

Enfermedades crónicas, comportamiento, y autopercepción de salud en una comunidad urbano-rural de Nicaragua, 2022

Chronic diseases, behavior, and self-perception of health in an urban-rural community of Nicaragua, 2022

Karen Herrera^{1,2}, Thankam Sunil³, Naíme Cruz Abdalah², Josef Irschitz²

RESUMEN

Objetivo: Determinar la presencia de enfermedades crónicas, comportamientos, y salud percibida en habitantes de la comunidad urbano-rural Xiloá de Nicaragua, 2022. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal entre abril-mayo del 2022. Se seleccionó una muestra representativa de 168 personas mayores de 40 años. Se recopiló información sobre variables sociodemográficas, hábitos alimenticios, y autopercepción de salud física y mental. Se evaluó presión arterial, índice de masa corporal, colesterol y glicemia en ayunas. Finalmente se comparó el estado de salud con la salud percibida auto-percibida. **Resultados:** Los participantes del estudio (168) presentaron una edad promedio de 52,9 años, predominantemente mujeres en un 60.7% (102/168), 52.9% (89/168) con educación incompleta o nula, 72.6% (122/168) con un número de hijos ≥ 3 , con un 19% (32/168) de autopercepción de salud excelente o muy buena, un 38% (64/168) de salud mental excelente o muy buena, y un 33.3% (56/168) que nunca acudió a un chequeo médico. A la evaluación, el 44.5% (75/168) presenta un IMC ≥ 30 , 35.3% (59/168) con triglicéridos elevados, 48.8% (82/168) con hipertensión arterial y más del 92% con valores normales de glicemia y colesterol. Al análisis bivariado, ser mujer, tener educación incompleta o ninguna, presentar un nivel más alto de IMC (≥ 30) y tener un bajo o ningún consumo de vegetales está relacionado con percibir una salud física o mental pobre ($p < 0,05$) **Conclusiones:** cerca de la mitad presentaban una enfermedad crónica o autopercibían tener una salud pobre. La autopercepción de pobre salud física o mental está relacionada con ser mujer, presentar niveles altos de IMC, tener educación incompleta y un bajo o ningún consumo de vegetales. Estos hallazgos pretenden aportar información para establecer líneas de intervención para mejorar la salud en las comunidades urbano-rurales.

Palabras clave: enfermedad crónica, comportamiento, salud, autopercepción, Nicaragua (Fuente: DECS-BIREME)

ABSTRACT

Objective: To determine the presence of chronic diseases, behaviors, and perceived health in inhabitants of the urban-rural community Xiloá de Nicaragua, 2022. **Methodology:** An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted between April-May 2022. A representative sample of 168 people over 40 years of age was selected. Information was collected on sociodemographic variables, dietary habits, and self-perception of physical and mental health. Blood pressure, body mass index, cholesterol and fasting glycemia were evaluated. Finally, health status was compared with self-perceived health. **Results:** Study participants (168) had a mean age of 52.9 years, 60.7% (102/168) were predominantly female, 52.9% (89/168) had incomplete or no education, 72.6% (122/168) had ≥ 3 children, 19% (32/168) had a self-perceived excellent or very good health, 38% (64/168) had excellent or very good mental health, and 33.3% (56/168) had never attended a medical check-up. At evaluation, 44.5% (75/168) had a BMI ≥ 30 , 35.3% (59/168) had elevated triglycerides, 48.8% (82/168) had high blood pressure, and more than 92% had normal glycemia and cholesterol values. On bivariate analysis, being female, having incomplete or no education, having a higher BMI level (≥ 30) and having low or no vegetable consumption were related to perceiving poor physical or mental health ($p < 0.05$) **Conclusions:** nearly half had a chronic disease or self-perceived poor health. Self-perceived poor physical or mental health was related to being female, having high BMI levels, having incomplete education and low or no vegetable consumption. These findings are intended to provide information to establish lines of intervention to improve health in urban-rural communities.

