



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA

TESIS

RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA
ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES
DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA
REUMACENTER, JULIACA 2018

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

AUTOR :

CELIA PINTO VALDIVIA

ASESOR:

LIC. TM. MANUEL ROBERTO VIDAL CORREA

JULIACA - PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

CELIA PINTO VALDIVIA

RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA REUMACENTER, JULIACA 2018

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del
título de tecnólogo médico, por la Universidad Alas
Peruanas

Lic. TM. Georgina Cárdenas Durand
Nº de colegiatura: 2629
Secretaria

Lic. TM. Alvaro Huarache Cumba
Nº de colegiatura: 5041
Miembro

Mg. Gian Carlo Valdez Velazco
Nº de colegiatura: 21784
Presidente

JULIACA – PERÚ

2018

A Dios, por que Él me permitió vivir y me inspiró asumir esta responsabilidad.

Todo mi amor y cariño a mi amado esposo Oriel Vargas por su sacrificio y esfuerzo, por una carrera para el futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre me ha brindado su comprensión.

A mis amados hijos Edward y Jhosep por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme y luchar para un buen futuro.

A mis padres y hermanos quienes con sus palabras de aliento fue estímulo para seguir adelante, perseverante y cumpla con mis metas.

A mi mejor amiga Mayra por su apoyo incondicional quien sin esperar nada a cambio estuvo en los momentos de alegría, tristezas durante el proceso de investigación.

Y todas las personas que durante cinco años estuvieron a mi lado apoyándome.

Un agradecimiento especial a la Universidad Alas Peruanas por habernos cobijando en sus claustros universitarios durante la permanencia de nuestros estudios superiores.

Un meritorio agradecimiento a la facultad de ciencias de la salud en especial a la escuela profesional de tecnología médica de la universidad Alas Peruanas y a los licenciados que compartieron sus experiencias y conocimientos durante nuestra formación académica.

Al Ing. Yony Gerardo Ccapa Maldonado, por su asesoramiento aunque en la mayoría de las veces parece que estuviéramos en una batalla, hay momentos en los que la guerra cesa y nos unimos para lograr nuestros objetivos. por no solo ayudarme en gran manera a concluir esta tesis, sino por todos los momentos bonitos que pasamos durante este proceso.

RESUMEN

El **objetivo** de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la clínica reumacenter, Juliaca-2018. **Materiales y métodos:** El tipo de investigación fue correlacional, la muestra utilizada fue el muestreo probabilístico la cual se obtuvo de 80 paciente entre 30 a 59 años, las técnicas utilizadas en la presente investigación fue la entrevista (estilo de vida), y las historias clínica para la artrosis de rodilla y como instrumentos fue entrevista estructurada, fichas de historias clínicas. **Resultados:** El 62.50% de pacientes tuvieron un estilo de vida saludable, el 31.25% tuvieron un estilo de vida poco saludable, 6.25% tuvieron un estilo de vida muy saludable, de acuerdo en la dimensión nutrición el 42.50% de pacientes tuvieron un estilo de vida saludable, en ejercicio el 43.75% un estilo de vida poco saludable, en responsabilidad de salud 43.75% un estilo de vida saludable, en manejo de estrés el 47.50% un estilo de vida saludable, en soporte interpersonal 48.75% un estilo de vida saludable, en autoactualización el 57.50% un estilo de vida saludable, los pacientes diagnosticados con artrosis de rodilla representa el 63.75%, y el 36.25% de pacientes no tuvieron diagnóstico de artrosis de rodilla. **Conclusión:** Se concluye que existe relación entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla de los pacientes de 30 a 59 años en la clínica reumacenter, Juliaca-2018.

Palabras clave: Estilos de vida, Artrosis , pacientes.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relationship between lifestyle and knee osteoarthritis in patients aged 30 to 59 years in the reumacenter clinic, Juliaca-2018. Materials and methods: The type of investigation was correlational, the sample used was probabilistic sampling, which was obtained from 80 patients between 30 and 59 years old, the techniques used in the present investigation were the interview (lifestyle), and the histories clinic for osteoarthritis of the knee and as instruments was structured interview, charts of clinical histories. Results: 62.50% of patients had a healthy lifestyle, 31.25% had an unhealthy lifestyle, 6.25% had a very healthy lifestyle, according to the nutrition dimension, 42.50% of patients had a healthy lifestyle, exercise 43.75% unhealthy lifestyle, health responsibility 43.75% healthy lifestyle, stress management 47.50% healthy lifestyle, interpersonal support 48.75% healthy lifestyle , in self-actualization 57.50% a healthy lifestyle, patients diagnosed with osteoarthritis of the knee represent 63.75%, and 36.25% of patients did not have a diagnosis of osteoarthritis of the knee. Conclusion: It is concluded that there is a relationship between lifestyle and knee osteoarthritis of patients aged 30 to 59 years in the clinic reumacenter, Juliaca-2018.

Key words: lifestyles, osteoarthritis, patients.

ÍNDICE

	Pág.
Hoja de aprobación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Lista de tablas	x
Lista de gráficos	xi
Introducción.....	xii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.Descripción de la realidad problemática.....	14
1.2.Formulación del problema.....	17
1.2.1. Problema General.....	17
1.2.2. Problemas Específicos	17
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2. Objetivos específicos.....	18
1.4. Justificación de la investigación	19
1.4.1. Importancia de la investigación	19
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	19
1.5. Limitaciones de la investigación	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes de la investigación	21
2.2. Bases teóricas	31
2.2.1. Estilos de vida.	31
2.2.1.2. Importancia del estilo de vida para la salud.	33
2.2.1.3. La intervención en los estilos de vida en un adulto.....	34
2.2.2. Dimensiones de los estilos de vida del adulto.	35
2.2.3. Artrosis	41
2.2.3.1. Síntomas de la artrosis	44
2.2.3.2. Cómo se diagnostica la artrosis de la rodilla	45

2.2.3.3. Tipos de artrosis	46
2.3. Definición de términos básicos	46
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN .	50
3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas	50
3.1.1. Hipótesis principal.....	50
3.1.2. Hipótesis derivadas	50
3.2. Variables, definición conceptual y operacional.....	51
3.2.1. Operacionalización de variables.....	52
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	53
4.1. Diseño metodológico	53
4.1.1. Tipo de investigación.....	53
4.1.2. Nivel de investigación.....	54
4.1.3. Método de investigación.....	54
4.2. Diseño muestral	55
4.2.1. Población y muestra de investigación	55
4.2.1.1. Población.....	55
4.2.1.2. Muestra.....	55
4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	56
4.3.1. Técnicas	56
4.3.2. Instrumentos.....	56
4.4. Técnicas de procesamiento de la información	57
4.5. Técnicas estadísticas utilizada en el análisis de la información	57
Capítulo V: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	59
5.1. Análisis de tablas de contingencias y gráficos	59
5.2. Discusión	85
CONCLUSIONES	91
RECOMENDACIONES	92
FUENTES DE INFORMACIÓN	94
ANEXOS	98
Anexo N° 1 Carta de presentación	99
Anexo N° 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	100
Anexo N° 3 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	101
Anexo N° 4 Datos de la encuesta en el programa excel	105
Anexo N° 5 Solicitud.....	106

Anexo N° 6 Validación del instrumento	107
Anexo N° 7 Desarrollo de la escala de stanones	110
Anexo N° 8: Matriz de consistencia	117
Anexo N° 9 Fotografías	118

LISTA DE TABLAS

Pag.

Tabla N° 1: El estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....	60
Tabla N° 2: El estilo de vida según la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....	62
Tabla N° 3: El estilo de vida según el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la clínica reumacenter.....	64
Tabla N° 4: El estilo de vida según responsabilidad en salud y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....	66
Tabla N° 5: El estilo de vida según manejo del estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....	67
Tabla N° 6: El estilo de vida según soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....	69
Tabla N° 7: El estilo de vida según autoactualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la clínica reumacenter.....	72

LISTA DE GRÁFICOS

Pag.

Gráfico N° 1: El estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.60

Gráfico N° 2: El estilo de vida según la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....62

Gráfico N° 3: El estilo de vida según el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....64

Gráfico N° 4: El estilo de vida según responsabilidad en salud y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....66

Gráfico N° 5: El estilo de vida según manejo del estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....68

Gráfico N° 6: El estilo de vida según soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....70

Gráfico N° 7: El estilo de vida según autoactualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.....72

INTRODUCCIÓN

Desde hace tiempo, la ciencia se ha ocupado de investigar y difundir la fuerte correlación entre un estilo de vida sedentario y muchos de estos problemas. Por supuesto, lograr que esa información se traduzca en un cambio de hábitos supone nada más y nada menos que operar un cambio cultural. El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza que causa la artrosis en la rodilla, por las características de su nutrición, por los deportes que realiza, o la misma edad ya que a partir de los 40 años se va descalcificando el calcio en los huesos y esos son los más propensos a la artrosis de rodilla , y otras actividades.

Hoy, en cambio, no hacemos nada de eso. Por el contrario, el estilo de vida urbano nos mantiene mucho tiempo sentados: frente al televisor, frente a la computadora, en el transporte. Con respecto a nuestros antepasados cazadores y recolectores, caminamos muy poco. Como consecuencia, sufrimos dolores en las articulaciones y nuestros huesos se debilitan.

En el capítulo I, denominado el problema, referido al planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación, importaciones, viabilidad, limitaciones de la investigación, que se presentaron en el desarrollo de la investigación.

En el capítulo II, está involucrado el Marco Teórico, en el que están planteados los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, definición de términos básicos, que sustentan el desarrollo adecuado del trabajo, pues a

través de este capítulo se determinaron los términos básicos que se emplearon para el desarrollo de la investigación, para evitar cualquier confrontación de significados temáticos o equivocaciones de interpretación de los resultados y, por consiguiente, incurrir en contradicciones.

En el capítulo III, denominado metodología de la investigación, se planteó hipótesis, definición conceptual y operacional de variables, operacionalización de variables las que están en concordancia con las consideraciones de la normativa de la universidad del esquema de Pre grado.

En el capítulo IV se uso la metodología como el diseño muestral, población, muestra, técnicas e instrumentos; técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.

En el capítulo V, en este capítulo se consideró el análisis y discusión del trabajo de investigación.

Por último las conclusiones y recomendaciones pertinentes, y se consigna las referencias bibliográficas utilizada y los anexos respectivos, de acuerdo a los lineamientos y normas de la Universidad Alas Peruanas.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática.

Los conceptos de modo y estilos de vida comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del redimensionamiento del concepto de salud y por lo tanto, de los determinantes de la salud. Estos conceptos han contribuido a la mejor comprensión y operacionalización de los elementos no biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad y que son parte integrante de la medicina social característica de nuestro siglo. Desde hace miles de años, el hombre reconoce la importancia de una nutrición adecuada. De hecho, ya la medicina de la antigua Grecia dividía la terapéutica o modo de curar en tres tipos: la farmacoterapia, la quirúrgica y la dietética. Hoy sabemos que la dieta no se restringe a los alimentos, buenos o malos, que acostumbramos ingerir. Debe entenderse como el conjunto de los hábitos vinculados tanto con la alimentación como con la actividad física. En suma, la dietética nos habla de un estilo de vida⁽¹⁾

Las enfermedades musculoesqueléticas, son la causa crónica más común de discapacidad a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud y más de 60 países han destacado la carga de morbilidad por enfermedades musculoesqueléticas (2003 y 2004). Se estimó que la carga global por condiciones músculoesqueléticas se incrementa en 25% en relación a la década pasada. ⁽²⁾

La osteoartritis o artrosis se incrementó en el mundo con el envejecimiento de la población y es la sexta causa de años perdidos por discapacidad a nivel mundial, esto significa cerca del 3% de los años de vida perdidos por discapacidad, el 10% le corresponde a los hombres y el 18% a las mujeres de más de 60 años. ⁽²⁾

Estilo de vida, se entiende el patrón de conducta que tienen las personas en su quehacer diario y el cómo viven en forma diaria su vida en cuanto a la alimentación, ejercicio, responsabilidad de la salud, el cual se define por las características de su trabajo, la alimentación, el ejercicio que realiza, las adicciones que tiene, el tiempo que descansan y duermen, el tipo de recreación que eligen y su actitud ante la prevención y la atención de su salud, factores que están presentes de manera permanente en los trabajadores cuyas características repercuten necesariamente en beneficio de su salud o en perjuicio de ésta, cómo se puede observar, las actitudes y conductas que se tienen ante estos aspectos definen lo saludable o nocivo que puede ser el estilo de vida. ⁽³⁾.

Desde hace tiempo, la ciencia se ha ocupado de investigar y difundir la fuerte correlación entre un estilo de vida sedentario y muchos de estos problemas. Por supuesto, lograr que esa información se traduzca en un cambio de hábitos supone nada más y nada menos que operar un cambio cultural. El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza que causa la artrosis en la rodilla, por las características de su nutrición, por los deportes que realiza, o la misma edad ya que a partir de los 40 años se va descalcificando el calcio en los huesos y esos son los más propensos a la artrosis de rodilla , y otras actividades. ⁽¹⁾

Hoy, en cambio, no hacemos nada de eso. Por el contrario, el estilo de vida urbano nos mantiene mucho tiempo sentados: frente al televisor, frente a la computadora, en el transporte Con respecto a nuestros antepasados cazadores y recolectores, caminamos muy poco. Como consecuencia, sufrimos dolores en las articulaciones y nuestros huesos se debilitan. ⁽¹⁾

La artrosis es una patología degenerativa articular caracterizada por el progresivo deterioro del cartílago articular, los adultos son los más afectados con algún tipo de artrosis, por lo general la articulación más afectada es la rodilla. De todas las articulaciones la rodilla es más usual en la población adulta es por ello que se realizó el trabajo de investigación en la Clínica Reumacenter y se planteo la siguiente interrogante :

¿Cuál es la relación que existe entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter, Juliaca-2018?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter, Juliaca-2018?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el responsabilidad de la salud y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el manejo de estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la actualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter, Juliaca-2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar la relación que existe entre la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años
- Establecer la relación que existe entre el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Determinar la relación que existe entre el responsabilidad de la salud y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Analizar la relación que existe entre el manejo de estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Evaluar la relación que existe entre el soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Establecer la relación que existe entre la actualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

Este trabajo muestra resultados a fin de que las personas prevengan la enfermedad de artrosis de rodilla y así tener un buen estilo de vida, ya que como consecuencia afectan cada vez más su salud.

Hoy en día los estilos de vida afecta a la persona y también es una carga familiar por que al momento de recibir tratamientos y sesiones terapéuticas se tendrá que perder tiempo, dinero, y perjudicar algún familiar para que lo acompañen a consulta. Sin embargo los estilos de vida saludables llevan a la adopción de una conducta de la promoción de la salud; pero la mayoría de la población adulto se observa con frecuencia el sedentarismo, ansiedad, no realizar ejercicios, problemas familiares estos determinan negativamente el fomento de estilos de vida saludables.

Esta investigación es muy importante en estilos de vida para poder prevenir la artrosis de rodilla, ya que es muy común, sobre todo entre los adultos, que las personas no realicen actividad física alguna. O que lleven una vida por completo sedentaria de lunes a viernes, pero realicen deporte el fin de semana y jueguen intensamente futbol, vóley o cualquier otro deporte. “Eso no los saca de la condición de sedentarios”

1.4.2. Viabilidad de la investigación

La presente investigación es viable ya que se contó con los recursos necesarios que fueron los recursos humanos (investigador y madres de

familia) y los recursos materiales (hojas, lapiceros, cuestionario, equipos tecnológicos).

