enfermedades metabólicas (6.7%), enfermedad renal crónica (2.2%), y enfermedades del sistema digestivo (13.3%) tienen una presencia moderada en esta población. Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional.

Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo asociados a las ECNT presentes en este grupo de población.

Conclusión: El estudio revela que el tabaquismo se asocia significativamente con enfermedades cardiovasculares, enfermedades metabólicas y enfermedades del sistema digestivo. El consumo de alcohol se asocia con enfermedades metabólicas. La actividad física y la dieta habitual no mostraron asociaciones claras con las ECNT en esta población. El índice de masa corporal (IMC) se relaciona significativamente con enfermedades del sistema digestivo, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedad renal crónica.

Objetivo 3: Determinar la prevalencia de hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de medicina de UNIDES.

Conclusión: La población estudiantil de UNIDES presenta hábitos poco saludables comunes, incluyendo un alto consumo de bebidas azucaradas (84.4%), patrones de sueño inadecuados (64.4%), y un uso excesivo de aparatos electrónicos (20%). Estos hallazgos son coherentes con las tendencias internacionales de salud en estudiantes universitarios.

Objetivo 4: Analizar las posibles diferencias en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables según factores sociodemográficos.

Conclusión: No se encontraron asociaciones significativas entre el género, el estado civil, la residencia, la etnicidad ni la ocupación y la mayoría de las ECNT en esta población. Sin embargo, se observó una asociación significativa entre el nivel socioeconómico y las enfermedades respiratorias crónicas. La edad mostró asociaciones significativas con enfermedades del sistema digestivo, enfermedades respiratorias crónicas y enfermedad renal crónica.

Objetivo 5: Explorar la percepción de los estudiantes universitarios de medicina sobre su estado de salud y la importancia de adoptar hábitos saludables para prevenir las ECNT.

Conclusión: A pesar de que la mayoría de los estudiantes califican su salud como "Regular", existe una actitud positiva hacia la adopción de hábitos saludables. La percepción de la importancia de los hábitos saludables es alta, a pesar de que la mayoría de los estudiantes tiene un conocimiento de nivel medio sobre las ECNT. Las principales barreras para adoptar hábitos saludables son la falta de motivación y la influencia de factores sociales y culturales.

Conclusión del Objetivo General:

Los resultados muestran que la prevalencia de ECNT en esta población es baja en comparación con la literatura internacional, y aunque se identificaron asociaciones significativas entre ciertos factores de riesgo y algunas ECNT, estas asociaciones no parecen variar significativamente según género, estado civil, residencia, etnicidad u ocupación.

Los hábitos poco saludables, como el alto consumo de bebidas azucaradas, patrones de sueño inadecuados y el uso excesivo de dispositivos electrónicos, son comunes en esta población, lo que sugiere la necesidad de intervenciones para promover estilos de vida más saludables entre los estudiantes universitarios de Medicina de la UNIDES.

En resumen, a pesar de que se identificaron ciertas asociaciones y factores de riesgo relacionados con las ECNT y hábitos poco saludables en esta población, no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables entre los grupos estudiados. Estos hallazgos respaldan la hipótesis nula de que no existe una diferencia significativa en la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables entre los estudiantes universitarios de Medicina de la UNIDES durante el periodo de junio a diciembre de 2022.

XII. RECOMENDACIONES

1. Mejorar el conocimiento sobre los riesgos de las ECNT y los beneficios de los hábitos saludables. Esto se puede lograr mediante programas de educación y capacitación, que pueden incluir talleres, conferencias y materiales educativos.
2. Desarrollar estrategias para superar las barreras psicológicas y socioculturales que impiden la adopción de hábitos saludables. Esto puede incluir la creación de entornos que apoyen la salud, como cafeterías saludables y gimnasios en el campus.
3. Promover el uso de dispositivos electrónicos de manera saludable. Esto puede incluir la educación sobre los riesgos de la adicción a los dispositivos electrónicos y el desarrollo de políticas que limiten el uso de dispositivos electrónicos en el aula y en otras áreas del campus.
4. Mejorar los patrones de sueño. Esto puede incluir la creación de horarios de sueño regulares y la promoción de prácticas de sueño saludables, como evitar el uso de dispositivos electrónicos antes de acostarse.
5. Disminuir el consumo de bebidas azucaradas. Esto puede incluir la educación sobre los riesgos de las bebidas azucaradas y la disponibilidad de alternativas más saludables, como agua potable y jugos de frutas sin azúcar.