Keywords: Chronic Disease, Behavior, Self Concept, Health, Nicaragua. (Source: NLM-MeSH)

1. Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños". Managua, Nicaragua.
2. Universidad Americana. Managua, Nicaragua
3. Departamento de Salud Pública, Universidad de Tennessee. Tennessee, Estados Unidos.

Recibido: 22/10/2022 Aprobado: 18/12/2022

Citar como:

Herrera K, Sunil T, Abdalah NC, Irschitz J. Enfermedades crónicas, comportamiento y autopercepción de salud en una comunidad urbano-rural de Nicaragua, 2022. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2022; 8(4):131-140. DOI <https://doi.org/10.56239/rhcs.2022.84.578>

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares representan la mayoría de las muertes por enfermedades no transmisibles (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial ⁽¹⁻³⁾

En Nicaragua, en el año 2021 las enfermedades crónicas más frecuentes fueron la hipertensión arterial (HTA) ocupando el primer lugar con una tasa de 549.6 x 10,000 habitantes, y la diabetes mellitus tipo 2 (DT2) en segundo lugar con una tasa de 285.4 x 10,000 habitantes. En el 2021 las tasas de mortalidad por DT2 e HTA fueron de 5.9 y 3.5 respectivamente ⁽⁴⁾.

Para brindar una respuesta exitosa al manejo de las enfermedades crónicas, los pacientes deben estar diagnosticados y tener un seguimiento adecuado, por lo que la presente investigación se realizó con el objetivo de indagar sobre la prevalencia de estas, aspectos sociodemográficos y de comportamiento, para brindar datos valiosos al sistema de salud Nicaragüense e impactar en la evolución satisfactoria y calidad de vida de la población.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en la comunidad de Xiloá, que geográficamente se localiza en el Municipio de Mateare, Departamento de Managua, Nicaragua, a unos 20 kilómetros al norte de esta ciudad.

El universo de trabajo estuvo constituido por la población mayor de 40 años de la localidad que tenían residencia permanente en la zona. Se determinó el

tamaño de muestra tomando en cuenta un intervalo de confianza del 95%, un poder del 80%, siendo un total de 168 personas.

Se establecieron como criterios de inclusión: tener una edad mayor de 40 años, ser residentes habituales de la zona y con anuencia a realizarse las pruebas de laboratorio establecidas en el estudio. Se excluyeron mujeres embarazadas, pacientes con patologías autoinmunes o cáncer.

Se utilizó un instrumento adaptado del sistema de vigilancia de los factores de riesgo conductuales (BRFSS, Behavioral Risk Factor Surveillance System) del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades - CDC ⁽⁵⁾ que contiene información sobre variables sociodemográficas tales como: edad, estado civil, escolaridad, ocupación, así como percepción de la salud física y salud mental en los últimos 30 días, así también, hábitos alimenticios, de actividad física, y otros hábitos tóxicos. El instrumento fue revisado y validado para garantizar la relevancia y aceptación cultural, así como la comprensión de este. Posterior a la aplicación del instrumento, se realizó la evaluación clínica de la presión arterial, la toma de medidas antropométricas (peso, talla), y la toma de exámenes de laboratorio (glicemia y colesterol en ayunas).

Plan de recolección de la información

Una vez establecida la muestra se acudió a la comunidad en fines de semana con el fin de garantizar la presencia de los habitantes en casa. Los encuestadores fueron estudiantes de medicina de la Universidad Americana (UAM) quienes recibieron capacitación sobre consentimiento informado, técnica de la entrevista, llenado del formulario y digitación de datos.

Los estudiantes fueron supervisados por médicos docentes de la UAM y personal del Puesto de Salud local. Se seleccionaron al azar las viviendas a visitar. Una vez seleccionada la vivienda el entrevistador preguntaba si habitaban personas mayores de 40 años y al obtener respuesta positiva se procedía a solicitar su anuencia a la participación en el estudio y se realizaba formalmente el consentimiento informado. En primera instancia se realizó la entrevista y en un segundo momento se procedió a realizar examen físico. Se tomó peso, talla, presión arterial con instrumentos previamente calibrados. La toma de exámenes de glicemia y colesterol fueron realizadas por personal de laboratorio de la UAM quienes garantizaron la técnica, transporte y procesamiento adecuado de las muestras.