1.5. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones del presente estudio de investigación fue en revisar las historias clínicas de cada paciente, además la otra limitante fue en el recojo de la información haciendo la entrevista a cada paciente, ya que ellos cuando cuando terminan sus sesiones se quieren retirar e irse a sus casas para poder descansar y se tenia que pedir el favor para el recojo de la información, eso fue las limitaciones de esta investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Rodriguez D. (2017) realizó un trabajo de investigación titulada “Prevalencia de artrosis, calidad de vida y dependencia en una muestra aleatoria poblacional en personas de 40 y más años de edad”, cuyo **objetivo** fue determinar la prevalencia de artrosis sintomática en manos y rodillas en una muestra aleatoria poblacional, las variables asociadas a su presencia, la calidad de vida y el nivel de dependencia. Metodología: Estudio descriptivo observacional, muestra aleatoria poblacional (Cambre, A Coruña; n=707 pacientes) ($\alpha=0,05$; precisión: $\pm 4\%$). Una vez obtenido el consentimiento informado (aprobación CEIC 2008/264), se estudiaron variables antropométricas, comorbilidad, parámetros analíticos, antecedentes médicos, calidad de vida, nivel de dependencia y exploración clínica de manos y rodillas. Para valorar la calidad de vida se utilizaron los cuestionarios validados SF-36, WOMAC y Lequesne. Análisis descriptivo y multivariado de regresión logística. Resultados: El 56,3% de los pacientes eran mujeres y la media de edad 61,75 años. La

prevalencia de artrosis sintomática de manos fue del 38% y en al menos una rodilla del 29,3%. Las personas con artrosis presentaron peor calidad de vida que la población general medida con los cuestionarios SF-36 en su componente físico ($52,25 \pm 9,11$ vs $55,08 \pm 7,37$), Lequesne ($8,97 \pm 4,43$ vs $1,92 \pm 2,64$) y WOMAC. Conclusiones: Determinamos una alta prevalencia de personas con artrosis que se modifica con el género, la edad y el IMC. Los pacientes con artrosis de rodilla tuvieron peor calidad de vida que la población general. ⁽⁴⁾

Andrade A.V., Carrión L.E. y Cordero M.F. (2015) realizaron una investigación titulada “Prevalencia y factores de riesgo de artrosis utilizando el cuestionario copcord, en personas mayores de 18 años, del cantón cuenca, provincia del azuay. Año 2014”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo de Artrosis en la población de Cuenca. Los Materiales y Métodos utilizados fue un estudio transversal analítico de base comunitaria realizado en el Cantón Cuenca con una muestra aleatorizada de 2500 personas mayores de 18 años. Se utilizó el cuestionario ILAR-COPCORD adaptado a nuestro medio, el cual ayudó a identificar sujetos con síntomas reumáticos mediante una entrevista, con previa firma del consentimiento informado, se capacitó a encuestadores para la recolección de datos, validando el cuestionario, esta se realizó con la supervisión de un médico general y reumatólogos. Resultados: La prevalencia de artrosis de mano fue del 5,64% (IC: 4,73-6,54) y de artrosis rodilla fue del 7,8%(IC: 6.03-8.13%), se encontró una razón de 5 a 1 y de 3 a 1 femenino/masculino para artrosis de mano y rodilla respectivamente,

hubo mayor prevalencia de artrosis de mano y rodilla conforme la edad se incrementa. Se observó mayor riesgo de padecer artrosis de mano y rodilla si presenta antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, problemas del corazón; las personas con obesidad tuvieron 2 y 4 veces más probabilidad de desarrollar artrosis de mano y rodilla respectivamente, hubo 3 veces más riesgo de presentar artrosis de manos y 2 veces más probabilidad de presentar artrosis de rodilla si la ocupación es quehaceres domésticos. Conclusiones: La prevalencia de artrosis de mano fue 5,64% y artrosis rodilla 7,8, fue mayor en mujeres; la frecuencia se incrementó con la edad y hubo relación con la actividad laboral, repetitividad y algunas enfermedades crónicas.⁽⁵⁾

Bermudez, Caceres y Green (2014) realizaron una investigación titulada “Estilos de vida saludable en estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas, Universidad nacional autónoma de honduras, 2011”, cuyo objetivo fue Objetivo: describir el comportamiento de los estudiantes de 6to Año de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en relación a su estilo de vida saludable durante el 2do semestre del año 2011. Metodología: Estudio descriptivo el universo todos los estudiantes matriculados en el primer y segundo semestre del año 2011. Muestra de 231 estudiantes, a quienes se les aplicó un instrumento de recolección cualitativa de datos de la escala de Likert, lo cual permitió medir las escalas, variables que constituían comportamiento o actitudes. El cuestionario consta de 57 enunciados y evalúa 6 dimensiones de estilos

de vida como son: actividad física y deporte, tiempo de ocio, autocuidado, hábitos alimenticios, consumo de alcohol tabaco y sueño. Resultados: El 58% pertenecía al sexo femenino; 55% con edad 21 y 24 años. Percepción del bienestar físico y mental de su salud como buena, muy buena y excelente (72.8%); las mujeres tienen una mejor percepción de bienestar físico y mental, 23.4% es muy buena a diferencia que el 15.6% en los hombres. El 46.3% a veces hace algún tipo de actividad física, 7% nunca realiza actividad física. Compartir tiempo libre para estar en familia y amigos 31.2% y 35.9% casi y casi siempre utilizan el tiempo libre para estar en familia y amigos y 42.4% siempre utiliza su tiempo libre para recreación. El 76.2% tiene hábitos de alimentación muy saludable o saludable, el 0.4% tiene habito de alimentación nada saludable. Consumo de agua 25% siempre consume entre 4 y 8 vasos de agua a diario, 29% casi siempre lo hacen, el 2.2% nunca consumen agua durante el día. Hábito de fumar cigarrillo 85% nunca fuman y menos del 3% siempre fuman. Conclusiones: se afirma que el 58% mujeres, promedio 24.8 años de edad, un tercio tiene muy buena percepción de su estado de salud física y mental, tenían una actitud muy desfavorable y comportamiento nada saludable. Dimensiones actividad física, tiempo de ocio, sueño actitud muy favorable y comportamiento muy saludable. Autocuidado y consumo de sustancias psicoactivas, aunque se observa una actitud y comportamiento no muy definida o neutral en alimentación. ⁽⁶⁾

Acuña y Cortes (2012) realizaron una investigación titulada “Promoción de estilos de vida saludable área de salud de esparza” cuyo

objetivo fue promover un estilo de vida saludable en la población adscrita al Área de Salud de Esparza, realizada en Costa Rica. Es un estudio de investigación de campo, de naturaleza transversal y descriptiva. La muestra estuvo constituida por los clientes adscritos al área de Salud de Esparza de 20 a 49 años. El proceso se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas, de selección múltiple, dicotómicas, que nos brindaron información general, para determinar los estilos de vida del usuario del Área de Salud de Esparza y con ello poder establecer la situación actual de la población, para la elaboración de un Programa de Estilos de Vida Saludable. Llegaron a la conclusión que la población reconoce la importancia de la implementación de un programa de Estilos de Vida Saludable y por tanto la necesidad de ampliar sus conocimientos por lo que se muestra anuente a participar del programa cuyo beneficio es la salud tanto individual como colectiva. En cuanto al ejercicio físico es importante promover el mismo evitando así el sedentarismo que afecta al 46 % de la población estudiada, sin embargo del 54% que si realiza ejercicio físico regular la gran mayoría lo practica con la frecuencia y duración recomendada. Según la OMS, promover el aumento de la actividad física no es sólo un problema individual, sino que exige, por parte de las instituciones, un acercamiento a toda la población de carácter multisectorial, multidisciplinario y socialmente relevante. ⁽⁷⁾

Bennassar (2011) realizó una investigación titulada “Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios”, tiene como objetivo identificar variables relacionadas con la salud que permitan definir a posteriori

propuestas de intervención. Para ello, hemos elaborado y validado un cuestionario sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios (ESVISAUN), realizada en España, Entre sus resultados obtenidos podemos destacar que el cuestionario ESVISAUN puede considerarse un instrumento válido y fiable para identificar hábitos de vida saludables y problemas de salud con el objetivo de diseñar intervenciones en el marco de la promoción de la salud en el entorno universitario. Y, en relación a los estilos de vida de los estudiantes universitarios, destacar que existen diferencias en cuanto a los estilos de vida saludables y no saludables según el género, pero no se observan diferencias según la clase social. Además, se observa que son determinantes de una dieta saludable, el realizar ejercicio físico, no fumar, desayunar todos los días y realizar un mayor número de comidas. Los resultados reafirman la idea de que los comportamientos de salud no deben de considerarse de forma aislada unos de otros, ya que se observa una tendencia a la conglomeración de factores de riesgo como fumar, baja adherencia a la dieta mediterránea e inactividad física en estudiantes universitarios. ⁽⁸⁾

Viñas, Merino, Salazar, Castillo y Morales (2010) realizaron una investigación titulada “Estilos de vida y conocimientos acerca de la salud del personal de administración y servicios universitarios”, cuyo objetivo fue detectar hábitos alimentarios y de actividad física del PAS de la UNSTA , realizada en la ciudad de San Miguel de Tucumán, Argentina. Se trata de un estudio descriptivo y transversal de una muestra representativa (63%) del personal de Administración y Servicios de la

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino, en sus tres sedes situadas en la Provincia de Tucumán, durante 2009- 2010. En este estudio se optó por la encuesta como instrumento técnico para realizar el diagnóstico. Se tomó como base la encuesta aplicada al colectivo estudiantil, 17 y se modificaron e incorporaron aspectos pertinentes al personal de administración y servicio universitarios (PAS). Sus resultados fueron identificar características de estilos de vida y conocimientos acerca de la salud en el estamento de personal de administración y servicios y sirven de base para la elaboración de diferentes estrategias y programas, las cuales resultaron un estilo no saludable en un 60 % y un estilo de vida saludable del 40% con los datos de peso y talla registrados por el personal, el equipo de nutricionistas estimó valores de Índice de Masa Corporal (IMC) y se obtuvieron los siguientes resultados: En la población masculina, predomina el sobrepeso (51%), obesidad (22%) y peso normal (27%). En la población femenina, predomina el peso normal (59%), sobrepeso (36%) y obesidad (5%).⁽⁹⁾

2.1.2. Antecedentes nacionales

Vargas (2018) realizó una investigación titulada: “Prevalencia y factores de riesgo asociados a osteoartritis en pacientes atendidos por consultorios externos del hospital José Agurto Tello De Chosica 2015 al 2016”, cuyo objetivo fue Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a osteoartritis en pacientes atendidos en consultorios externos del Hospital José Agurto Tello de Chosica. 2015 - 2016. Material y métodos: Es un estudio observacional, analítico, transversal y

retrospectivo pues se tomará información mediante revisión de historias clínicas y buscaremos hallar la asociación de diversos factores de riesgo con la osteoartritis. Se tomó una muestra inicial de 315 y una final de 291 personas con diagnóstico de artrosis de los cuales buscaremos hallar tanto la prevalencia de la enfermedad, como los factores de riesgo modificables y no modificables asociados al mismo. Resultados: La osteoartritis es más frecuente en mujeres con un OR de 1.5 y con una edad media de 62 años, se encuentra mayormente según la localización, en rodillas, además el sobrepeso y la obesidad se encuentran asociados a la osteoartritis y a su gravedad con un OR de 1.4. El grado de severidad con más frecuencia es el Grado 2 o Leve. La edad mayor de 65 años tiene un OR de 5.1 de riesgo vs los pacientes menores. Conclusiones: Los factores no modificables asociados a la osteoartritis o a su grado de severidad son el sexo y la edad mayor a 65 años. Los factores modificables asociados a la osteoartritis son el grado de IMC y el antecedente de trauma. Mientras que la ocupación no se mostró relacionada en ningún nivel.⁽¹⁰⁾

Guillen (2015) realizó una investigación titulada “Influencia de un programa de cinesioterapia en la recuperación funcional en pacientes con artrosis de rodilla. centro de salud edificadores misti, Arequipa – 2014”, cuyo objetivo general fue determinar la influencia del programa de cinesioterapia en la recuperación funcional en pacientes con artrosis de rodilla en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Centro de Salud de Edificadores Misti, 2014, el nivel de investigación fue cuasi

experimental, el instrumento utilizado fue la escala de Wocman, para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 21. En los resultados obtenidos se aplicó la t de Student que se demostró que la recuperación funcional en los pacientes con Artrosis de Rodilla tuvo una influencia positiva después de la Aplicación del programa de Cinesioterapia, en los resultados se pudo apreciar que antes del programa los pacientes que presentaron muchísimo dolor (antes) es de 33.3% y disminuyó a 0%(después), en la rigidez es de 25.9%(antes), disminuyó al 0% (después), los que presentaron bastante (48.1%) y mucho (25.9%) grado de dificultad(antes), después disminuyó el grado de dificultad (51.9%) y algunos no presentaron ningún grado de dificultad (29.6%), en rangos articulares limitados 88.9% (antes) disminuyó a 81.5% y los que tuvieron rangos articulares conservados 11.1% (antes) aumento a 18.5% (después), en la fuerza muscular los que presentaron un grado 3 representaban el 66,7% (antes), disminuyó a 0.0%(después) y los que tuvieron fuerza muscular en grado 4 representaban el 33.3% (antes) y aumentó al 100.0% (después) y así se pudo demostrar que se obtuvo una influencia positiva. ⁽¹¹⁾

Soto (2015) realizó una investigación titulada “Prevalencia de lesiones ligamentarias de rodillas en pacientes del servicio de medicina física y rehabilitación del centro médico naval y hospital militar central en el periodo 2012 – 2013”, cuyo objetivo fue comparar Prevalencia de lesiones ligamentarias de rodillas en pacientes del servicio de medicina física y rehabilitación del centro médico naval y hospital militar central en

el periodo 2012 – 2013, el diseño de este estudio es descriptivo comparativo transversal. Como problema general cuanto es la prevalencia de lesiones ligamentarias de rodilla del servicio de medicina física y rehabilitación, del Centro Médico Naval y Hospital Militar. Así mismo como problema específico cuanto es la prevalencia de lesiones ligamentarias de rodilla según sexo, la edad, talla, peso, IMC, ocupación. Se obtuvo dicha información de lesiones ligamentarias de rodilla, mediante la ficha de recolección de datos, historias clínicas y base de datos. Mediante la recolección de datos, se obtuvo de ambos hospitales una muestra total de 459 pacientes, 210 fueron del hospital militar y 249 hospital naval. Los resultados de la prevalencia de lesiones ligamentarias de rodilla, se dieron 111(44,6%) casos de LCA en el Hospital Naval y en el Hospital Militar 100(47,6%), se observó que la prevalencia en ambos centros médicos fue la lesiones del LCA. El sexo más predominante fue el masculino con 35,9%, en las edades por grupos etáreos los más jóvenes fueron los que sufrieron lesión de LCA en edades de 19 a 29 años con 16,8%, por el tipo de ocupación en ambos hospitales el LCA también presentó lesión con un 34,6%, por peso entre 67 y 76 Kg con un 25,9% y la talla con 27,0% en pacientes de 1.61 y 1.69m, IMC de 23.5% presentaron sobre peso. Estos resultados fueron comprados con otros estudios sobre prevalencia de lesiones ligamentarias de rodilla ⁽¹²⁾

Grimaldo (2010) realizó una investigación titulada “Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los

dominios de bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, pareja, vida familiar, ocio, medios de comunicación, religión y calidad de vida y tres factores del estilo de vida saludable (actividad deportiva, consumo de alimentos y sueño y reposo) en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud de la ciudad de Lima, Perú. Método. Diseño descriptivo-correlacional conducido con 198 profesionales de la salud, estudiantes de maestría y doctorado. Los instrumentos aplicados fueron una escala de calidad de vida y un cuestionario de estilo de vida saludable. Cuyo resultados fue que no se encontró correlación entre calidad de vida y actividad deportiva. Se halló correlación entre calidad de vida del dominio salud y consumo de alimentos en el grupo de edad más joven. Se observaron correlaciones moderadas entre algunos dominios de la calidad de vida (amigos, vida familiar, ocio y religión) y sueño y reposo, principalmente en el grupo que recibe entre USD719 y USD1436. Respecto al dominio vecindario, las correlaciones moderadas se hallaron en el grupo de los que ganan hasta USD 718 y en los profesionales no médicos. Conclusión. Los hallazgos del estudio muestran que existe una estrecha relación entre sueño y calidad de vida, aunque hay necesidad de continuar investigando en otros grupos muestrales⁽¹³⁾

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Estilos de vida.

El estilo de vida se puede considerar como un modelo de conducta relacionada con la salud El estilo de vida, va a representar el conjunto de las decisiones tomadas por los individuos con repercusión sobre su propia salud, en suma los factores sobre los cuales el hombre puede ejercer un

control. Los hábitos de vida explican alrededor del 40% de las causas de muerte en los países avanzados, y dado que a menudo es difícil diferenciar entre la influencia de un estilo de vida y del medio, se dice que ambos, conjuntamente, determinan entre el 60 y 80% de la mortalidad en los países desarrollados. ⁽¹⁴⁾

Estilo de vida, se entiende el patrón de conducta que tienen los trabajadores, el cual se define por las características de su trabajo, la alimentación, el ejercicio que realiza, las adicciones que tiene, el tiempo que descansan y duermen, el tipo de recreación que eligen y su actitud ante la prevención y la atención de su salud, factores que están presentes de manera permanente en los trabajadores cuyas características repercuten necesariamente en beneficio de su salud o en perjuicio de ésta, cómo se puede observar, las actitudes y conductas que se tienen ante estos aspectos definen lo saludable o nocivo que puede ser el estilo de vida. El conocimiento y la valoración en forma integral de todos sus factores, permiten establecer los patrones de conducta de los trabajadores que están interactuando en forma constante con los factores laborales ⁽³⁾.