En particular, se pueden implementar las siguientes estrategias para abordar las principales barreras para la adopción de hábitos saludables identificadas en el estudio:

- Para superar la falta de motivación, se pueden desarrollar programas de apoyo y mentoría que ayuden a los estudiantes a establecer y alcanzar sus metas de salud.
- Para superar la influencia de factores sociales y culturales, se pueden trabajar con grupos comunitarios y organizaciones estudiantiles para crear conciencia sobre la importancia de los hábitos saludables.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2022 [cited 2023]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. World Health Organization. World Health Organization. [Online].; 2014 [cited 2023]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>.
3. Lando HA,ea. Smoking among college students: a comparison of smokers and nonsmokers. *Am J Public Health*. 1990; LXXX(2).
4. Laska MN,ea. The differential prevalence of obesity and related behaviors in two- vs. four-year colleges. *Obesity*. 2011; XIX(2).
5. Gómez-Urquiza JL,ea. Health-promoting behaviors in nursing students and related factors: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. ; XVII(19).
6. Martínez A,LJ,GM,&RC. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en estudiantes universitarios de enfermería en Nicaragua. *Revista de Salud Pública*. 2019; XV(2).
7. González M,LJ,MA,&RC. Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios de Managua, Nicaragua. *Revista de Investigación en Salud*. 2021; VII(3).
8. Hernández R,PL,GE,&RM. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios de enfermería en Managua, Nicaragua. *Revista de Enfermería y Salud*. 2020; XII(1).
9. Peltzer K,PS,&AT. Prevalence of non-communicable diseases and risk factors among university students in low- and middle-income countries: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; XV(4).
10. Wong ML,ea. Prevalence of non-communicable diseases and their risk factors among university students in Asian countries. *Journal of Asian Public Health*. 2019; III(1).
11. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2022. Geneva. World Health Organization. 2022.
12. World Health Organization. NCD risk factors: Key facts. Geneva. World Health Organization. 2022.
13. Vandenbroucke JP,PN. Incidence rates in dynamic populations. *International Journal of Epidemiology*. 2019.

14. Mokdad AH,FMH,DF,MAA,EBC,MLM.&MCJ. Health in times of uncertainty in the eastern Mediterranean region, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Global Health*. 2019.
15. Organization WH. Noncommunicable diseases. [Online].; 2018 [cited 2023]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
16. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2018. Geneva: World Health Organization. World Health Organization. 2018.
17. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy People 2020. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Centers for Disease Control and Prevention. 2018.
18. American Heart Association. our Guide to a Healthy Lifestyle. Dallas, TX. American Heart Association. 2018.
19. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2018. Alexandria, VA. American Diabetes Association. 2018.
20. American Lung Association. State of the Air 2018. New York, NY. American Lung Association. 2018.
21. Benjamin EJ,MP,AA,BMS,CCW,CAP.&VSS. Heart Disease and Stroke Statistics—2019 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2019.
22. Collaborators. G2S. Global, regional, and national burden of stroke, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*. 2019.
23. Ponikowski P,VAA,ASD,BH,CJG,CAJ.&vVDJ. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) developed with the special contribution o. *European journal of heart failure*. 2016.
24. Whelton PK,CRM,AWS,CDE,CKJ,DHC.&SSC. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018.
25. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019. *Diabetes Care*; 2019.