Plan de análisis de datos

Los datos recopilados se introdujeron originalmente en una hoja de cálculo Excel y luego se exportaron al Programa SPSS versión 21 para el análisis estadístico. Se realizaron análisis bivariados para relacionar las variables de salud física y salud mental autopercebida, antecedentes, características conductuales y los valores clínicos obtenidos del examen físico y de las pruebas de laboratorio. Se realizaron pruebas de significación, incluidas pruebas de Chi-cuadrado y pruebas t, en función de la naturaleza de las variables, para identificar la significación de las diferencias entre las distintas variables. Los resultados con significancia fueron colocados en las tablas de resultados para su apropiado análisis y discusión.

RESULTADOS

En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de los participantes del estudio, los cuales presentaron una edad promedio de 52,9 años, predominantemente mujeres en un 60.7%, 52.9% con

educación incompleta o nula, 72.6% con un número de hijos ≥ 3 , con un 19% de autopercepción de salud excelente o muy buena, un 38% de salud mental excelente o muy buena. Así también, declararon tener problemas de salud física y mental en los últimos 30 días, con una media de 16 y 8 días, respectivamente. En relación con antecedentes de salud previos, un mayor porcentaje declaró tener colesterol alto (21,4%), seguido de diabetes (18,1%), cardiopatía coronaria (16,8%) y trastorno depresivo (15,9%).

Las características conductuales de los encuestados se presentan en la tabla 2, con un tercio (33.3%) que nunca acudió a un chequeo médico aproximadamente un tercio declaró que fumaba. El consumo de verduras, ensaladas y frutas pocas veces a la semana se situó en torno al 40%.

La Tabla 3 muestra la evaluación clínica, incluye los niveles de glucemia y colesterol que se encontraban en el rango normal para más del 92% de los encuestados. El 20,8% presentaron un IMC normal, mientras que el 44,5% el IMC fue ≥ 30 . Más de un tercio de los encuestados mostraron valores de triglicéridos superiores a los normales y aproximadamente la mitad de ellos también mostraron valores de tensión arterial superiores a los normales.

La Tabla 4 presenta el análisis bivariado entre la salud física y mental autopercebida y las características sociodemográficas, conductuales y clínicas. El 70.6% de las mujeres respondieron tener una salud física pobre, y en la salud mental autopercebida, un 41.2% de los varones la declararon como pobre. Con relación a la educación, el nivel universitario fue el que reportó menor nivel de salud física y mental pobre (28 y 20% respectivamente). No se observaron resultados significativos al relacionar la edad, el consumo de alcohol y el hábito de fumar con el estado de salud física y mental autopercebida.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes de la comunidad de Xiloán, Nicaragua 2022.

Variable	Frecuencia	%	Media (DS)
Edad (en años)	168		52,9 (9,6)
Sexo			
Femenino	102	60,7	
Masculino	66	39,3	
Educación			
Primaria incompleta	36	21,6	
Primaria completa	30	18	
Secundaria incompleta	39	23,4	
Secundaria completa	23	13,8	
Profesional/Universidad	25	15	
Sin educación	14	8,4	
Número de hijos			
0	8	4,8	
1	9	5,4	
2	29	17,3	
3+	122	72,6	
Percepción de salud			
Excelente	13	7,7	
Muy buena	19	11,3	
Buena	40	23,8	
Aceptable	63	37,5	
Pobre	33	19,6	
Problemas de salud física en los últimos 30 días	168	100,0	16,2(15,1)
Percepción de Salud mental			
Excelente	38	22,6	
Muy buena	26	15,5	
Buena	44	26,2	
Aceptable	46	27,4	
Pobre	14	8,3	
Problemas de salud mental en los últimos 30 días	162	96,4	8,2(11,1)
Un profesional de la salud le ha dicho alguna vez que padece de			
Colesterol alto	36	21,4	
Altas posibilidades de un infarto	5	3	
Enfermedad coronaria	28	16,8	
Evento vascular cerebral	8	4,8	
Asma	15	9	
Trastorno depresivo	26	15,9	
Diabetes	30	18,1	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Características de comportamiento de los participantes de la comunidad de Xiloán, Nicaragua 2022.