Todo ello nos lleva al concepto de *estilo de vida* definido por distintos autores, así tenemos el de Henderson, Hall y Lipton como el:

“conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona” (citado por Henderson, Hall y Lipton, 1980). ⁽¹⁴⁾

Mendoza aporta una definición similar a la anterior al exponer:

“el estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo” (citado por Mendoza, 1994).⁽¹⁴⁾

A continuación, este autor afirma:

“Dentro de una determinada sociedad no hay un único estilo de vida saludable, sino muchos, cualquiera que sea la definición de salud que se adopte. El estilo ideal de vida saludable no existe, afortunadamente, porque implicaría que sólo una cierta manera de afrontar diariamente la realidad en la que se vive es saludable. Además, cualquier estilo de vida calificado globalmente como saludable puede contener elementos no saludables, o saludables en un sentido pero no en otro” (citado en Mendoza, 1994).⁽¹⁴⁾

2.2.1.2. Importancia del estilo de vida para la salud.

Los niveles de salud de los pacientes están determinados por cuatro factores esenciales: el primero es la herencia genética, con un peso específico del 27%; el segundo es el medio ambiente o entorno en que se vive, que influye el 19%; el tercer factor es el sistema sanitario, que aporta el 11%; y en cuarto lugar nos encontramos con el estilo de vida individual, que representa el 43% y es, por lo tanto, el primer aspecto que debe considerarse dada su importancia cuantitativa como determinante de la salud. La buena noticia del tema radica en que su control o influencia depende esencialmente de nosotros mismos. Patrones de conducta

basados en promover determinados hábitos saludables, y en eliminar ciertas costumbres nocivas, configuran un estilo de vida que, positiva o negativamente, pueden condicionar nuestra salud. ⁽¹⁵⁾

2.2.1.3. La intervención en los estilos de vida en un adulto

Para Córdoba en el 2012 las intervenciones que intentan ayudar a las personas a adoptar (o mantener) un estilo de vida saludable comparten una serie de principios comunes, algunos de ellos son:

Las personas deben tener un papel proactivo en el proceso del cambio.

Adquirir una nueva conducta es un proceso, no un hecho puntual, que, a menudo, requiere un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas.

Los factores psicológicos, como creencias y valores, influyen en la conducta, influye en los valores y en la experiencia de las personas.

Las relaciones y las normas sociales tienen una influencia sustantiva y persistente.

La conducta depende del contexto en que ocurre; la gente influye y está influenciada por su entorno físico y social.

Cuanto más beneficiosa o gratificante es una experiencia, más posibilidades hay de que se repita; cuanto más perjudicial o displacentera, menos probable es que se repita.

2.2.2. Dimensiones de los estilos de vida del adulto.

a) Dimensión nutrición

Lozano define que la nutrición es la ciencia que trata de definir los requerimientos cualitativos y cuantitativos de la alimentación equilibrada, necesaria para conservar la salud. La selección de alimentos que contengan los nutrientes oportunos y en la cantidad adecuada ha de tener presente que comer es algo más que realizar un aporte adecuado de nutrientes y, por lo tanto, a la hora de confeccionar una dieta deben de tenerse distintas circunstancias como son los gustos, costumbres y otros ⁽¹⁶⁾

La nutrición se define como el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo vivo, y en nuestro caso el ser humano, utiliza, transforma e incorpora una serie de sustancias que recibe del mundo exterior y que forman parte de los alimentos con objeto de suministrar energía, construir y reparar estructuras orgánicas, así como regular los procesos biológicos. A diferencia de la alimentación, presenta las características de no ser educable y ser inconsciente e involuntaria. La nutrición como ciencia no está aislada, sino que se apoya y se interrelaciona con diversas ramas del conocimiento tales como la química, bioquímica y fisiología entre otras muchas ⁽¹⁷⁾.

b) Dimensión ejercicio

Muchos han sido las investigaciones que han tratado de poner de manifiesto una relación “causa-efecto” del ejercicio en la prevención de enfermedades. Los beneficios de la actividad física en sí no han podido

ser separados de otros factores comunes al ejercicio, como por ejemplo, su repercusión sobre el metabolismo de las grasas. Se debe demostrar que, el efecto ejercicio sobre la salud, no es causado por otros factores que no sean los propios del ejercicio. ⁽¹⁴⁾

La práctica de la actividad física constituye uno de los principales triunfos de un estilo de vida saludable y de una verdadera protección y promoción de la salud. Los resultados de numerosas investigaciones indican que la actividad física regular asegura a las personas de todas las edades, tanto hombres como mujeres, unos beneficios evidentes para su salud física, social y mental, así como para su bienestar general. A partir de estudios realizados con población general, la actividad física ha sido vinculada de manera reiterativa y justificada a los hábitos saludables del individuo, es decir, que la práctica de una actividad física regular y estable ayuda a mejorar tanto la salud física como la psicológica, incrementando la calidad de vida ⁽¹⁸⁾.

Está generalmente aceptado que la práctica de actividad física es muy recomendable, sobre todo por el componente saludable que conlleva; sin embargo, también es cierto que la realización de actividad física no programada está condenada al fracaso, sobre todo si está configurada con el ánimo de que un grupo de personas se adhiera a una actividad física concreta. Tanto desde la perspectiva personal como grupal. Ello conllevará no sólo conocer qué es lo que favorece la práctica de dicha actividad física, sino también identificar lo que puede entorpecer un desarrollo adecuado. ⁽¹⁹⁾

No existe ninguna prueba aparente de que un plan de ejercicios bien programados puede ser dañino para la salud, y sí de que puede ser absolutamente provechoso. Es, por tanto, muy arriesgado para la salud mantenerse inactivo, en vez de ejercitarse con regularidad. La persona que realiza ejercicio físico de forma regular lo suele hacer de forma voluntaria y, casi siempre, debido a que está convencido de que la actividad física mejora su calidad de vida. Pero indudablemente, por encima de todo, hay un factor más importante si cabe que incluso la prolongación de la vida, éste no es otro que la mejora de un estilo de vida saludable.⁽¹⁴⁾

No se puede cuestionar pues, que un programa de ejercicio bien dirigido y apropiado a las características individuales de cada uno, previene la degeneración hipocinética añadiendo además que la actividad física va a incidir de una forma muy favorable sobre determinados sistemas, así por ejemplo:

- El tejido óseo que se encuentra constantemente sometido a procesos de remodelación de sus minerales, por el efecto del ejercicio se incrementa el depósito de calcio en las líneas de fuerza del hueso que se someten a mayor tensión, con el consiguiente aumento de densidad y consistencia y menor posibilidad de presentación de osteoporosis.
- Además los ligamentos y tendones entrenados son más gruesos y pesados, quizá debido a un incremento del colágeno contenido en el tejido conectivo que envuelve el músculo. El músculo ejercitado va a combatir la atrofia, por medio del aumento del tono, que será la base de

una mejora notable de la musculatura de sostén, lo que evitará las típicas deformaciones de la columna vertebral, tales como la cifosis, la hiperlordosis o la escoliosis. ⁽¹⁴⁾

c) Dimensión responsabilidad en salud

Lopategui refiere que la responsabilidad en salud implica escoger/decidir sobre alternativas saludables/correctas en vez de aquellas que envuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que tenemos la habilidad para modificar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social, podemos modificar nuestros riesgos mediante cambios en nuestro comportamiento. Para poder estar consciente de los efectos potenciales peligrosos de hábitos/dependencias de riesgo, se requiere un esfuerzo reflexivo para examinar nuestras vidas desde la perspectiva de la salud y luego un esfuerzo concertado dirigido a cambiar/modificar los hábitos negativos arraigados. El estado de salud que posee cada individuo dependerá en gran medida de los tipos de comportamientos que efectúe éste. Podemos definir comportamiento como la descripción de la interacción con las personas y el ambiente. Se hace referencia al comportamiento de salud, es decir, a las acciones o formas de actuar y reaccionar que afectan a la salud personal y comunitaria. ⁽¹⁸⁾.

d) Dimensión manejo de estrés

El estrés lo genera la persona y no es fácil de detectar. Los especialistas advierten que no es una enfermedad, ni siquiera está recogido en la lista de enfermedades laborales. El estrés es otro factor

de riesgo, siendo responsable de un desequilibrio emocional que a la larga se traduce en una respuesta humoral con incremento de catecolaminas y los consiguientes efectos sobre la tensión arterial. Este trastorno de la personalidad no afecta a todas las personas por igual, y la acción extrínseca responsable del estrés, puede tener efectos incitantes sobre determinadas personas y, sobre otras, no tener apenas repercusión.⁽¹⁴⁾

Hoy en día, la gran mayoría de investigadores y ni qué decir de la población en general emplea el término estrés solo con la connotación de distrés, como desadaptación, con las importantes consecuencias negativas para el organismo que las sufre, impidiendo que desde el mismo término se pueda comprender lo esencial que es adaptarse para vivir en equilibrio. El estrés no es algo que está en nuestro ambiente y que nos ataca, o algo de lo que somos víctimas indefensas. El estrés experimentado por una persona se debe a su interpretación de la situación que enfrenta, basándose en sus habilidades y su propia historia. El eustrés puede llegar a su máximo beneficio de armonía y rendimiento cuando se produce la integración, así como el distrés lleva a la tensión y puede degenerar en “quemamiento” con todo tipo de alteraciones mentales, emocionales y físicas⁽²⁰⁾.

e) Dimensión soporte interpersonal

Matalinares, Sotelo, Sotelo, Arenas, Díaz, Dioses, Yaringaño , Muratta y Pareja menciona que los hombres y mujeres se benefician por igual de participar en actividades sociales a todas las edades.

Aquellos que continúan interactuando con otros tienen a ser más saludables, tanto física como mentalmente, que aquellos que se mantienen aislados socialmente. La interacción con amigos y familia provee apoyo práctico y emocional la cual les permite permanecer en el ambiente comunitario y reducir la necesidad de usar los servicios de salud. Respecto al valor, cabe señalar que es una cualidad por la que una persona, un hecho, despierta mayor o menor aprecio, admiración o estima. Los valores concuerdan con nuestras concepciones de la vida y del hombre; no existen en abstracto ni de manera absoluta, se encuentran ligados a la historia, las culturas, los grupos humanos; influyen en nuestra forma de pensar, en nuestros sentimientos y formas de comportarnos; suponen un compromiso real y profundo de la persona ante sí misma y ante el medio social donde vive. ^{(21)}}

f) Dimensión autoactualización

Parra, Ortiz, Barriga, Guillermo, y Neira mencionan que el ser humano es por naturaleza un ser social, el medio le permite crecer y desarrollarse, su inicio se manifiesta en el seno familiar (sociedad primaria) y en la medida que se suceden los distintos ciclos de vida, según Erikson, el grado de socialización aumenta. La institución educativa donde las actividades extra programáticas (deportes, idiomas, artes, entre otras) van desarrollando socialmente al sujeto, determinando distintos roles en los ámbitos en que se mueve, más tarde el trabajo y/o estudio amplían sus niveles o grados de socialización, como así también la constitución de una familia. En este contexto se establecen lazos con

las generaciones que los antecede (padres) y los que le continúan (hijos). Desde esta perspectiva el ser humano crece y se desarrolla dentro de la sociedad. ⁽²²⁾

2.2.3. Artrosis

La artrosis es una enfermedad de progresión lenta que puede afectar a distintas articulaciones, como la columna vertebral, o las manos, o las de descarga de peso como las caderas y rodillas. Su prevalencia aumenta con la edad, y si bien la edad de comienzo es tema de discusión, se sabe que es una enfermedad casi universal en personas mayores de 65 años. Hay otros factores implicados en la artrosis además de la edad: las ocupaciones que someten a determinadas articulaciones a traumatismos repetitivos o el exceso de uso continuo de una articulación predisponen al individuo a padecer artrosis en dichas articulaciones. Una mecánica articular anormal, es decir, articulaciones que no recorran su arco de movimiento en forma fisiológica o en las cuales la descarga de peso sea despareja, como ocurre por ejemplo en un genu varo o en la diferencia de longitud de miembros inferiores; o un traumatismo aislado, como una fractura que interese una superficie articular, también son factores predisponentes. ⁽²³⁾

La artrosis es definida como una forma común de artritis caracterizada por degeneración del cartílago articular y cambios reactivos en el hueso circundante y el tejido periarticular. El proceso patológico provoca dolor y disfunción de las articulaciones afectadas y es una causa importante de discapacidad en la población en general. En la mayoría de

los pacientes la afección se limita a una o un pequeño número de articulaciones o áreas articulares. La osteoartritis secundaria se ha asociado con condiciones que causan daño al cartílago articular a través de diversos mecanismos, incluyendo procesos mecánicos, inflamatorios y metabólicos (traumatismos, artritis inflamatoria, condiciones displásicas y hereditarias, trastornos óseos, trastorno metabólico y endocrina) ⁽²⁾

La artrosis también denominada osteoartrosis, osteoartritis (OA) e, incluso, enfermedad articular degenerativa, según la Sociedad Española de Reumatología (SER) podemos considerar la artrosis como una patología articular degenerativa caracterizada por un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial. La artrosis afecta a todas las estructuras de la articulación. No sólo existe la pérdida de cartílago hialino articular, también hay remodelación del hueso subcondral junto a un estiramiento capsular y debilitación de los músculos periarticulares. En algunos pacientes, la sinovitis está presente. ⁽²⁴⁾

Es una enfermedad crónica que se caracteriza por el deterioro paulatino del cartílago de las articulaciones. Este deterioro conduce a la aparición de dolor con la actividad física, incapacidad variable para caminar y permanecer de pie, así como a deformidad progresiva de la rodilla. La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente. De hecho, a partir de los 50 años, prácticamente todo el mundo tiene manifestaciones radiológicas de esta enfermedad. ⁽²⁵⁾

La artrosis es primariamente una enfermedad del cartílago. El evento inicial se atribuye generalmente al estrés mecánico que produce múltiples microfracturas que conducen a la degradación y pérdida gradual del cartílago articular, pero finalmente quedan implicados todos los tejidos de la articulación y se va produciendo limitación funcional, desequilibrio muscular y dolor. Por eso es fundamental mantener la movilidad plena y el equilibrio muscular durante nuestra vida cotidiana. ⁽²³⁾

La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente. Se produce por el desgaste del cartílago articular y la alteración del hueso adyacente a la articulación. ⁽²⁶⁾

Cada persona, mientras realice los ejercicios, se irá dando cuenta de las alteraciones de su postura y de sus limitaciones, aprenderá a conocerlas y a sentirlas e irá haciendo lo conveniente dentro de sus posibilidades. En definitiva, recordando a Lapierre, la reeducación no puede ser la utilización servil de un formulario de ejercicios sin tener en cuenta ningún otro factor. ⁽²³⁾

Como prevención, es importante el trabajo corporal, no se debe esperar la limitación funcional o el dolor para comenzar una terapia física.

Los NO en la artrosis

Si la artrosis se da en los miembros inferiores, se debe evitar básicamente:

- El sobrepeso
- Estar mucho tiempo de pie, y en caso de tener que hacerlo, es preferible moverse y caminar.
- Realizar largas caminatas sobre todo si se siente dolor.
- Realizar ejercicios de pie, particularmente los de flexo-extensión de caderas y rodillas, saltos, con pesas.
- Subir y bajar escaleras más de lo estrictamente necesario.
- Sentarse en asientos bajos. Las caderas no deben quedar flexionadas por encima de 90 grados, y en esa posición incorporarse sería más traumático para las rodillas. ⁽²³⁾

Los SÍ en la artrosis

- Mover las rodillas antes de levantarse después de haber estado sentado cierto tiempo.
- Sentarse en un lugar alto y balancear las piernas.
- hacer bicicleta fija sin carga comenzando gradualmente y estirando completamente la rodilla en cada vuelta.
- Mover libremente las articulaciones en los arcos completos de movimiento.. ⁽²³⁾

2.2.3.1. Síntomas de la artrosis

Es como si las rodillas estuvieran agarrotadas y necesitaran calentarse para poder caminar de nuevo. Al poco rato desaparece la

rigidez y el dolor inicial pero tras un periodo variable de estar caminando, reaparece el dolor. Si la persona que tiene artrosis de rodilla se para, el dolor poco a poco va cediendo. A veces la rodilla se pone hinchada y caliente. Son los episodios de inflamación que de forma ocasional se observan, en la artrosis de rodilla. ⁽²⁵⁾

La membrana sinovial produce líquido sinovial en exceso y por eso la rodilla aparece tumefacta. No es esto lo mismo que la hinchazón general de piernas, tobillos y pies que aparece tras estar mucho tiempo de pie en personas que retienen líquidos. En la artrosis de rodilla lo que se hincha es la articulación, permaneciendo normal la pierna, tobillo y pie. En cambio, en la gente que retiene líquidos, es toda la pierna, de rodilla para abajo, la que se hincha. ⁽²⁵⁾

Con el tiempo puede irse alterando la alineación de la rodilla, generalmente metiéndose hacia adentro las piernas. La rodilla se deforma por la reacción del hueso articular ante la artrosis, formando en los bordes de la articulación unas rebabas óseas que se llaman osteofito ⁽²⁵⁾

2.2.3.2. Cómo se diagnostica la artrosis de la rodilla

La artrosis se diagnostica mediante la realización de una adecuada historia clínica entrevista con el paciente, una exploración de las articulaciones y la petición de radiografías. Ocasionalmente es necesario extraer el líquido articular que se haya acumulado dentro de la rodilla para analizarlo, cerciorarse de que sus características son las que cabría esperar en la artrosis, y, sobre todo, descartar enfermedades articulares

por cristales microscópicos, que pueden manifestarse clínicamente de forma muy parecida a la artrosis. No hacen falta análisis especiales de laboratorio para diagnosticar la enfermedad aunque pueden ser necesarios algunos exámenes para descartar otros procesos que pueden simular una artrosis de rodilla y para asegurar que se pueden dar las medicinas con escaso riesgo para el organismo. La artrosis no puede diagnosticarse exclusivamente mirando una radiografía, porque a partir de cierta edad todo el mundo tiene signos artrósicos en las radiografías. Sin una entrevista y exploración física adecuadas no será posible diagnosticar correctamente la enfermedad. ⁽²⁵⁾

2.2.3.3. Tipos de artrosis

Según su etiología, la artrosis se clasifica en: artrosis primaria o idiopática si no presenta ninguna causa aparente, por lo que se le puede atribuir a los factores de riesgo no modificables como edad, origen étnico, género, obesidad; y artrosis secundaria cuya afección ocurre debido a múltiples factores patogénicos locales y sistémicos.