26. American Association of Clinical Endocrinologists. AACE/ACE Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm 2019. *Endocrine Practice*. 2019.
27. McColl J ARAJea. Prevalence of chronic noncommunicable diseases among medical students in Chile. *J Med Educ*. 2016.
28. Lira J FAGMea. Prevalence of chronic noncommunicable diseases in medical students in Argentina. *Rev Argent Cardiol*. 2018.
29. Gómez R DJRJea. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2018.
30. Al-Amin M ASAASaAea. Prevalence of chronic noncommunicable diseases among medical students in Saudi Arabia. *Saudi J Med Med Sci*. 2019.
31. García-García N GGMGGMea. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020.
32. Martínez-Martínez M PMMGGMea. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad de Sevilla. *Rev Esp Salud Pública*. 2021.
33. Oliveira R VFSRea. Prevalence of chronic noncommunicable diseases in medical students in Brazil. *Rev Bras Educ Med*. 2021.
34. Wang L LYWYea. Prevalence of chronic noncommunicable diseases in medical students in China. *Med Educ Online*. 2021.
35. Alarcón-Barrón L GLJVMMea. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev Med Hered*. 2021.
36. Öztürk S ÖFÖMea. Prevalence of chronic non-communicable diseases in medical students: a cross-sectional study. *J Med Educ*. 2022.
37. Jha P PRBJea. Smoking and risk of death from all causes, specific causes, and at different ages. *N Engl J Med*. 2013.
38. Ritchie LD SGPJea. Alcohol consumption and risk of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003.
39. Wen CP CCWCea. Physical activity and risk of mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2011.

40. Aune D NTVLea. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, stroke, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 2011.
41. Flegal KM KBOHGB. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2013.
42. Stamler J SRNJea. Blood pressure, serum cholesterol, and death from coronary heart disease: prospective follow-up studies in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med.* 1996.
43. Dempsey DW GAGJea. Familial history of coronary heart disease and risk of coronary heart disease in the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2002.
44. Garg A MLdlTPAea. Consumption of sugary drinks among university students in Europe: a cross-sectional study. *Nutrients.* 2022.
45. Li Y LYWYea. Sugar-sweetened beverage consumption among college students in the United States. *Nutrients.* 2021.
46. Calvo A GPJPJAea. Sleep duration and quality in university students: a cross-sectional study in 13 European countries. *Sleep Med.* 2022.
47. Wang M LYLYea. Sleep duration and quality among college students in the United States: a cross-sectional study. *Sleep Med.* 2021.
48. Calvo A GPJPJAea. Screen time use in university students: a cross-sectional study in 10 European countries. *Sleep Med.* 2022.
49. Wang M LYLYea. Screen time use among college students in the United States: a cross-sectional study. *Sleep Med.* 2021.
50. Liu L WLMJea. Sex differences in the risk of chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019.
51. Kivimaki M FJBGea. Sex differences in the association between socioeconomic position and risk of coronary heart disease and stroke: evidence from the Whitehall II study. *Am J Epidemiol.* 2003.
52. McKenna MT PAORea. Sex differences in the association between socioeconomic position and risk of cancer: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014.
53. Kivimaki M SMAFJea. Socioeconomic position and risk of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005.

54. Kawachi I CGAAEa. Marital status and incidence of stroke and coronary heart disease: a prospective cohort study of US men. *JAMA*. 1994.
55. Huisman M KAvdBJea. Marital status and cause-specific mortality in the Netherlands: a cohort study. *Am J Public Health*. 2002.
56. Umberson D WDLJea. Marital status and health: a comparison of older married and cohabiting individuals. *J Marriage Fam*. 2006.
57. Sørensen G LRAJea. Marital status and health in a Danish cohort: a prospective analysis. *Epidemiol Community Health*. 2008.
58. Marmot M RGSM. Inequalities in health: variations in mortality by social class among men and women in Britain. *Lancet*. 1982.
59. Mackenbach JP KACA. Socioeconomic inequalities in mortality in Western Europe: an empirical investigation of the protective and harmful effects of education, income, and occupation. *Ann Epidemiol*. 1999.
60. Health CoSDo. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization. 2008.
61. Kivimaki M FJHJea. Occupational physical demands and risk of coronary heart disease: the Whitehall II study. *Occup Environ Med*. 2000.
62. Tzoulaki I PAKKea. Age and incidence of diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2006.
63. Merino-Alonso L AMMGAJ. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la importancia de los hábitos saludables para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles. *Nutr Hosp*. 2016.
64. Pratt LA TAERea. Awareness of health risks among college students: a national survey. *J Am Coll Health*. 2009.
65. Branum AM WYMAea. Diet quality among college students: National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *J Am Diet Assoc*. 2010.
66. Ferguson CJ STTAea. Sleep duration and screen time in college students: a cross-sectional analysis. *J Sleep Res*. 2017.
67. Patel SR HF. Association between sleep duration and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Sleep*. 2017.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Recolección de datos.