Variable	n	%	Media (DE)
Último chequeo médico de rutina			
Hace menos de 1 año	57	33,9	
Hace 1-2 años	17	10,1	
Hace más de 2 años	38	22,6	
Nunca	56	33,3	
Estatus de tabaquismo			
Sí	55	32,7	
Uso de alcohol			
Sí	32	19,0	
Actividad física en el último mes			
Sí	97	57,7	
Consumo de vegetales			
Algunos días a la semana	63	37,7	
Semanal	52	31,1	
Mensual	34	20,4	
Nunca	18	10,8	
Consumo de ensalada			
Algunos días a la semana	63	37,5	
Semanal	61	36,3	
Mensual	23	13,7	
Nunca	21	12,5	
Consumo de frutas			
Algunos días a la semana	70	41,7	
Semanal	58	34,5	
Mensual	27	16,1	
Nunca	13	7,7	
Horas de sueño por día	168		7,3 (2,1)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Evaluación clínica de los participantes de la comunidad de Xiloán, Nicaragua 2022.

Variable	n	Media (DE)	Rango
IMC	168	29,7 (5,9)	17,5-45,7
Menor de 25	35	20,8	
25.0-29.9	58	34,5	
≥ 30.0	75	44,5	
Triglicéridos			
Normal	108	64,7	
Elevados	59	35,3	
Presión arterial			
Normal	86	51,2	
Elevada	19	11,3	
Alta grado 1	37	22	
Alta grado 2	24	14,3	
Crisis hipertensiva	2	1,2	
Nivel de colesterol			
Normal	155	92,3	
Elevado	13	7,7	
Nivel de glicemia			
Normal	161	97,6	
Elevada	4	2,4	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Análisis bivariado de la autopercepción de salud y características sociodemográficas, comportamiento y evaluación clínica de los participantes de la comunidad de Xiloán, Nicaragua 2022.

Variable	Autopercepción de salud física				Autopercepción de salud mental			
	Excelente	Bueno	Pobre	Valor p	Excelente	Bueno	Pobre	Valor p
Características sociodemográficas								
Género				p<0.001				p<0.05
Femenino	7,8	21,6	70,6		50	22,7	27,3	
Masculino	36,4	27,3	36,4		30,4	28,4	41,2	
Educación				p<0.05				p>0.05
Sin estudios o con estudios primarios incompletos	14,0	20,0	66,0		38,0	22,0	40,0	
Primaria completa	13,3	10,0	76,7		33,3	23,3	43,3	
Secundaria incompleta	25,6	25,6	48,7		25,6	33,3	41	
Secundaria completa	13,0	30,4	56,5		52,2	21,7	26,1	
Universidad/Profesional	32,0	40,0	28,0		52,0	28,0	20,0	
Edad				p>0.05				p>0.05
≤ 50 años	21,2	20,0	58,8		36,5	25,9	37,6	
51-60 años	17,5	30,0	52,5		37,5	35,0	27,5	
≥ 61 años	16,3	25,6	58,1		41,9	18,6	39,5	
Comportamiento								
Actividad física en último mes				p<0.05				p<0.001
Si	23,7	25,8	50,5		46,4	27,8	25,8	
No	12,7	21,1	66,2		26,8	23,9	49,3	
Estado de fumador				p<0.05				p>0.05
Si	25,5	29,1	45,5		43,6	23,6	32,7	
No	15,9	21,2	62,8		35,4	27,4	37,2	
Consumo de alcohol				p>0.05				p>0.05
Si	15,6	34,4	50,0		28,1	37,5	34,4	
No	19,9	21,3	58,8		40,4	23,5	36,0	
Consumo de vegetales				p<0.01				p<0.05
Pocos días a la semana	23,8	27,0	49,2		46,0	28,6	25,4	
Semanalmente	26,9	25,0	48,1		46,2	19,2	34,6	
Mensualmente o nunca	5,8	19,2	75,0		21,2	28,8	50,0	
Último chequeo médico de rutina				p>0.05				p<0.01
< 1 año	17,5	24,6	57,9		42,1	36,8	21,1	
> 1 año	23,6	21,8	54,5		43,6	27,3	29,1	
Nunca	16,1	25,0	58,9		28,6	14,3	57,1	
Clínico								
IMC				p<0.05				p>0.05
Menor de 25	22,9	22,9	54,3		40,0	14,3	45,7	
25.0-29.9	27,6	15,5	56,9		43,1	29,3	27,6	
≥ 30.0	10,7	30,7	58,7		33,3	29,3	37,3	
Triglicéridos				p>0.05				p>0.05
Normal	14,8	25,0	60,2		34,3	25,9	39,8	
Elevado	27,1	22,0	50,8		45,8	25,4	28,8	
Presión Arterial				p>0.05				p>0.05
Normal	22,1	18,6	59,3		40,7	31,4	27,9	
Elevada	15,8	31,6	52,6		36,8	10,5	52,6	
Un grado más alto	15,9	28,6	55,6		34,9	23,8	41,3	