2.3. Definición de términos básicos

Artrosis

Desgaste y la degeneración del cartílago en la articulación de la rodilla

Estilo de vida

Son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo poco menos que una ideología, aunque sea esa a veces la intención del que aplica las expresión, cuando se

extiende a la totalidad de la cultura y el arte, como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo -nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultural, etc., expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

Nutrición

La nutrición es el proceso biológico en el que los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de sus funciones vitales. La nutrición también es el estudio de la relación que existe entre los alimentos y la salud, especialmente en la determinación de una dieta.

Ejercicio

Se llama ejercicio físico a cualquier actividad física que mejora y mantiene la amplitud física, la salud y el bienestar de la persona. Se lleva a cabo por diferentes razones, como el fortalecimiento muscular, mejora del sistema cardiovascular, desarrollar habilidades atléticas, deporte, pérdida de grasa o mantenimiento, así como actividad recreativa.

Responsabilidad en salud

La responsabilidad ante nuestra salud implica escoger/decidir sobre alternativas saludables/correctas en vez de aquellas que envuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que tenemos la habilidad para modificar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social, podemos modificar nuestros riesgos mediante cambios en nuestro comportamiento.

Manejo de estrés

El manejo del estrés laboral engloba todas aquellas recomendaciones que tienen por objeto mantener Bajo control las situaciones de estrés en el entorno laboral, así como aquellas prácticas saludables que nos ayudan a minimizar sus consecuencias en nuestro organismo.

Soporte interpersonal

El soporte interpersonal permite comprender a los demás y comunicarse con ellos, teniendo en cuenta sus diferentes estados de ánimo, temperamentos, motivaciones y habilidades. Incluye la capacidad para establecer y mantener relaciones sociales y para asumir diversos roles dentro de grupos, ya sea como un miembro más o como líder. Este tipo de inteligencia la podemos detectar en personas con habilidades sociales definidas, políticos, líderes de grupos sociales o religiosos, docentes, terapeutas y asesores educativos. Y en todos aquellos individuos que asumen responsabilidades y muestran capacidad para ayudar a otros.

Autoactualización

Motivación de crecimiento, necesidad de ser y autorrealización. Es la necesidad psicológica más elevada del ser humano, se halla en la cima de las jerarquías, y es a través de su satisfacción que se encuentra una justificación o un sentido válido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, o al menos, hasta cierto punto.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Formulación de hipótesis principal y derivadas

3.1.1. Hipótesis principal

Existe relación entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.

3.1.2. Hipótesis derivadas

- Existe relación entre la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre la responsabilidad de la salud y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre el manejo de estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años .

- Existe relación entre el soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre la actualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.

3.2. Variables, definición conceptual y operacional

a) Variable independiente

Estilo de vida

b) Variable dependiente

Artrosis de la rodilla

3.2.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala	Categoría
Variable independiente Estilo de vida	Estilo de vida, se entiende el patrón de conducta que tienen los trabajadores, el cual se define por las características de su trabajo, la alimentación, el ejercicio que realiza, las adicciones que tiene, el tiempo que descansan y duermen, el tipo de recreación que eligen y su actitud ante la prevención y la atención de su salud, factores que están presentes de manera permanente en los trabajadores cuyas características repercuten necesariamente en beneficio de su salud	Nutrición	Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)	Ordinal	-Estilo de vida poco saludable (6-9) -Estilo de vida saludable (10-18) -Estilo de vida muy saludable (19-24)
Ejercicio		Ordinal		-Estilo de vida poco saludable (5-8) -Estilo de vida saludable (9-11) -Estilo de vida muy saludable (12-20)	
Responsabilidad En Salud		Ordinal		-Estilo de vida poco saludable (10-19) -Estilo de vida saludable (20-24) -Estilo de vida muy saludable (25-40)	
Manejo del Estrés		Ordinal		-Estilo de vida poco saludable (7-13) -Estilo de vida saludable (14-18) -Estilo de vida muy saludable (19-28)	
Soporte Interpersonal		Ordinal		-Estilo de vida poco saludable (7-14) -Estilo de vida saludable (15-19) -Estilo de vida muy saludable (20-28)	
Autoactualización		Ordinal		-Estilo de vida poco saludable (13-29) -Estilo de vida saludable (30-43) -Estilo de vida muy saludable (44-52)	
Variable dependiente Artrosis de rodilla	Desgaste y la degeneración del cartilago en la articulación de la rodilla.	Diagnostico Clínico	Historia Clínica y Test (Crepitación ósea a los movimientos activos)	Nominal	-Con artrosis de rodilla. (presencia de desgaste y degeneración del cartilago) -Sin artrosis de rodilla (no presencia de desgaste y degeneración del cartilago)

CAPÍTULO IV

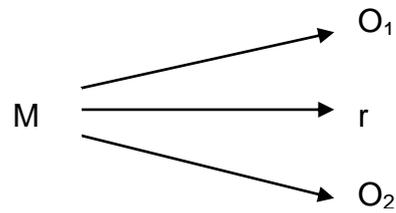
METODOLOGÍA

4.1. Diseño metodológico

4.1.1. Tipo de investigación

El enfoque de investigación es el cuantitativo ⁽²⁷⁾ que representa, como dijimos, un conjunto de procesos es secuencial y probatorio. Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones. En el libro de metodología de investigación de los autores Hernández R. Fernández C. y Baptista P. el tipo de investigación es correlacional ⁽²⁷⁾

Charaja ⁽²⁸⁾ plantea el siguiente bosquejo para los trabajos correlacionales.



Donde

M = Muestras de estudio.

O₁ = Observación de la variable 1.

O₂ = Observación de la variable 2.

r = Grado de relación existente

4.1.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación es correlacional, este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular. ⁽²⁹⁾

4.1.3. Método de investigación

El método que se ha utilizado en el presente estudio es hipotético deductivo. Es decir, es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. ⁽³⁰⁾

4.2. Diseño muestral

4.2.1. Población y muestra de investigación

4.2.1.1. Población

La población estuvo conformada por 100 adultos entre edades de 30 a 59 años que asisten a la Clínica Reumacenter de la ciudad de Juliaca.

4.2.1.2. Muestra

La muestra es probabilística para población finitas, y estuvo conformada por 80 adultos entre edades de 30 a 59 años que acuden a la Clínica Reumacenter de la ciudad de Juliaca.

$$n_0 = \frac{NpqZ^2}{(N-1)E^2 + Z^2pq}$$

N: La población estuvo conformado por 80 adultos

E: Error de la muestra estadística e= 0.05

P: probabilidad de la población que tenga la característica p= 0.50

Q: probabilidad de la población que no tenga la característica q= 0.50

Z: nivel de Confianza mediante la tabla estadística (z= 1.96)

$$n = \frac{100 \times 0.50 \times 0.50 \times 1.96^2}{(100 - 1)0.05^2 + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = 80$$

La muestra estuvo conformada por 80 adultos entre edades de 30 a 59 años que acuden a la Clínica Reumacenter de la ciudad de Juliaca.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Adultos que firmen el consentimiento informado.
- Adultos que desean participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Adultos que no firmen el consentimiento informado.
- Adultos que no desean participar en la investigación.

4.3. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

4.3.1. Técnicas

Entrevista: Según la investigación la técnica es la entrevista para la variable de estilo de vida.

Análisis de contenido: Para la variable de artrosis de rodilla se analizó las historias clínicas que en el análisis de contenido. ⁽²⁷⁾

4.3.2. Instrumentos

Entrevista estructurada : el instrumento que se utilizó en la presente investigación es la entrevista estructurada y es a través del cuestionario perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Pender que consta de 48 ítems, esta prueba consta de 6 dimensiones: Nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo de estrés, soporte interpersonal y auto actualización. Está integrado por 48 reactivos tipo Likert, con un patrón de respuesta con cuatro criterios (nunca = 1; a veces= 2; frecuentemente = 3; rutinariamente = 4); el valor mínimo es 48 y el máximo de 192, la

mayor puntuación refiere mejor estilo de vida. Las dimensiones del estilo de vida se detallan a continuación:

Luego de aplicar la escala de estacionones para los estilos de vida y en todas sus dimensiones como son: Nutrición, Ejercicio, Responsabilidad en Salud, Manejo del Estrés, Soporte Interpersonal, Autoactualización.

Nivel de estilo de vida

Poco saludable : 48 – 107

Saludable : 108 – 131

Muy saludable : 132 – 192

Para la variable dependiente que es la artrosis de rodilla se utilizó las historias clínicas y el Test de crepitación ósea a los movimientos activos.

4.4. Técnicas de procesamiento de la información

Primeramente se envió una solicitud al dueño de la clínica Reumacenter para el recojo de la información, una vez aceptada esta solicitud se recogió la información de los pacientes con artrosis de rodilla y sin artrosis de rodilla, además se aplicó el cuestionario de PEPSI para obtener que estilo de vida tienen dichos pacientes. Los datos obtenidos fueron digitados en el excel para luego utilizar el software estadístico SPSS 24 para mostrar resultados en tablas, gráficos y figuras de correlación ⁽³⁰⁾.

4.5. Técnicas estadísticas utilizada en el análisis de la información

Para la presente investigación se utilizó la prueba estadística de chi cuadrada esta prueba estadística es para variables cualitativas nominales y ordinales. ⁽³¹⁾

En general, la prueba es similar tanto para dos como para k muestras o grupos independientes cuya formula es la siguiente:

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

$\theta_{i.}$ = Es el total observado por la i-ésima fila.

$\theta_{.j}$ = Es el total observado por la j-ésima columna

$\theta_{..}$ = Es el total general (tamaño de muestra)

f : Número de filas

c : Número de columnas

Capítulo V

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1. Análisis de tablas de contingencias y gráficos

Los resultados que presentamos a continuación son tablas de contingencias (tablas de doble entrada), son tablas de los estilos de vida con la artrosis de rodilla (ver tabla 1) y el estilo de vida en sus 6 dimensiones como son: nutrición (ver tabla 2), ejercicio (ver tabla 3), responsabilidad de la salud (ver tabla 4), manejo de estrés (ver tabla 5), soporte interpersonal (ver tabla 6), autoactualización (ver tabla 7) en un tabla combinada o de contingencia con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la Clínica Reumacenter.

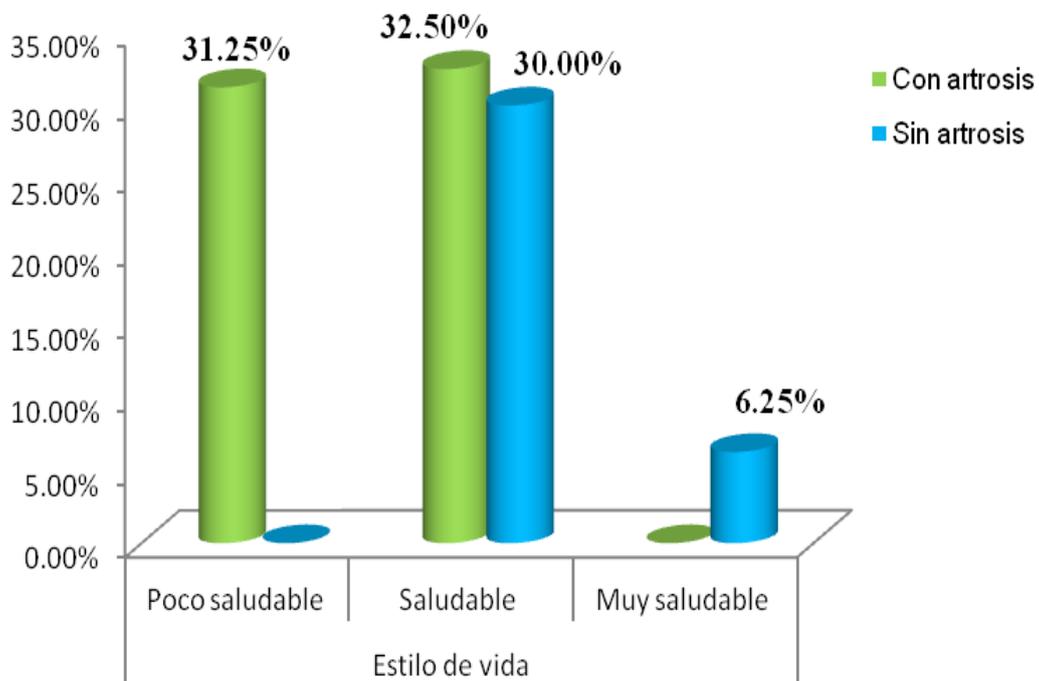
5.1.1. En relación al primer objetivo específico.

TABLA N° 1
EL ESTILO DE VIDA Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA REUMACENTER.

ARTROSIS						
Estilo de vida	Con artrosis		Sin artrosis		total	total %
	fi	%	fi	%		
Poco saludable	25	31.25%	0	0.00%	25	31.25%
Saludable	26	32.50%	24	30.00%	50	62.50%
Muy saludable	0	0.00%	5	6.25%	5	6.25%
TOTAL	51	63.75%	29	36.25%	80	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 1
EL ESTILO DE VIDA Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA REUMACENTER.



Fuente: Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 01 se muestra que 50 pacientes que representa el 62.50% tuvieron un estilo de vida saludable, 25 pacientes que representa el 31.25% tuvieron un estilo de vida poco saludable, 5 pacientes representa el 6.25% tuvieron un estilo de vida muy saludable.

De acuerdo con los pacientes diagnosticados con artrosis existe 51 pacientes que representa el 63.75% tuvieron artrosis, 29 pacientes que representa el 36.25% no tuvieron diagnóstico de artrosis de rodilla.

De la misma manera podemos afirmar que 25 pacientes con artrosis de rodilla que representa el 31.25% tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente de 26 pacientes que representa el 32.50% con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla.

Por otro lado tenemos que 24 pacientes sin artrosis de rodilla que representa el 30% tuvieron un estilo de vida saludable, 5 pacientes sin artrosis que representa el 6.25% tuvieron un estilo de vida muy saludable.

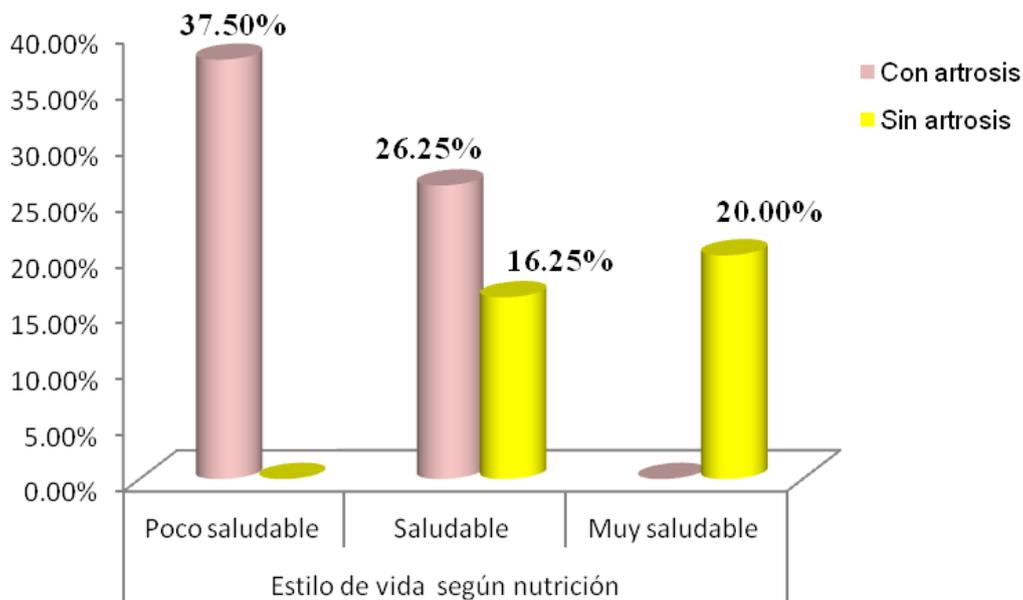
De acuerdo a nuestra prueba estadística $\chi_c^2 = 25.996 > \chi_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a por lo tanto podemos mencionar que el estilo de vida tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

TABLA Nº 2
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN LA NUTRICIÓN Y LA ARTROSIS DE
RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA
REUMACENTER.