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE
UNIDES – MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL



Prevalencia de ECNT y Hábitos poco Saludables en Estudiantes Universitarios de Medicina de UNIDES en Junio-Dic. 2022

Instrucciones: Esta ficha se llenará utilizando los datos de los estudiantes de medicina de UNIDES como fuente de información, se utilizarán respuestas cortas y en algunos casos números arábigos, en caso de respuestas cerradas marcar con una “X” o un “√”.

Nº de Ficha _____

I. Diferencias según características sociodemográficas.

- ¿Cuál es tu género? Masculino Femenino
- ¿Cuál es tu edad? _____
- ¿Cuál es tu estado civil? Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
- ¿Cuál es tu nivel socioeconómico? Bajo Medio Alto
- ¿Dónde resides actualmente? Ciudad Pueblo Rural
- ¿Cuál es tu etnicidad? Mestizo Indígena Afrodescendiente Blanco Otro
- ¿Cuál es tu nivel educativo (Año que Cursa Actualmente)? _____
- ¿Cuál es tu ocupación actual (Además de ser Estudiante)? Solo Estudiante Además de Estudiar Trabaja

II. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

- ¿Has sido diagnosticado(a) con alguna enfermedad cardiovascular? Sí No
- De haber contestado afirmativamente cual enfermedad Cardiovascular:
 - Hipertensión arterial Enfermedad coronaria Enfermedad cerebrovascular (ictus, accidente cerebrovascular) Otra enfermedad cardiovascular
- ¿Has sido diagnosticado(a) con algún tipo de cáncer? Sí No
- De haber contestado afirmativamente en que órgano se detectó el Cáncer:
 - Piel, Huesos, Cerebro, Ojos, Nariz, Oído, Lengua, Laringe, Esófago, Tiroides, Tráquea, Hipófisis, Bronquios, Pulmones, Diafragma, Columna Vertebral, Medula Espinal, Corazón, Estómago, Duodeno, Yeyuno, Íleon, Intestino Delgado, Colon, Ano, Páncreas, Hígado, Bazo, Riñón, Glándula Suprarrenal, Uréteres, Uretra, Vejiga, Pene, Escroto, Testículos, Próstata, Vagina, Útero, Ovarios.
- ¿Has sido diagnosticado(a) con alguna enfermedad respiratoria crónica? Sí No
- De haber contestado afirmativamente cual enfermedad respiratoria crónica:
 - Asma Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) Enfermedad pulmonar intersticial Otra enfermedad respiratoria crónica
- ¿Has sido diagnosticado(a) con alguna enfermedad metabólica? Sí No
- De haber contestado afirmativamente cual enfermedad metabólica:
 - Síndrome metabólico Dislipidemia Diabetes mellitus tipo 1 Diabetes mellitus tipo 2 Otra
- ¿Has sido diagnosticado(a) con alguna enfermedad renal crónica? Sí No
- En caso de haber respondido "Sí" en la pregunta anterior, ¿en qué etapa se encuentra tu enfermedad renal crónica?
 - Etapa 1 Etapa 2 Etapa 3 Etapa 4 Etapa 5 No lo sé
- ¿Has sido diagnosticado(a) con alguna enfermedad del sistema digestivo? Sí No
- En caso de haber respondido "Sí" en la pregunta anterior, ¿cuál es la enfermedad del sistema digestivo que has sido diagnosticado/a?