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio reflejaron que casi la mitad de la población estudiada presentaba hipertensión lo cual es superior a estudios previos en Managua que indicaron que el 25,2% de los encuestados presentaron hipertensión. Este hallazgo confirma el incremento acelerado que va ocurriendo con los años respecto a esta enfermedad crónica en el país. Adicionalmente se encontró un 44.5 % de obesidad superando los hallazgos del CAMDI (Iniciativa Centroamericana de Diabetes) que reportó 28% de obesidad. La actividad física resultó más favorable en la población de Xiloá ya que un 58% aseguró realizar algún nivel de actividad física dos o tres veces por semana mientras que en los participantes en el estudio CAMDI que respondieron que el 33% realizaba actividad física baja ⁽⁶⁾.

Otros factores de riesgo estudiados fueron el tabaquismo y el uso de alcohol. Un 33% de todos los encuestados aceptaron ser fumadores y un 19% aceptaron haber consumido cinco o más bebidas alcohólicas en las cuatro semanas previas a la encuesta. Estos resultados difieren de la Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas que obtuvo un 21% de participantes que fumaban y el consumo de alcohol fue muy superior (72%) a pesar de que ambas poblaciones pertenecen al Departamento de Managua. Ambos hábitos están altamente relacionados con la prevalencia de enfermedades crónicas ⁽⁶⁾.

En lo que respecta a la salud física auto declarada, el porcentaje de mujeres que declaran que su salud física es regular o mala es mayor que el de los hombres. Este resultado coincide con lo reportado por otros autores en Colombia, que encontraron que fueron las mujeres las que reportan menores puntajes para la salud física

y en Chile, donde el bienestar percibido fue también menor en mujeres lo que podría asociarse con las condicionantes de género que caracterizan a las sociedades o grupos donde viven esas mujeres ^(7,8).

Por otro lado, un porcentaje significativamente mayor de hombres declararon tener una salud mental regular o mala con respecto a las mujeres. Contrario a lo que reporta la literatura que expresa que las mujeres son más vulnerables a que su salud mental resulte afectada por ciertos factores sociales, aunque también cabe la posibilidad de que los hombres sub reporten problemas de salud mental por su dificultad para buscar ayuda si los aqueja algún malestar emocional producto del machismo en sociedades latinoamericanas. Asimismo, se ha señalado que en ellos la depresión puede estar “escondida” detrás de comportamientos adictivos y de riesgo, así como detrás de la irritabilidad e impulsividad ^(9,10). Sin embargo, el presente estudio mostró que los varones participantes se expresaron libremente sobre la percepción de su salud mental.

Como era de esperar, el mayor porcentaje de encuestados que declararon no haber realizado actividades físicas en el último mes también declararon tener una salud física y mental mala o buena (no excelente). Varios estudios han demostrado que el ejercicio físico puede generar varios cambios y mecanismos fisiológicos en el organismo, que a su vez pueden reducir los niveles de estrés, o amortiguar la respuesta al estrés, lo que puede proteger contra los efectos negativos del mismo sobre la salud y mejorar el estado de ánimo y el efecto positivo ⁽¹¹⁾.