Estilo de vida según nutrición	ARTROSIS				total	total %
	Con artrosis		Sin artrosis			
	fi	%	fi	%		
Poco saludable	30	37.50%	0	0.00%	30	37.50%
Saludable	21	26.25%	13	16.25%	34	42.50%
Muy saludable	0	0.00%	16	20.00%	16	20.00%
TOTAL	51	63.75%	29	36.25%	80	100.00%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO Nº 2
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN LA NUTRICIÓN Y LA ARTROSIS DE
RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA
REUMACENTER.



Fuente: Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 02 se muestra que 34 pacientes que representa el 42.50% tuvieron un estilo de vida saludable, 30 pacientes que representa el 37.50% tuvieron un estilo de vida poco saludable, 16 pacientes representa el 20% tuvieron un estilo de vida muy saludable.

De acuerdo con los pacientes diagnosticados con artrosis existe 51 pacientes que representa el 63.75% tuvieron artrosis, 29 pacientes que representa el 36.25% no tuvieron diagnóstico de artrosis de rodilla.

También observamos que 30 pacientes con artrosis de rodilla que representa el 37.50% tuvieron un estilo de vida poco saludable, continuamente 21 pacientes que representa el 26.25% con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla.

Por otro lado tenemos que 13 pacientes sin artrosis de rodilla que representa el 16.25% tuvieron un estilo de vida saludable, 16 pacientes sin artrosis que representa el 20% tuvieron un estilo de vida muy saludable.

De acuerdo a nuestra prueba estadística $X_c^2 = 45.255 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a por lo tanto el estilo de vida en la dimensión nutrición tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

TABLA N° 3

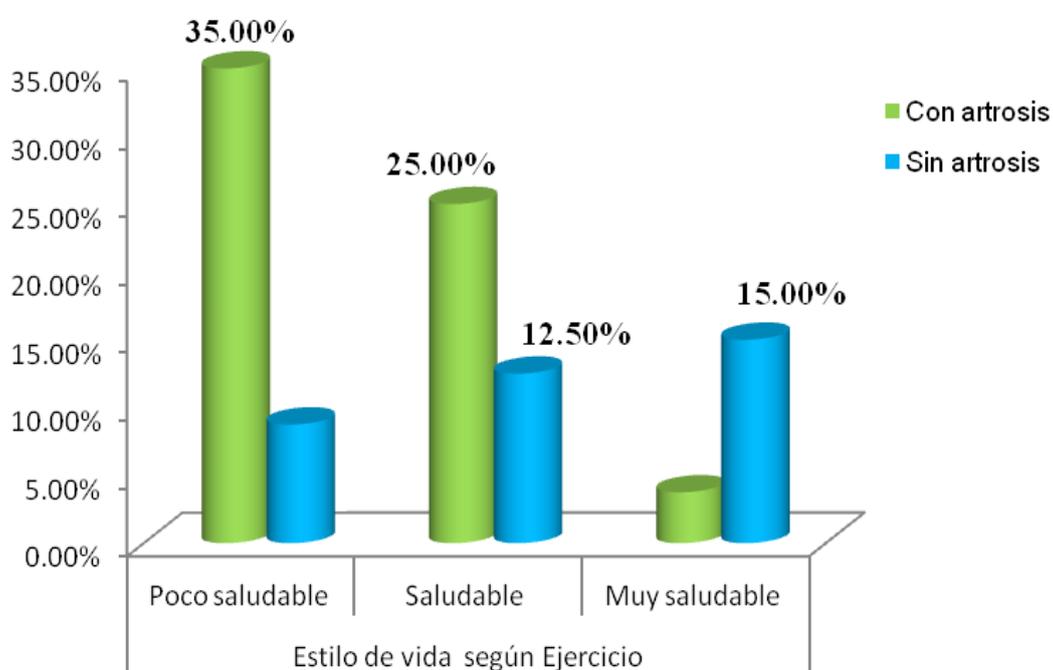
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN EL EJERCICIO Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA REUMACENTER.

ARTROSIS						
Estilo de vida según Ejercicio	Con artrosis		Sin artrosis		total	total %
	fi	%	fi	%		
Poco saludable	28	35.00%	7	8.75%	35	43.75%
Saludable	20	25.00%	10	12.50%	30	37.50%
Muy saludable	3	3.75%	12	15.00%	15	18.75%
TOTAL	51	63.75%	29	36.25%	80	100.00%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 3

EL ESTILO DE VIDA SEGÚN EL EJERCICIO Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA REUMACENTER.



Fuente: Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo a nuestra tabla N° 03 se muestra que 35 pacientes que representa el 43.75% tuvieron un estilo de vida poco saludable, 30 pacientes que representa el 37.50% tuvieron un estilo de vida saludable, 15 pacientes representa el 18.75% tuvieron un estilo de vida muy saludable.

De igual manera también se muestra que 28 pacientes con artrosis de rodilla que representa el 35% tuvieron un estilo de vida poco saludable, por otro lado 20 pacientes que representa el 25% con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 3 pacientes que representa el 3.75% tuvieron artrosis de rodilla. Vemos por otra parte que 12 pacientes sin artrosis de rodilla que representa el 15% tuvieron un estilo de vida muy saludable, 10 pacientes sin artrosis que representa el 12.50% tuvieron un estilo de vida saludable, finalmente existe 7 pacientes que representa el 8.75% tuvieron estilo de vida poco saludable respecto a los ejercicios que realiza el paciente como caminatas, correr, ejercicios en bicicleta, practica de algún deporte.

De acuerdo con los pacientes diagnosticados con artrosis existe 51 pacientes que representa el 63.75% tuvieron artrosis, 29 pacientes que representa el 36.25% no tuvieron diagnostico de artrosis de rodilla.

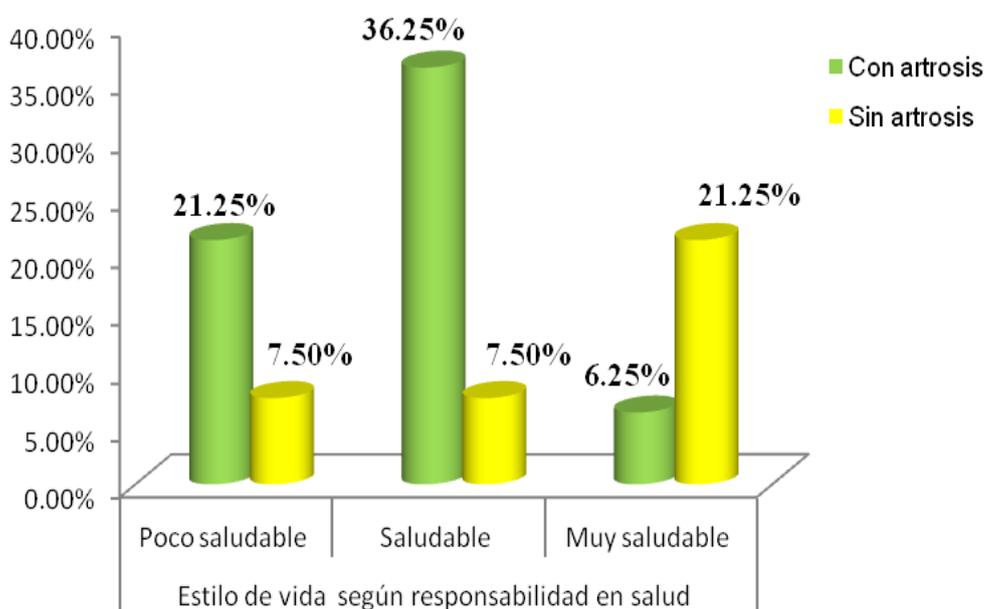
De acuerdo a nuestra prueba estadística $\chi_c^2 = 16.53 > \chi_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a , por lo tanto mencionamos que el estilo de vida en la dimensión ejercicio tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden en la clínica Reumacenter.

TABLA N° 4
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN RESPONSABILIDAD EN SALUD Y LA
ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA
CLÍNICA REUMACENTER.

ARTROSIS						
Estilo de vida según responsabilidad en salud	Con artrosis		Sin artrosis		total	total %
	fi	%	fi	%		
Poco saludable	17	21.25%	6	7.50%	23	28.75%
Saludable	29	36.25%	6	7.50%	35	43.75%
Muy saludable	5	6.25%	17	21.25%	22	27.50%
TOTAL	51	63.75%	29	36.25%	80	100.00%

Fuente: Matriz de datos

GRÁFICO N° 4
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN RESPONSABILIDAD EN SALUD Y LA
ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA
CLÍNICA REUMACENTER.



Fuente: Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La tabla N° 4 se muestra que 35 (43.75%) pacientes tuvieron un estilo de vida poco saludable, 23 (28.75%) pacientes tuvieron un estilo de vida poco saludable, 22 (27.50%) pacientes tuvieron un estilo de vida muy saludable. Por otro lado se observa que los pacientes diagnosticados con artrosis existe 51 (63.75%) pacientes tuvieron artrosis, 29 (36.25%) pacientes no tuvieron diagnóstico de artrosis de rodilla.

De igual manera también se muestra que 17 (21.25%) pacientes con artrosis de rodilla tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente 29 (36.25%) pacientes con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 5 (6.25%) pacientes tuvieron artrosis de rodilla con un estilo de vida muy saludable en cuanto a la responsabilidad de la salud.

Vemos por otra parte que 6 pacientes sin artrosis de rodilla que representa el 7.5% tuvieron un estilo de vida poco saludable, 6 pacientes sin artrosis que representa el 7.50% tuvieron un estilo de vida saludable, finalmente existe 17 pacientes que representa el 21.25% tuvieron estilo de vida poco saludable respecto a la responsabilidad de la salud se refiere.

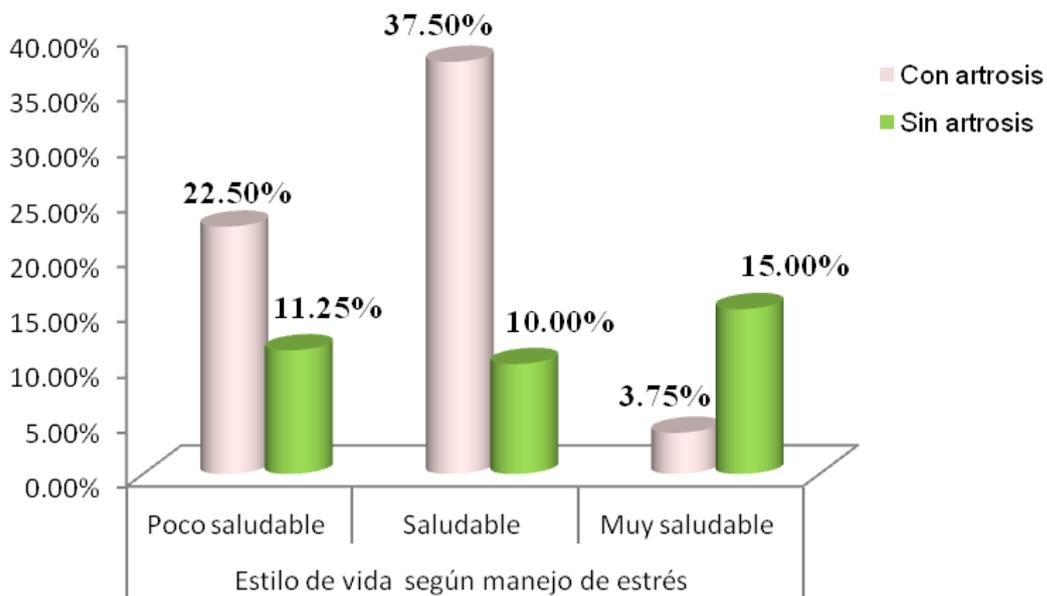
De acuerdo a nuestra prueba estadística $X_c^2 = 22.578 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a por consiguiente afirmamos que el estilo de vida en la dimensión responsabilidad de la salud tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

TABLA N° 5
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN MANEJO DEL ESTRÉS Y LA ARTROSIS DE
RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA
REUMACENTER.

ARTROSIS						
Estilo de vida según manejo de estrés	Con artrosis		Sin artrosis		total	total %
	fi	%	fi	%		
Poco saludable	18	22.50%	9	11.25%	27	33.75%
Saludable	30	37.50%	8	10.00%	38	47.50%
Muy saludable	3	3.75%	12	15.00%	15	18.75%
TOTAL	51	63.75%	29	36.25%	80	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 5
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN MANEJO DEL ESTRÉS Y LA ARTROSIS DE
RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA
REUMACENTER.



Fuente: Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Vemos en la tabla N° 5 se muestra que 38 (47.50%) pacientes tuvieron un estilo de vida saludable, 27 (33.75%) pacientes tuvieron un estilo de vida poco saludable, 15 (18.75%) pacientes tuvieron un estilo de vida muy saludable. Por otro lado se observa que los pacientes diagnosticados con artrosis existe 51 (63.75%) pacientes tuvieron artrosis, 29 (36.25%) pacientes no tuvieron diagnostico de artrosis de rodilla.

De igual manera también se muestra que 18 (22.50%) pacientes con artrosis de rodilla tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente 30 (37.50%) pacientes con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 3 (3.75%) pacientes tuvieron artrosis de rodilla con un estilo de vida muy saludable en cuanto a la responsabilidad de la salud.

Vemos por otra parte que 9 pacientes sin artrosis de rodilla que representa el 11.25% tuvieron un estilo de vida poco saludable, 8 pacientes sin artrosis que representa el 10% tuvieron un estilo de vida saludable, finalmente existe 12 pacientes que representa el 15% tuvieron estilo de vida muy saludable respecto a la responsabilidad de la salud se refiere.

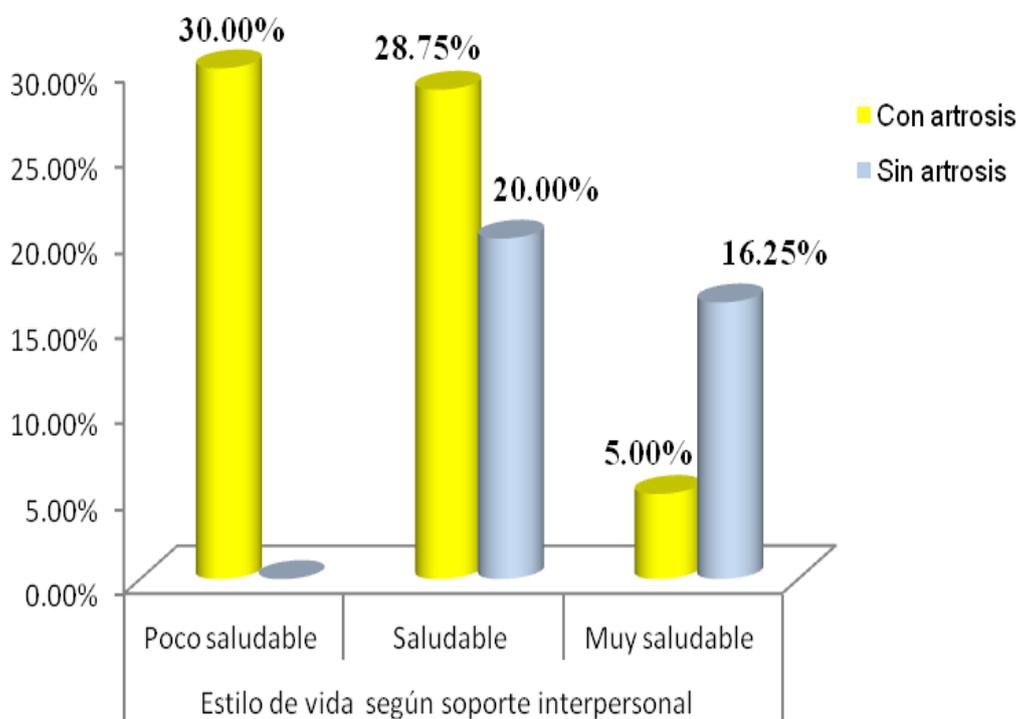
De acuerdo a nuestra prueba estadística $X_c^2 = 16.321 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a por lo tanto se puede decir que el estilo de vida tiene relación en la dimensión manejo de estrés con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden en la clínica Reumacenter.

TABLA N° 6
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN SOPORTE INTERPERSONAL Y LA
ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA
CLÍNICA REUMACENTER.

ARTROSIS						
Estilo de vida según soporte interpersonal	Con artrosis		Sin artrosis		total	total %
	fi	%	fi	%		
Poco saludable	24	30.00%	0	0.00%	24	30.00%
Saludable	23	28.75%	16	20.00%	39	48.75%
Muy saludable	4	5.00%	13	16.25%	17	21.25%
TOTAL	51	63.75%	29	36.25%	80	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 6
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN SOPORTE INTERPERSONAL Y LA
ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA
CLÍNICA REUMACENTER.