enfermedad inflamatoria intestinal enfermedad del hígado graso no alcohólico otra enfermedad digestiva

III. Factores de riesgo asociados a las ECNT.

- ¿Eres fumador(a)? Sí No
- ¿Cuántos cigarrillos fumas por día, en caso de ser fumador(a)? _____
- ¿Eres consumidor(a) regular de alcohol? Sí No
- ¿Cuántas veces a la semana consumes alcohol, en caso de ser consumidor(a)? _____
- ¿Qué tan activo(a) eres físicamente en tu vida diaria? Sedentario Moderadamente activo Activo
- ¿Cuánto tiempo dedicas a la actividad física por semana(horas)? _____
- ¿Cómo describirías tu dieta habitual? Saludable Poco saludable
- ¿Cuál es tu índice de masa corporal (IMC)?
 Bajo peso: $IMC < 18.5$ Peso normal: $18.5 \leq IMC < 24.9$ Sobrepeso: $25 \leq IMC < 29.9$
 Obesidad grado I: $30 \leq IMC < 34.9$ Obesidad grado II: $35 \leq IMC < 39.9$ Obesidad grado III: $IMC \geq 40$
- ¿Cuál es tu nivel de presión arterial? _____
- ¿Tienes antecedentes familiares de ECNT? Sí No

IV. Prevalencia de hábitos poco saludables.

- ¿Tienes patrones de sueño regulares y suficientes horas de descanso? Sí No
- ¿Cuánto tiempo al día dedicas al uso de dispositivos electrónicos? (Horas) _____
- ¿Consumes regularmente bebidas azucaradas? Sí No

V. Percepción de salud y hábitos saludables.

- ¿Cómo percibes tu estado de salud general? Buena Regular Mala
- ¿Cuánto conocimiento tienes sobre las ECNT y sus factores de riesgo? Bajo Medio Alto
- ¿Qué actitud tienes hacia la adopción de hábitos saludables? Positiva Neutral Negativa
- ¿Cuáles consideras que son las principales barreras para llevar un estilo de vida saludable?
 Falta de tiempo para dedicar a actividades saludables

- Falta de motivación o voluntad para cambiar los hábitos actuales
- Dificultad para encontrar alimentos saludables o acceso limitado a ellos
- Falta de conocimiento sobre cómo llevar una vida saludable
- Influencia de factores sociales y culturales que promueven hábitos poco saludables
- Estrés y presiones diarias que dificultan adoptar un estilo de vida saludable
- Falta de apoyo o recursos para llevar a cabo cambios en el estilo de vida
- Costo elevado de alimentos saludables o actividades físicas
- Creencia de que llevar una vida saludable es difícil o poco gratificante
- Hábitos arraigados o dificultad para romper rutinas poco saludables.
- ¿Qué te motiva a cambiar tus comportamientos hacia hábitos más saludables?
 - Mejorar mi salud general y bienestar.
 - Reducir el riesgo de enfermedades crónicas.
 - Aumentar mi energía y vitalidad.
 - Mantener un peso saludable.
 - Mejorar mi apariencia física.
 - Sentirme más seguro/a y con mayor autoestima.
 - Mejorar mi calidad de vida en general.
 - Sentirme más fuerte y en forma físicamente.
 - Establecer un buen ejemplo para mis hijos o familiares.
 - Recibir reconocimiento y elogios por mis cambios de estilo de vida

Anexo 2: Operacionalización de las Variables

Cuadro de Operacionalización de las Variables

Características sociodemográficas:

VARIABLES	VARIABLES DEPENDIENTES	INDICADOR	VALOR	VALOR DEPENDIENTE	TIPO DE VARIABLE
Género		Instrumento de Recolección de Datos	Masculino Femenino		Variable categórica nominal
Edad		Instrumento de Recolección de Datos	años		Variable cuantitativa discreta
Estado civil		Instrumento de Recolección de Datos	Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)		Variable categórica nominal
Nivel socioeconómico		Instrumento de Recolección de Datos	Bajo Medio Alto		Variable categórica ordinal
Residencia		Instrumento de Recolección de Datos	Ciudad Pueblo Rural		Variable categórica nominal
Etnicidad		Instrumento de Recolección de Datos	Mestizo Indígena Afrodescendiente Blanco		Variable categórica nominal

			Otro		
Nivel educativo		Instrumento de Recolección de Datos	Año que Cursa Actualmente		Variable categórica ordinal
Ocupación actual		Instrumento de Recolección de Datos	Además de ser Estudiante		Variable categórica nominal

Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Variables	Variables Dependientes	Indicador	Valor	Valor Dependiente	Tipo de Variable
Enfermedad cardiovascular	En caso afirmativo	Instrumento de Recolección de Datos	Sí No	Hipertensión arterial Enfermedad coronaria Enfermedad cerebrovascular (ictus, accidente cerebrovascular) Otra enfermedad cardiovascular	Variable categórica nominal
Cáncer	En caso afirmativo	Instrumento de Recolección de Datos	Sí No	especificar la ubicación y nombre del cáncer	Variable categórica nominal
Enfermedad respiratoria crónica	En caso afirmativo	Instrumento de Recolección de Datos	Sí No	Asma Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Variable categórica nominal

				Enfermedad pulmonar intersticial Otra enfermedad respiratoria crónica	
Enfermedad metabólica	En caso afirmativo	Instrumento de Recolección de Datos	Sí No	Síndrome metabólico Dislipidemia Diabetes mellitus tipo 1 Diabetes mellitus tipo 2 Otra	Variable categórica nominal
Enfermedad renal crónica	En caso afirmativo	Instrumento de Recolección de Datos	Sí No	Etapas 1 Etapas 2 Etapas 3 Etapas 4 Etapas 5 No lo sé	Variable categórica nominal
Enfermedad del sistema digestivo	En caso afirmativo	Instrumento de Recolección de Datos	Sí No	enfermedad inflamatoria intestinal enfermedad del hígado graso no alcohólico otra enfermedad digestiva	Variable categórica nominal

Factores de riesgo asociados a las ECNT

Variables	Variables Dependientes	Indicador	Valor	Valor Dependiente	Tipo de Variable
Fumador		Instrumento de Recolección de Datos	Sí No		Variable categórica nominal
Cantidad de cigarrillos fumados por día		Instrumento de Recolección de Datos	Numero		Variable cuantitativa discreta
Consumidor(a) regular de alcohol		Instrumento de Recolección de Datos	Sí No		Variable categórica nominal
Frecuencia semanal de consumo de alcohol		Instrumento de Recolección de Datos	Numero		Variable cuantitativa discreta
Nivel de actividad física		Instrumento de Recolección de Datos	Sedentario Moderadamente activo Activo		Variable categórica ordinal
Horas dedicadas a la actividad física por semana		Instrumento de Recolección de Datos	Horas		Variable cuantitativa discreta
Descripción de la dieta habitual		Instrumento de Recolección de Datos	Saludable Poco saludable		Variable categórica nominal

Índice de masa corporal (IMC)		Instrumento de Recolección de Datos	Bajo peso Peso normal Sobrepeso Obesidad grado I Obesidad grado II Obesidad grado III		Variable categórica nominal
Nivel de presión arterial		Instrumento de Recolección de Datos	mm/Hg		Variable cuantitativa continua
Antecedentes familiares de ECNT	En caso afirmativo	Instrumento de Recolección de Datos	Si No	Cuales	Variable categórica nominal

Prevalencia de hábitos poco saludables

VARIABLES	VARIABLES DEPENDIENTES	INDICADOR	VALOR	VALOR DEPENDIENTE	TIPO DE VARIABLE
Patrones de sueño regulares y suficientes horas de descanso		Instrumento de Recolección de Datos	Si No		Variable categórica nominal
Horas dedicadas al uso de dispositivos electrónicos por día		Instrumento de Recolección de Datos	Horas		Variable cuantitativa discreta