Fuente: Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se observa en la tabla N° 6 se muestra que 39 (48.75%) pacientes tuvieron un estilo de vida saludable, 24 (30.00%) pacientes tuvieron un estilo de vida poco saludable, 17 (21.25%) pacientes tuvieron un estilo de vida muy saludable. Por otro lado se observa que los pacientes diagnosticados con artrosis existe 51 (63.75%) pacientes tuvieron artrosis, 29 (36.25%) pacientes no tuvieron diagnostico de artrosis de rodilla.

De igual manera también se muestra que 24 (30%) pacientes con artrosis de rodilla tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente 23 (28.75%) pacientes con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 4 (5%) pacientes tuvieron artrosis de rodilla con un estilo de vida muy saludable en cuanto a la responsabilidad de la salud.

Vemos por otra parte que 16 pacientes sin artrosis de rodilla que representa el 20% tuvieron un estilo de vida saludable, 13 pacientes sin artrosis que representa el 16.25% tuvieron un estilo de vida muy saludable.

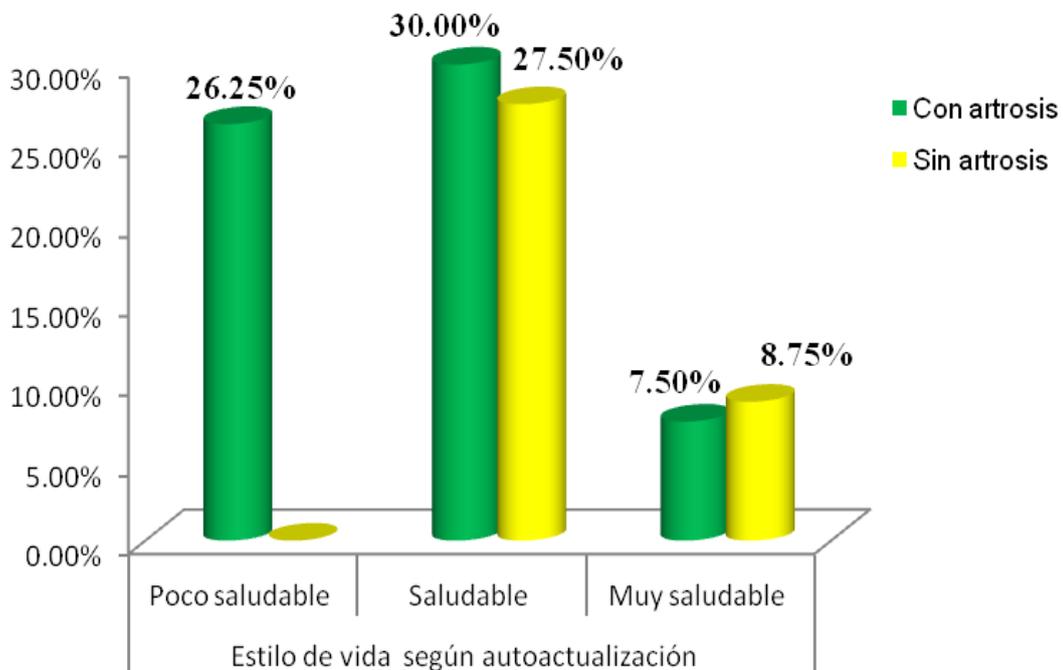
De acuerdo a nuestra prueba estadística $\chi_c^2 = 25.93 > \chi_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a por consiguiente podemos afirmar que el estilo de vida en la dimensión en soporte interpersonal tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica reumacenter.

TABLA N° 7
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN AUTOACTUALIZACION Y LA ARTROSIS DE
RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA
REUMACENTER.

Estilo de vida según autoactualización	ARTROSIS					
	Con artrosis		Sin artrosis		total	total %
	fi	%	fi	%		
Poco saludable	21	26.25%	0	0.00%	21	26.25%
Saludable	24	30.00%	22	27.50%	46	57.50%
Muy saludable	6	7.50%	7	8.75%	13	16.25%
TOTAL	51	63.75%	29	36.25%	80	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 7
EL ESTILO DE VIDA SEGÚN AUTOACTUALIZACION Y LA ARTROSIS DE
RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA
REUMACENTER.



Fuente: Matriz de datos

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 7 se muestra que 46 (57.50%) pacientes tuvieron un estilo de vida poco saludable, 21 (26.25%) pacientes tuvieron un estilo de vida saludable, 13 (16.25%) pacientes tuvieron un estilo de vida muy saludable. Por otro lado se observa que los pacientes diagnosticados con artrosis existe 51 (63.75%) pacientes tuvieron artrosis, 29 (36.25%) pacientes no tuvieron diagnostico de artrosis de rodilla.

De igual manera también se muestra que 21 (26.25%) pacientes con artrosis de rodilla tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente 24 (30%) pacientes con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 6 (7.5%) pacientes tuvieron artrosis de rodilla con un estilo de vida muy saludable en cuanto a la responsabilidad de la salud.

Vemos por otra parte que 22 pacientes sin artrosis de rodilla que representa el 27.50% tuvieron un estilo de vida saludable, 7 pacientes sin artrosis que representa el 8.75% tuvieron un estilo de vida muy saludable.

De acuerdo a nuestra prueba estadística $\chi_c^2 = 16.35 > \chi_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a , se concluye que el estilo de vida en la dimensión actualización tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la Clínica Reumacenter.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS GENERAL

a) Estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

1. Hipótesis estadística

H_0 : El estilo de vida no tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

H_a : El estilo de vida tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística de chi cuadrada, ya que las variables son cualitativas nominales y la formula es la siguiente:

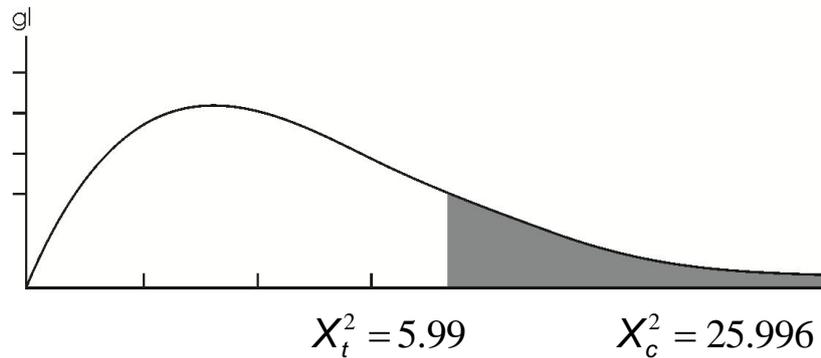
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 25.996$$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,996 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	35,540	2	,000
Asociación lineal por lineal	25,650	1	,000
N de casos válidos	80		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,81.

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 25.996 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a y se rechaza la hipótesis H_0 , se concluye que el estilo de vida tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECIFICA 1

a) **Estilo de vida en la dimensión nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.**

1. Hipótesis estadística

H_0 : El estilo de vida en la dimensión nutrición no tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

H_a : El estilo de vida en la dimensión nutrición tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística de chi cuadrada, ya que las variables son cualitativas nominales y la formula es la siguiente:

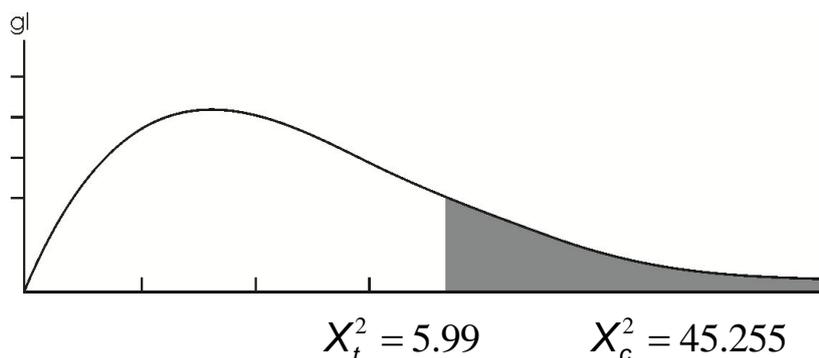
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 45.255$$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,255 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	59,541	2	,000
Asociación lineal por lineal	43,581	1	,000
N de casos válidos	80		

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

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 45.255 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a y se rechaza la hipótesis H_0 , se concluye que el estilo de vida en la dimensión

nutrición tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

a) Estilo de vida en la dimensión ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

1. Hipótesis estadística

H₀: El estilo de vida en la dimensión ejercicio no tiene relación la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

H_a: El estilo de vida en la dimensión ejercicio tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística de chi cuadrada, ya que las variables son cualitativas nominales y la formula es la siguiente:

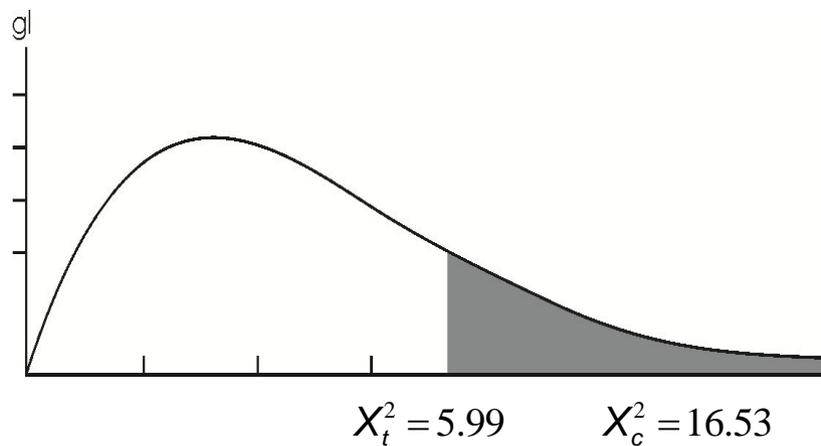
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 16.534$$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,534 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	16,544	2	,000
Asociación lineal por lineal	14,250	1	,000
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,44.

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 16.53 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a y se rechaza la hipótesis H_0 , se concluye que el estilo de vida en la dimensión ejercicio tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden en la clínica Reumacenter.

CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECIFICA 3

a) **Estilo de vida en la dimensión responsabilidad de salud y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden en la clínica Reumacenter.**

1. Hipótesis estadística

H₀: El estilo de vida en la dimensión responsabilidad de salud no tiene relación la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden en la clínica Reumacenter.

H_a: El estilo de vida en la dimensión responsabilidad de salud tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden en la clínica Reumacenter.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística de chi cuadrada, ya que las variables son cualitativas nominales y la formula es la siguiente:

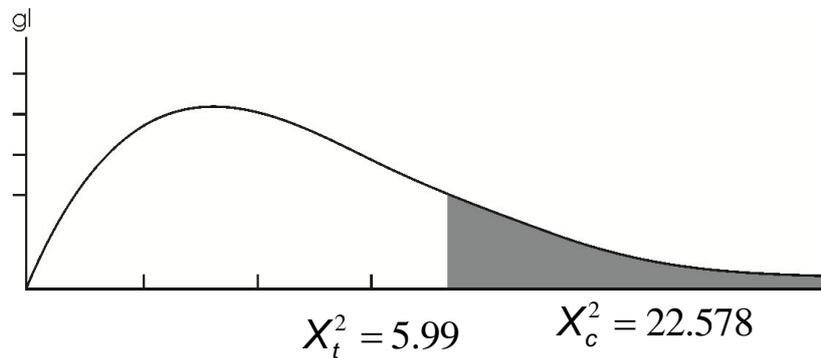
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 22.578$$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,578 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	22,720	2	,000
Asociación lineal por lineal	12,263	1	,000
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,98.

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 22.578 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a y se rechaza la hipótesis H_0 , se concluye que el estilo de vida en la dimensión responsabilidad de la salud tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECIFICA 4

a) **Estilo de vida en la dimensión manejo del estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.**

1. Hipótesis estadística

H_0 : El estilo de vida en la dimensión manejo del estrés no tiene relación la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

H_a : El estilo de vida en la dimensión manejo del estrés tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística de chi cuadrada, ya que las variables son cualitativas nominales y la formula es la siguiente:

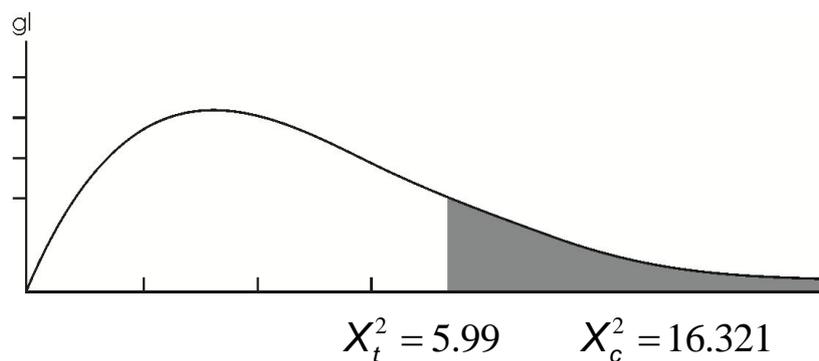
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 16.321$$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,321 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	16,277	2	,000
Asociación lineal por lineal	5,742	1	,017
N de casos válidos	80		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,44.

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 16.321 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a y se rechaza la hipótesis H_0 , se concluye que el estilo de vida tiene relación

en la dimensión manejo de estrés con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden en la clínica Reumacenter.

CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 5

a) Estilo de vida en la dimensión soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

1. Hipótesis estadística

H₀: El estilo de vida en la dimensión soporte interpersonal no tiene relación la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

H_a: El estilo de vida en la dimensión soporte interpersonal tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística de chi cuadrada, ya que las variables son cualitativas nominales y la formula es la siguiente:

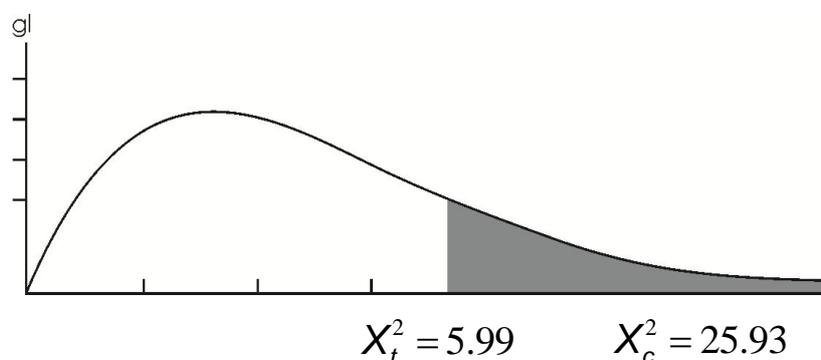
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 25.932$$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,932 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	33,422	2	,000
Asociación lineal por lineal	25,543	1	,000
N de casos válidos	80		

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

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 25.93 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a y se rechaza la hipótesis H_0 , se concluye que el estilo de vida en la dimensión en soporte interpersonal tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acden a la clínica reumacenter.

CON RESPECTO A LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 6

a) **Estilo de vida en la dimensión autoactualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.**

1. Hipótesis estadística

H₀: El estilo de vida en la dimensión autoactualización no tiene relación la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

H_a: El estilo de vida en la dimensión autoactualización tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la clínica Reumacenter.

2. Nivel de significación

$$\alpha = 0.05$$

3. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística de chi cuadrada, ya que las variables son cualitativas nominales y la formula es la siguiente:

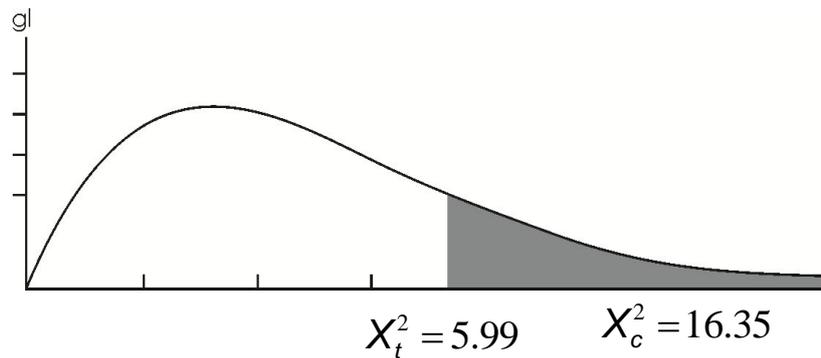
$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} = 16.35$$

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,350 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	23,148	2	,000
Asociación lineal por lineal	12,615	1	,000
N de casos válidos		80	

a. 1 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,71.

4. Región Crítica



5. Decisión

Dado $X_c^2 = 16.35 > X_t^2 = 5.99$ se acepta la H_a y se rechaza la hipótesis H_0 , se concluye que el estilo de vida en la dimensión actualización tiene relación con la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años que acuden a la Clínica Reumacenter.