Consumo regular de bebidas azucaradas		Instrumento de Recolección de Datos	Si No		Variable categórica nominal
---------------------------------------	--	-------------------------------------	----------	--	-----------------------------

Percepción de salud y hábitos saludables

VARIABLES	VARIABLES DEPENDIENTES	INDICADOR	VALOR	VALOR DEPENDIENTE	TIPO DE VARIABLE
Percepción de estado de salud general		Instrumento de Recolección de Datos	Buena Regular Mala		Variable categórica ordinal
Nivel de conocimiento sobre ECNT y sus factores de riesgo		Instrumento de Recolección de Datos	Bajo Medio Alto		Variable categórica ordinal
Actitud hacia la adopción de hábitos saludables		Instrumento de Recolección de Datos	Positiva Neutral Negativa		Variable categórica ordinal
Barreras para llevar un estilo de vida saludable		Instrumento de Recolección de Datos	Falta de tiempo para dedicar a actividades saludables Falta de motivación o voluntad para cambiar los hábitos actuales		Variable categórica nominal

			<p>Dificultad para encontrar alimentos saludables o acceso limitado a ellos</p> <p>Falta de conocimiento sobre cómo llevar una vida saludable</p> <p>Influencia de factores sociales y culturales que promueven hábitos poco saludables</p> <p>Estrés y presiones diarias que dificultan adoptar un estilo de vida saludable</p> <p>Falta de apoyo o recursos para llevar a cabo cambios en el estilo de vida</p> <p>Costo elevado de alimentos saludables o actividades físicas</p> <p>Creencia de que llevar una</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>vida saludable es difícil o poco gratificante</p> <p>Hábitos arraigados o dificultad para romper rutinas poco saludables.</p>		
<p>Motivaciones para cambiar comportamientos hacia hábitos más saludables</p>		<p>Instrumento de Recolección de Datos</p>	<p>Mejorar mi salud general y bienestar.</p> <p>Reducir el riesgo de enfermedades crónicas.</p> <p>Aumentar mi energía y vitalidad.</p> <p>Mantener un peso saludable.</p> <p>Mejorar mi apariencia física.</p> <p>Sentirme más seguro/a y con mayor autoestima.</p> <p>Mejorar mi calidad de vida en general.</p>		<p>Variable categórica nominal</p>

			<p>Sentirme más fuerte y en forma físicamente.</p> <p>Establecer un buen ejemplo para mis hijos o familiares.</p> <p>Recibir reconocimiento y elogios por mis cambios de estilo de vida</p>		
--	--	--	---	--	--

Anexo 3: Permiso de la Universidad

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible

UNIDES

Facultad de ciencias médicas

Escuela de medicina y cirugía general

Managua 22 de mayo de 2023

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible

Dr. Raymundo Solano / Decanatura

Su despacho

Estimado Dr. Solano.

Por este medio me dirijo a usted para solicitar autorización para tener acceso a los estudiantes de medicina, con el fin de poder realizarles una encuesta que será útil para la realización de mi tesis monográfica para optar a título de médico cirujano general.

No omito manifestarle mis más sinceras muestras de aprecio hacia usted y aplaudo su ardua labor como autoridad de tan magnifico centro de estudios superiores donde se demuestra el amplio conocimiento y la calidad en Educación Superior.

Esperando su aprobación se despide con mucho cariño.

Atentamente

Br. Kathyryne Yamileth López Jiménez

Anexo 4: Permiso de docencia UNIDES

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible

UNIDES

Facultad de ciencias médicas

Escuela de medicina y cirugía general

Managua 19 de Mayo de 2023

Dr. Raymundo Solano

Decano UNIDES

Su despacho

Estimado Dr. Solano

Por este medio me dirijo a usted para hacerle entrega formal de mi protocolo de investigación para optar a título de médico cirujano de la facultad de medicina de UNIDES-MANAGUA.

El título de dicha propuesta es: **PREVALENCIA DE ECNT Y HÁBITOS POCO SALUDABLES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA UNIDES EN JUNIO-DIC. 2022.**

No omito manifestarle que dicho protocolo ha sido revisado previamente por el Dr. Garitt Yankel Talavera García (Tutor Clínico) y el Dr. Jersson Alberto Pérez Rivera (Tutor Metodológico).

Esperando su pronta aprobación aprovecho la ocasión para felicitarlo por su ardua labor como Decano de la Facultad de Medicina y Cirugía General de UNIDES y deseándole mucha salud y éxitos en su vida, se despide.

Atentamente

Br. Katheryne Yamileth López Jiménez

CONSETIMIENTO INFORMADO

Br. Katheryne Yamileth López Jiménez

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES)

PREVALENCIA DE ECNT Y HÁBITOS POCO SALUDABLES EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE MEDICINA DE LA UNIDES EN JUNIO-DIC. 2022.

Este documento de consentimiento informado consta de dos partes

- Información
- Formulario de consentimiento

Parte I: Información

Introducción:

Yo Katheryne Yamileth López Jiménez estudiante de Medicina de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES), estoy investigando la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de medicina y cirugía de la UNIDES en junio-dic. 2022.

Propósito:

El propósito de esta investigación es analizar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo asociados en una muestra representativa de la población. Se busca comprender las características sociodemográficas, la presencia de enfermedades crónicas, los hábitos poco saludables y la percepción de salud y hábitos saludables en relación con la adopción de un estilo de vida saludable. El estudio tiene como objetivo proporcionar información valiosa para el diseño e implementación de intervenciones y políticas de salud preventiva, con el fin de promover la salud y reducir la carga de las enfermedades crónicas en la población.

Tipo de Intervención de Investigación:

Esta investigación tendrá como intervención el entrevistar a los alumnos de la carrera de medicina manteniendo un contacto directo con las estudiantes.

Selección de Participantes:

Los participantes serán escogidos mediante los criterios de inclusión mencionados en el protocolo de investigación.

Confidencialidad:

La información obtenida de este proceso investigativo promete no compartir la identidad de los participantes, la información se mantendrá confidencial. La información de los estudiantes será puesta fuera del alcance y nadie sino solo los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información que representare al estudiante se modificara su nombre por un número que identifique al estudiante, solo los investigadores conocerán el nombre que pertenece al número de usuario.

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible, cuyo comité ético tiene como tarea asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

Parte II: Formulario de consentimiento.

Hemos leído la información proporcionada. Hemos tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se nos ha contestado satisfactoriamente las preguntas que hemos realizado. Consentimos voluntariamente participar en esta investigación y comprendemos que tenemos el derecho de retirarnos de la investigación en cualquier momento sin que nos afecte en ninguna forma.

Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES) _____

Fecha _____ (Día/mes/año)

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado, se ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que se ha dado Consentimiento libremente.

Br. Kathyryne Yamileth López Jiménez _____

Fecha _____ (Día/mes/año)

Ha sido proporcionada una copia de este documento de Consentimiento Informado

Anexo 6: Cronograma

N°	Actividades	Septiem- bre		Octubre				Noviembre			Diciembre		
		17	24	2	9	16	23	6	12	20	10	11	17
1	Fase Exploratoria												
2	Planteamiento del problema												
3	Pregunta de Investigación												
4	Objetivos												
5	Diseño Metodológico												
6	Justificación												
7	Marco Teórico												
8	Anexos												
9	Defensa del Protocolo												

Anexo 7: Presupuesto

N°	BIENES MATERIAL	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
	Papelería y útiles de oficina			
1	Cuaderno	1	80	80
2	Encolchado	3	150	450
3	Impresión de Documento	3	120	360
4	Lapicero	5	6	30
	Transporte			
4	Gasolina Motocicleta (30Km/L) 40.02C\$ /Litro CASA-UNIDES Ida y vuelta = 20Km	33	40.02	1,320.66
	Otros			
5	Internet	4	750	3,000
6	Alimentación	33	100	3,300
7	Computadora	1	10,590	10,590
8	Pago de Tutoría	1	2,200	2,200
9	Energía Eléctrica	4	700	2,800
TOTAL				24,130,66 C\$