5.2. Discusión

De acuerdo a nuestros resultados tenemos que 50 pacientes que representa el 62.50% tuvieron un estilo de vida saludable, 25 pacientes que representa el 31.25% tuvieron un estilo de vida poco saludable, 5 pacientes representa el 6.25% tuvieron un estilo de vida muy saludable.

De acuerdo con los pacientes diagnosticados con artrosis existe 51 pacientes que representa el 63.75% tuvieron artrosis, 29 pacientes que representa el 36.25% no tuvieron diagnóstico de artrosis de rodilla.

De la misma manera podemos afirmar que 25 pacientes con artrosis de rodilla que representa el 31.25% tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente de 26 pacientes que representa el 32.50% con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla.

También observamos que 30 pacientes con artrosis de rodilla que representa el 37.50% tuvieron un estilo de vida poco saludable, continuamente 21 pacientes que representa el 26.25% con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla.

Esto es comprobado por el investigador Soto (2015) cuyo resultados fueron que la prevalencia de lesiones ligamentarias de rodilla, se dieron 111(44,6%) casos de LCA en el Hospital Naval y en el Hospital Militar 100(47,6%), se observó que la prevalencia en ambos centros médicos fue la lesiones del LCA. El sexo más predominante fue el masculino con 35,9%, en las edades por grupos etáreos los más jóvenes fueron los que sufrieron lesión de LCA en edades de 19 a 29 años con 16,8%, por el tipo de ocupación en ambos hospitales el LCA también presentó lesión con un 34,6%, por peso entre 67 y 76 Kg con un 25,9% y la talla con 27,0% en pacientes de 1.61 y 1.69m, IMC de 23.5% presentaron sobre peso. Estos resultados fueron comprados con otros estudios sobre prevalencia de lesiones ligamentarias de rodilla ⁽¹²⁾

Esto es corroborado por el investigador Rodriguez D. (2017) WOMAC y Lequesne. El 56,3% de los pacientes eran mujeres y la media de edad 61,75 años. La prevalencia de artrosis sintomática de manos fue del 38% y en al menos una rodilla del 29,3%. Las personas con artrosis presentaron peor calidad de vida que la población general medida con los cuestionarios SF-36 en su componente físico (52,25±9,11 vs 55,08±7,37), Lequesne (8,97±4,43 vs 1,92±2,64) y WOMAC. **Conclusiones:**

Determinamos una alta prevalencia de personas con artrosis que se modifica con el género, la edad y el IMC. Los pacientes con artrosis de rodilla tuvieron peor calidad de vida que la población general. ⁽⁴⁾

Por otro lado 20 pacientes que representa el 25% con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 3 pacientes que representa el 3.75% tuvieron artrosis de rodilla

De igual manera también se muestra que 17 (21.25%) pacientes con artrosis de rodilla tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente 29 (36.25%) pacientes con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 5 (6.25%) pacientes tuvieron artrosis de rodilla con un estilo de vida muy saludable en cuanto a la responsabilidad de la salud.

De igual manera también se muestra que 18 (22.50%) pacientes con artrosis de rodilla tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente 30 (37.50%) pacientes con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 3 (3.75%) pacientes tuvieron artrosis de rodilla con un estilo de vida muy saludable en cuanto a la responsabilidad de la salud

También lo comprueba el investigador Bermudez, Caceres y Green (2014) El 58% pertenecía al sexo femenino; 55% con edad 21 y 24 años. Percepción del bienestar físico y mental de su salud como buena, muy buena y excelente (72.8%); las mujeres tienen una mejor percepción de

bienestar físico y mental, 23.4% es muy buena a diferencia que el 15.6% en los hombres. El 46.3% a veces hace algún tipo de actividad física, 7% nunca realiza actividad física. Compartir tiempo libre para estar en familia y amigos 31.2% y 35.9% casi y casi siempre utilizan el tiempo libre para estar en familia y amigos y 42.4% siempre utiliza su tiempo libre para recreación. El 76.2% tiene hábitos de alimentación muy saludable o saludable, el 0.4% tiene habito de alimentación nada saludable. Consumo de agua 25% siempre consume entre 4 y 8 vasos de agua a diario, 29% casi siempre lo hacen, el 2.2% nunca consumen agua durante el día. Hábito de fumar cigarrillo 85% nunca fuman y menos del 3% siempre fuman. Conclusiones: se afirma que el 58% mujeres, promedio 24.8 años de edad, un tercio tiene muy buena percepción de su estado de salud física y mental, tenían una actitud muy desfavorable y comportamiento nada saludable. Dimensiones actividad física, tiempo de ocio, sueño actitud muy favorable y comportamiento muy saludable. Autocuidado y consumo de sustancias psicoactivas, aunque se observa una actitud y comportamiento no muy definida o neutral en alimentación. ⁽⁶⁾

De igual manera también se muestra que 24 (30%) pacientes con artrosis de rodilla tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente 23 (28.75%) pacientes con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 4 (5%) pacientes tuvieron artrosis de rodilla con un estilo de vida muy saludable en cuanto a la responsabilidad de la salud. De igual manera también se muestra que 21 (26.25%) ⁽⁶⁾ pacientes con artrosis de rodilla tuvieron un estilo de vida poco saludable, seguidamente

24 (30%) pacientes con un estilo de vida saludable tienen artrosis de rodilla, finalmente existe 6 (7.5%) pacientes tuvieron artrosis de rodilla con un estilo de vida muy saludable en cuanto a la responsabilidad de la salud.

Asimismo el investigador Acuña y Cortes (2012) la población reconoce la importancia de la implementación de un programa de Estilos de Vida Saludable y por tanto la necesidad de ampliar sus conocimientos por lo que se muestra anuente a participar del programa cuyo beneficio es la salud tanto individual como colectiva. En cuanto al ejercicio físico es importante promover el mismo evitando así el sedentarismo que afecta al 46 % de la población estudiada, sin embargo del 54% que si realiza ejercicio físico regular la gran mayoría lo practica con la frecuencia y duración recomendada. Según la OMS, promover el aumento de la actividad física no es sólo un problema individual, sino que exige, por parte de las instituciones, un acercamiento a toda la población de carácter multisectorial, multidisciplinario y socialmente relevante. ⁽⁷⁾

Esto es corroborado por el investigdor Bennassar (2011) destacar que existen diferencias en cuanto a los estilos de vida saludables y no saludables según el género, pero no se observan diferencias según la clase social. Además, se observa que son determinantes de una dieta saludable, el realizar ejercicio físico, no fumar, desayunar todos los días y realizar un mayor número de comidas. Los resultados reafirman la idea de que los comportamientos de salud no deben de considerarse de forma

aislada unos de otros, ya que se observa una tendencia a la conglomeración de factores de riesgo como fumar, baja adherencia a la dieta mediterránea e inactividad física en estudiantes universitarios. ⁽⁸⁾

De igual manera el investigador Viñas, Merino, Salazar, Castillo y Morales (2010) resultaron un estilo no saludable en un 60 % y un estilo de vida saludable del 40% con los datos de peso y talla registrados por el personal, el equipo de nutricionistas estimó valores de Índice de Masa Corporal (IMC) y se obtuvieron los siguientes resultados: En la población masculina, predomina el sobrepeso (51%), obesidad (22%) y peso normal (27%). En la población femenina, predomina el peso normal (59%), sobrepeso (36%) y obesidad (5%). ⁽⁹⁾

CONCLUSIONES

- Existe relación entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre la responsabilidad de la salud y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre el manejo de estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años .
- Existe relación entre el soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.
- Existe relación entre la actualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Realizar estudios similares de esta investigación con diferencia del grupo etareo hombres y mujeres para tener una visión más amplia de si realmente los estilos de vida tienen relación con la artrosis de rodilla en pacientes de la ciudad de Juliaca.

SEGUNDA: Se recomienda a los pacientes con artrosis de rodilla tener una alimentación balanceada ya que el sobrepeso no es recomendable a este tipo de pacientes.

TERCERA: Realizar ejercicios recomendadas por el terapeuta por la enfermedad que es la artrosis de rodilla, además de esto tomar en cuenta todas las indicaciones del terapeuta para así mejorar su estilo de vida.

CUARTA: Seguir yendo a las terapias que indico el terapeuta ya que contrarestara rotundamente la enfermedad y mejorara su estilo de vida, por que la salud es la principal fuente de cuerpo sano.

QUINTA: Se recomienda a los pacientes que tienen artrosis de rodilla manejar el estrés, estos pacientes deben sentirse alegres, con ganas de vivir ya que la enfermedad no avisa cuando llegue, y cuando llega tenemos que enfrentarlo como persona.

SEXTA: A los pacientes con artrosis de rodilla compartir ideas, conversaciones con otros pacientes con la misma enfermedad para que de alguna forma se tenga una amistad y no se sienta tan solo.

SÉPTIMA: Se recomienda a los pacientes con artrosis de rodilla que no por el hecho de tener la enfermedad podemos limitarnos a no seguir preparándonos y luchar por nuestros objetivos profesionales y realizarnos como personas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Blake A. Hacia un estilo de vida saludable. Primera edición ed. Buenos Aires : Editorial universitaria de Buenos Aires ; 2012.
2. Velásquez A, Cachay C, Munayco C, Poquioma E, Espinoza R, Secién Y. La carga de enfermedades y lesiones en el Perú Lima; 2009.
3. Macedo L, Nava R, Valdes B. El estilo de vida, factor de riesgo en la causalidad de las enfermedades y accidentes de trabajo. revista latinoamericana de la salud en el trabajo. 2001;; p. 93-95.
4. Rodríguez D. Prevalencia de artrosis, calidad de vida y dependencia en una muestra aleatoria poblacional en personas de 40 y más años de edad. [Tesis doctoral]. España: Universidad da coruña ; 2017.
5. Andrade AV, Carrión LE, Cordero MF. Prevalencia de lesiones ligamentarias de rodillas en pacientes del servicio de medicina física y rehabilitación del centro médico naval y hospital militar central en el periodo 2012 – 2013. [Tesis de grado]. Cuenca : Universidad de cuenca ; 2015.
6. Bermudez J, Caceres ME, Green LA. Estilos de vida saludable en estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas, universidad nacional autonoma de honduras, 2011. Revista medica de honduras. 2014;; p. 1-62.
7. Acuña y, Cortes R. Promoción de estilos de vida saludable área de salud de esparza. tesis para optar el grado de magister scientiae en gerencia de la salud. San Jose : Instituto centroamericano de administracion ; 2012.
8. Bennassar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios. tesis para optar el grado de doctor por la universitat de les illes balears. Valldemossa: Universitat de les illes balears; 2011.
9. Viñas M, Merino P, Salazar R, Castillo E, Morales N. Estilo de vida y conocimientos acerca de la salud del personal de administracion y servicios universitarios. programa UNSTA saludable. Tucuman: Universidad del norte santo tomas de aquino; 2010.
10. Vargas CA. Prevalencia y factores de riesgo asociados a osteoartritis en

- pacientes atendidos por consultorios externos del hospital José agurto tello de chosica 2015 al 2016. [Tesis de grado]. Lima : Universidad Ricardo Palma ; 2018.
11. Guillen AA. Influencia de un programa de cinesioterapia en la recuperación funcional en pacientes con artrosis de rodilla. centro de salud edificadores misti, Arequipa - 2014. [Tesis de grado]. Arequipa : Universidad Alas Peruanas ; 2015.
 12. Soto NY. Prevalencia de lesiones ligamentarias de rodillas en pacientes del servicio de medicina física y rehabilitación del centro médico naval y hospital militar central en el periodo 2012 - 2013. [Tesis de grado]. Lima : Universidad Alas Peruanas ; 2015.
 13. Grimaldo MP. calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento psicologico. 2010;; p. 17-38.
 14. Ramos AS. Actividad física e higiene para la salud. Primera edición ed. España : Publicaciones y difusion científica de la ULPGC; 2012.
 15. Prat A. El estilo de vida como determinante de la salud. In Rodes J, Pique JM, Antoni T. Libro de salud del hospital clinic de barcelona y la fundacion BBVA. Barcelona: Editorial Nerea S.A.; 2007. p. 65-69.
 16. Lozano JA. La nutricion es con- ciencia Barcelona: publicaciones GLG creativos ; 2011.
 17. Soriano JM. Nutricion basica humana valencia: Maite simon; 2011.
 18. Marquez S, Garatachea N. Estilos de vida y actividad física Madrid: ediciones de diaz santo; 2012.
 19. Márquez S, Garatachea N. Actividad física y salud Madrid : Ediciones Díaz de santos S.A.; 2013.
 20. Rojas S. Desestresate liberate de la tension y mejora tu vida Bogota: editorial planeta colombiana ; 2012.
 21. Matalinares ML, Sotelo L, Sotelo N, Arenas C, Diaz G, Dioses A, et al. Juicio moral y valores interpersonales en estudiantes de secundaria de las ciudades de Lima y Jauja. Revista en investigacion de psicologia. 2009.

22. Parra L, Ortiz N, Barriga O, Guillermo H, Neira ME. Efecto de un taller vivencial de orientacion humanista en la auto-actualizacion de adolescentes de nivel socioeconomico bajo. Revista ciencia y enfermeria. 2006;; p. 61-72.
23. Cristina A. Artrosis & artritis S.L. S, editor. Barcelona : Paidotribo ; 2008.
24. Giménez S, Pulido FJ, Trigueros JA. Atención primaria de calidad Guía de buena Práctica Clínica en artrosis. segunda edición ed. Madrid : International Marketing & communication S.A.; 2008.
25. reumatología Sed. La artrosis de rodilla España; 2011.
26. Laffon A. 100 preguntas sobre artrosis México ; 2011.
27. Hernández R, Fernández C, Baptista Mdp. Metodología de la investigacion México: Publicaciones McGraw-Hill Interamericana; 2014.
28. Charaja F. El MAPIC en la metodologia de la investigación. segunda edición ed. Puno: Sagitario impresores; 2011.
29. Valderrama S, León LR. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica Lima: San Marcos; 2016.
30. Ibañez V. Estadística aplicada a la educación PUno: Edicion Universitaria; 2007.
31. Carrasco S. Metodología de la investigación científica Lima: San Marcos ; 2015.
32. Arias FG. El proyecto de investigación introducción a la metodologia científica. Sexta ed. Caracas: Ediciones el pasillo ; 2012.
33. Moya R. Probabilidad e inferencia estadística Lima: San Marcos; 2004.
34. Actis W, Prada MA, Pereda C. Salud y estilos de vida en España. Madrid : FUNCAS. 2004;; p. 1-152.
35. Ponte MV. Estilo de vida de los estudiantes de enfermeria, segun año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2010. Tesis para obtener el titulo profesional de licenciada en enfermeria. Lima: Universidad nacional Mayor de San Marcos , Lima ; 2010.
36. OPS. sitio web de la organizacion panamericana de la salud. [Online].; 2000 [citado 15 marzo 2018]. disponible en : <http://www.paho.org/per/>.

37. Cordoba R, cabezas C, Camarellas F, Gómez J, Diaz D, Marqués F, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. atención primaria. 2012;: p. 16-22.
38. Mamani SB. Estilos de vida saludable que practica en profesional de enfermería del hospital Daniel A. Carrión (Essalud-calana) Tacna-2012. Tesis para optar el título profesional de enfermería. Tacna: Universidad nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna; 2012.
39. Mestas Y, Visa N. Estilos de vida de las enfermeras del hospital regional Manuel Nuñez Butron y ESSALUD Puno -2011. Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Puno: Universidad Nacional del Altiplano , Puno; 2012.
40. Arellano R. Los estilos de vida en el Perú cómo somos y pensamos los peruanos del siglo XXI Lima: Litho & Arte S.A.C.; 2005.
41. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. séptima edición ed. Barcelona: EdiDe S.L.; 2011.
42. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015.

Anexos

Anexo Nº 1

Carta de presentación

Juliaca, 12 de Marzo 2018

Señor Doctor

Juan Gualberto Trelles Yenque

Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud

Universidad Alas Peruanas

Asunto: Carta presentación del proyecto titulado “RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA REUMACENTER, JULIACA 2018”

Respetado Doctor Trelles.

Mediante la presente presento mi trabajo de Investigación para su Aprobación e Inscripción y Autorización de Ejecución del Desarrollo de Tesis.

Para lo cual me comprometo a:

1. Realizar la investigación en el tiempo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, así como cumplir con la entrega de los informes de avance (parcial y final) para su revisión por el comité evaluador.
2. Autorizar la publicación del producto o procesos de investigación/creación terminados, en espacios pertinentes para su valoración, así como en el Repositorio de la Universidad.
3. Anexar a esta investigación el acta o las cartas de participación de las instituciones vinculadas al proyecto.
4. Cumplir con las consideraciones Éticas de Helsinki y Nüremberg, así como garantizar las normas éticas exigidas por la aplicación de formatos de Consentimiento y/o Asentimiento Informado que requiera la investigación.

Además declaro:

1. Que es un trabajo de investigación es original.
2. Que son titulares exclusivos de los derechos patrimoniales y morales de autor.
3. Que los derechos sobre el manuscrito se encuentran libres de embargo, gravámenes, limitaciones o condiciones (resolutorias o de cualquier otro tipo), así como de cualquier circunstancia que afecte la libre disposición de los mismos.
4. Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
5. Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
6. Que todos los colaboradores han contribuido intelectualmente en su elaboración.

Cordialmente.

Investigador

CELIA PINTO VALDIVIA
Cod. 2011220967
Facultad MHyCS
EP. De Tecnología médica

Anexo N° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: _____, identificado con el DNI: _____, estoy de acuerdo a participar en la investigación titulada: **RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA REUMACENTERR, JULIACA-2018.**

La información obtenida a partir de sus respuestas en la entrevista tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su nombre no se hará público por ningún medio.

Se me ha explicado que:

La investigación a realizarse será útil por el aporte social para dar soluciones a los problemas sobre los estilos de vida y la artrosis de rodilla, y servirán como propuesta para fortalecer los programas de salud de los adultos.

En la actualidad existe estilo de vida no saludable por parte de las personas como la comida chatarra y esto afecta a la artrosis de rodilla, que es uno de los principales problemas que afecta a la salud del adulto.

Mi participación es voluntaria ya que se me ha explicado minuciosamente los objetivos del estudio, para lo cual firmo este consentimiento informado.

A los _____ días del mes de _____ del 2018

.....

Firma del participante

Anexo Nº 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) Pender (1996)

NOMBRE:.....

Instrucciones:

a) En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales.

b) No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder.

c) Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1 = Nunca 2 = A veces 3 = Frecuentemente 4 = Rutinariamente

Nº	Preguntas	1	2	3	4
1	Desayuno en la mañana	1	2	3	4
2	Escojo comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para preservarlas	1	2	3	4
3	Como tres comidas buenas al día	1	2	3	4
4	Leo las etiquetas de los alimentos empaquetados para identificar su contenido nutritivo (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
5	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
6	Consumo una dieta balanceada y nutritiva	1	2	3	4
7	Hago ejercicios para estirar los músculos al menos 3 veces	1	2	3	4

	por semana				
8	Hago ejercicio vigorosos por 20 a 30 minutos al menos 3 veces a la semana	1	2	3	4
9	Participo en programas o actividades de ejercicios físicos Bajo supervisión	1	2	3	4
10	Al realizar ejercicio físico se siente con más energía	1	2	3	4
11	Practico actividades físicas de recreo tales como caminar, nadar, jugar, montar en bicicleta.	1	2	3	4
12	Le comunico a un médico cualquier síntoma extraño	1	2	3	4
13	Me preocupo por consumir alimentos Bajos en grasa, grasas saturadas y colesterol	1	2	3	4
14	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud	1	2	3	4
15	Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones	1	2	3	4
16	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal	1	2	3	4
17	Busco orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos	1	2	3	4
18	Asisto a programas o participo en actividades educativas sobre el mejoramiento del medio ambiente	1	2	3	4
19	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4
20	Observo al menos una vez al mes mi cuerpo con detenimiento, para detectar cambios físicos o señales	1	2	3	4

21	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
22	Tomo tiempo cada día para relajarme	1	2	3	4
23	Tengo claro que es lo que me genera preocupaciones	1	2	3	4
24	Practico relajación o meditación por 15 -20 minutos diariamente	1	2	3	4
25	Mantengo un balance del tiempo entre el estudio y mis pasatiempos.	1	2	3	4
26	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme	1	2	3	4
27	Pido información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
28	Uso métodos específicos para controlar mi nerviosismo	1	2	3	4
29	Comparto con personas allegadas mis preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
30	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4
31	Toco y soy tocado (a) por las personas que me importan	1	2	3	4
32	Mantengo buenas relaciones con mis amigos, familiares, vecinos, profesores, etc	1	2	3	4
33	Dedico algún tiempo para pasarlo con mis amigos íntimos	1	2	3	4
34	Expreso a otros con facilidad el amor, el interés por ellos y el calor humano.	1	2	3	4
35	Busco orientación y apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mi	1	2	3	4
36	Me quiero a mi mismo	1	2	3	4

37	Soy entusiasta y optimista con respecto a la vida	1	2	3	4
38	Creo que personalmente estoy creciendo y cambiando en direcciones positivas	1	2	3	4
39	Me siento feliz y contento	1	2	3	4
40	Soy consciente de mis virtudes y defectos	1	2	3	4
41	Tengo metas y objetivos para el futuro	1	2	3	4
42	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo	1	2	3	4
43	Tengo claro que es lo que me interesa más en la vida	1	2	3	4
44	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar	1	2	3	4
45	Cada nuevo día lo veo como algo interesante y desafiante	1	2	3	4
46	Encuentro agradable y satisfactorio el ambiente en que vivo	1	2	3	4
47	Soy realista en las metas que me propongo	1	2	3	4
48	Creo que mi vida tiene un propósito	1	2	3	4

Diagnostico de artrosis

Paciente con artrosis de rodilla ()

Paciente sin artrosis de rodilla ()

Anexo N° 4

Datos de la encuesta en el programa excel

BASE DE DATOS CELIA - Microsoft Excel

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Programador Complementos Foxit Reader PDF Nitro Pro 7

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos Celdas

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
2	1.00	3.00	2.00	4.00	4.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	1.00	4.00	1.00	4.00	4.00	1.00
3	4.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	1.00	3.00	2.00	4.00	4.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00
4	4.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00	3.00	3.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	3.00	2.00	1.00
5	4.00	4.00	3.00	1.00	2.00	3.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00	2.00	3.00	2.00	3.00	2.00	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00
6	1.00	4.00	3.00	4.00	3.00	2.00	1.00	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	4.00	3.00	3.00	2.00	4.00	4.00	2.00	3.00	1.00
7	4.00	2.00	2.00	4.00	2.00	2.00	4.00	4.00	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00
8	4.00	2.00	2.00	1.00	3.00	2.00	3.00	1.00	1.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00
9	4.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	3.00	2.00	2.00
10	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00
11	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	4.00	4.00	4.00	3.00
12	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00
13	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	1.00	2.00
14	4.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00	1.00	2.00	3.00	2.00	2.00
15	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	3.00	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00
16	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	1.00	4.00	1.00	2.00	4.00	1.00
17	4.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
18	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	3.00	4.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	3.00	3.00	1.00
19	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00
20	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00
21	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00
22	4.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00	2.00	1.00
23	2.00	1.00	3.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00
24	4.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00
25	1.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	1.00	1.00	3.00	2.00	1.00	1.00	4.00	2.00	3.00	2.00	4.00	4.00	2.00	3.00	2.00

BASE DE DATOS CELIA

100%

01:14 p.m. 23/06/2018

Anexo N° 5

Solicitud

" Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

CARTA DE AUTORIZACION

SEÑOR DIRECTOR DE LA CLÍNICA REUMACENTER

Autorizo a la señorita Bach. CELIA PINTO VALDIVIA, la obtención de datos y estudio de investigación "RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLINICA REUMACENTER, JULIACA-2018" en nuestra institución que dirijo dignamente.

Inicio: 01 de enero del 2018

Termino: 31 de abril del 2018

Duración: 4 meses

Asimismo, le hacemos de conocimiento que deberá entregarse los resultados obtenidos en dicha investigación para estudios posteriores a nuestra institución.


Dr. OSCAR VEGA HINOJOSA
Especialidad Reumatología
C.M.P. 37550-RNE 28264

Anexo N° 6

Validación del instrumento

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA
 INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : OLARTE FLOREZ ROXANA.
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA : HOSPITAL III JULIACA ESSALUD.
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN : RELACION DEL ESTILO DE VIDA Y LA ARTROSIS DE RODILLA.
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Celia Pinto Naldivia

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													X		
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.														X	
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													X		
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													X		
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													X		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD :

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

Si

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN :

97.50

FECHA: 20/05/18 DNI: 10205632 FIRMA DEL EXPERTO:

Roxana Olarte F.

Lic. T. M. Roxana Olarte Florez
 ESP TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACION
 C.T.M.P 3680

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA
INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Cosío Quispe Muram Daisy
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA : Clinica Reumacenter - Sullaca
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN : Relación del Estilo de vida y la Ansiedad de Rodilla
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Celia Pinto Valdivia

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE						MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													X
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													X
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.												X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												X	
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis.												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.												X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.												X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.												X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.												X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD :

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación
- b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN :

97.5

FECHA: 17/05/18 DNI: 43692984 FIRMA DEL EXPERTO: _____


Lic. Cosío Quispe Muram Daisy
 Tecnólogo Médico
 C.T.M.P. 10950
 CLINICA REUMACENTER

Anexo N° 7

Desarrollo de la escala de stanones

Para clasificar el nivel de estilos de vida se utilizó la escala de stanones que utiliza 3 dimensiones en este caso poco saludable, saludable, muy saludable en pacientes que acuden a la clínica Reumacenter, realizada en el año 2018. Tuvo las siguientes resultados:

1. Para clasificar el nivel de estilo de vida

Estadísticos		
N	Válidos	80
	Perdidos	0
Media		112.5000
Desv. típ.		19.07812

a. Se determinó el Promedio (X)

$$X = 112.5000$$

b. Se calculó la desviación estándar (σ)

$$\sigma = 19.00629$$

$$a = X - 0.75 (\sigma)$$

$$b = X + 0.75 (\sigma)$$

$$a = 112.5000 - 0.75 (19.07812)$$

$$b = 112.5000 + 0.75 (19.07812)$$

$$a = 108.19$$

$$b = 136.81$$

$$a = 108$$

$$b = 137$$

Nivel de estilo de vida

Estilo de vida poco saludable : 48 - 108

Estilo de vida saludable : 109 - 137

Estilo de vida muy saludable : 138 - 192

2. Para clasificar el nivel de estilo de vida en la dimensión nutrición

Estadísticos		
N	Válidos	80
	Perdidos	0
Media		13.5375
Desv. típ.		5.74334

a. Se determinó el Promedio (X)

$$X = 15.2000$$

b. Se calculó la desviación estándar (σ)

$$DS = 5.74334$$

$$a = X - 0.75(\sigma)$$

$$b = X + 0.75(\sigma)$$

$$a = 13.5375 - 0.75(5.74334)$$

$$b = 13.5375 + 0.75(5.74334)$$

$$a = 9.23$$

$$b = 17.85$$

$$a = 9$$

$$b = 18$$

c. Nivel de estilo de vida en el aspecto nutrición

Estilo de vida poco saludable : 6 - 9

Estilo de vida saludable : 10 - 18

Estilo de vida muy saludable : 19 - 24

3. Para clasificar el nivel de estilo de vida en el aspecto ejercicio

Estadísticos		
N	Válidos	80
	Perdidos	0
Media		9,4375
Desv. típ.		2,23801

a. Se determinó el Promedio (X)

$$X = 9,4375$$

b. Se calculó la desviación estándar (σ)

$$DS = 2,23801$$

$$a = X - 0.75 (\sigma)$$

$$b = X + 0.75 (\sigma)$$

$$a = 9,4375 - 0.75 (2,23801)$$

$$b = 9,4375 + 0.75 (2,23801)$$

$$a = 7.76$$

$$b = 11.12$$

$$a = 8$$

$$b = 11$$

c. Nivel de estilo de vida en el aspecto ejercicio

Estilo de vida poco saludable : 5 - 8

Estilo de vida saludable : 9 - 11

Estilo de vida muy saludable : 12 - 20

4. Para clasificar el nivel de estilo de vida en el aspecto responsabilidad de la salud.

Estadísticos		
N	Válidos	80
	Perdidos	0
Media		21.5250
Desv. típ.		3.90383

1. Se determinó el Promedio (X)

$$X = 21.5250$$

2. Se calculó la desviación estándar (σ)

$$\sigma = 3.90383$$

$$a = X - 0.75(DS)$$

$$b = X + 0.75(DS)$$

$$a = 21.5250 - 0.75(3.90383)$$

$$b = 21.5250 + 0.75(3.90383)$$

$$a = 18.60$$

$$b = 24.45$$

$$a = 19$$

$$b = 24$$

c. Nivel de estilo de vida en el aspecto responsabilidad de la salud

Estilo de vida poco saludable : 10 - 19

Estilo de vida saludable : 20 - 24

Estilo de vida muy saludable : 25 - 40

5. Para el nivel de estilo de vida en el aspecto de manejo de estrés

Estadísticos		
N	Válidos	80
	Perdidos	0
Media		15.1250
Desv. típ.		3.39909

a. Se determinó el Promedio (X)

$$X = 15.1250$$

b. Se calculó la desviación estándar (σ)

$$\sigma = 3.39909$$

$$a = X - 0.75 (\sigma)$$

$$b = X + 0.75 (\sigma)$$

$$a = 15.1250 - 0.75 (3.39909)$$

$$b = 15.1250 + 0.75 (3.39909)$$

$$a = 12.58$$

$$b = 17.67$$

$$a = 13$$

$$b = 18$$

c. Nivel de estilo de vida en el aspecto manejo de estrés

Estilo de vida poco saludable : 7 - 13

Estilo de vida saludable : 14 - 18

Estilo de vida muy saludable : 19 - 28

6. Para el nivel de estilo de vida en el aspecto soporte interpersonal

Estadísticos		
N	Válidos	80
	Perdidos	0
Media		16.3500
Desv. típ.		3.44982

a. Se determinó el Promedio (X)

$$X = 16.3500$$

b. Se calculó la desviación estándar (σ)

$$\sigma = 3.44982$$

$$a = X - 0.75 (\sigma)$$

$$b = X + 0.75 (\sigma)$$

$$a = 16.3500 - 0.75 (3.44982)$$

$$b = 16.3500 + 0.75 (3.44982)$$

$$a = 13.76$$

$$b = 18.94$$

$$a = 14$$

$$b = 19$$

c. Nivel de estilo de vida en el aspecto soporte interpersonal

Estilo de vida poco saludable : 7 - 14

Estilo de vida saludable : 15 - 19

Estilo de vida muy saludable : 20 - 28

7. Para el nivel de estilo de vida en el aspecto autoactualización

Estadísticos		
N	Válidos	80
	Perdidos	0
Media		35.7000
Desv. típ.		9.45529

a. Se determinó el Promedio (X)

$$X = 35.7000$$

b. Se calculó la desviación estándar (σ)

$$\sigma = 9.45529$$

$$a = X - 0.75 (\sigma)$$

$$b = X + 0.75 (\sigma)$$

$$a = 35.7000 - 0.75 (9.45529)$$

$$b = 35.7000 + 0.75 (9.45529)$$

$$a = 28.61$$

$$b = 42.79$$

$$a = 29$$

$$b = 43$$

c. Nivel de estilo de vida en el aspecto actualización

Estilo de vida poco saludable : 13 - 29

Estilo de vida saludable : 30 - 43

Estilo de vida muy saludable : 44 - 52

Anexo N° 8: MATRIZ DE CONSISTENCIA

RELACIÓN ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y LA ARTROSIS DE RODILLA EN PACIENTES DE 30 A 59 AÑOS EN LA CLÍNICA REUMACENTER, JULIACA-2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación que existe entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la clínica Reumacenter Juliaca-2018?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el manejo de estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la autoactualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación que existe entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la clínica Reumacenter Juliaca-2018</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Evaluar la relación que existe entre la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años</p> <p>Establecer la relación que existe entre el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el manejo de estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Analizar la relación que existe entre el soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Evaluar la relación que existe entre el autoactualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Establecer la relación que existe entre la autoactualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación entre el estilo de vida y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años en la clínica Reumacenter Juliaca-2018.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Existe relación entre la nutrición y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Existe relación entre el ejercicio y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Existe relación entre la responsabilidad de la salud y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Existe relación entre el manejo de estrés y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Existe relación entre el soporte interpersonal y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p> <p>Existe relación entre la autoactualización y la artrosis de rodilla en pacientes de 30 a 59 años.</p>	Variable independiente (X)	Nutrición	Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)	<p>Tipo:</p> <p>-Correlacional</p> <p>Nivel:</p> <p>- Correlacional</p> <p>Diseño:</p> <p>- No experimental</p> <p>Población:</p> <p>100 adultos</p> <p>Muestra:</p> <p>80 adultos</p> <p>Técnica:</p> <p>- entrevista</p> <p>- Observación</p> <p>Instrumento:</p> <p>- Entrevista estructurada</p> <p>- Ficha de observación</p>
			Estilo de vida	Ejercicio		
			Variable dependiente (Y)	Artrosis de rodilla	Historia Clínica y Test (Crepitación ósea a los movimientos activos)	

Anexo N° 9

FOTOGRAFÍAS

Fig. 1 Clínica Reumacenter



Fig. 2 Entrevistando a los pacientes de la Clínica Reumacenter



Fig. 3 Entrevistando a los pacientes con artrosis de rodilla



Fig. 4 Entrevistando a los pacientes de la Clínica Reumacenter



Fig. 5 Realizando terapia a los pacientes con artrosis de rodilla



Fig. 6 Sala para la rehabilitación de los pacientes