Además, el ejercicio físico se ha relacionado con el funcionamiento de varios neurotransmisores cerebrales, como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, lo que sugiere que el ejercicio físico

puede actuar del mismo modo que los antidepresivos. Incluso hay estudios que sugieren que la actividad física puede tener un efecto terapéutico sobre el bienestar mental comparable al de la psicoterapia ⁽¹¹⁾.

En cuanto a la asociación entre la salud autopercebida y las medidas clínicas, un mayor porcentaje de los que presentaron un IMC más elevado (≤ 30) también tendían a declarar una salud física regular o mala. La obesidad está considerada como una enfermedad que va en incremento. Los hábitos alimenticios junto con los estilos de vida propios de la modernidad, tales como el uso de transporte público o privado para movilizarnos y las largas jornadas laborales han llevado a una disminución de la actividad física que se refleja en el aumento del sedentarismo en la sociedad ⁽¹²⁾.

Otro aspecto a destacar es la percepción que se tiene actualmente sobre la obesidad y la belleza que se establece por patrones socioculturales, hay que recordar que este padecimiento se ve más como algo estético y no de salud, lo cual debe resolverse con las estrategias educativas apropiadas para sensibilizar la necesidad de mantener un peso saludable ⁽¹²⁾.

Alrededor de la mitad de los participantes presentaron obesidad e hipertensión lo cual es esperado y conocido como factor de riesgo e incluso se considera la obesidad como una enfermedad crónica y predictor de otras. La alta prevalencia de Hipertensión arterial coincide con la creciente prevalencia nacional de HTA que reflejan los datos oficiales del Ministerio de Salud de Nicaragua ^(4,13-15).

Los hábitos alimenticios no saludables se relacionaron al estado de salud, pues los que respondieron no consumir nunca o consumir verduras o solo una vez al mes también declararon tener un estado de salud física y mental regular o mala. ($p < 0,05$). Existe irrefutable

evidencia científica de los beneficios del consumo de vegetales y frutas y las dietas balanceadas para una adecuada salud, pero al mismo tiempo existen estudios que aportan pruebas de la existencia de un vínculo entre el consumo de frutas, verduras y un elevado bienestar mental ⁽¹⁶⁾.

Los resultados además mencionan que la salud mental mejora de forma aproximadamente proporcional al número de raciones diarias de frutas y verduras. El bienestar alcanza su punto máximo a partir de aproximadamente de 5- 7 raciones diarias ⁽¹⁶⁾. El motivo de promover el consumo de 5 raciones de fruta o verdura al día es que la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la OMS han recomendado consumir un mínimo de 400 g de fruta y verdura al día, excluidas las patatas y otros tubérculos amiláceos, con una ración estimada de 80 g ⁽¹⁷⁾.

Es importante mencionar que los participantes pertenecen a poblaciones pobres y vulnerables lo que afecta el acceso al tipo y calidad de alimentos que puedan consumir. La globalización y la comercialización de la industria alimentaria ha introducido un nuevo concepto de alimentos y dieta han segmentado la oferta de productos de consumo de acuerdo con el poder adquisitivo de la sociedad, entre más bajo sea el ingreso, se tendrá acceso a productos con una carga de grasa y azúcares mayor; por el contrario, si el ingreso es mayor, se podrán tener alimentos con características específicas tales como los orgánicos, libres de gluten y con endulzantes naturales lo cual puede explicar la alta prevalencia de obesidad en la población en estudio ⁽¹²⁾.

A pesar de que la mayoría de los entrevistados presentaba obesidad y una dieta no adecuada los niveles de colesterol predominaron en valores

normales en contraste con estudios previos de Managua que indicaban que el 20% de esta población el nivel de colesterol total estaba por encima del valor normal (>200 mg/dl) ⁽⁵⁾.

Se encontró alta prevalencia de obesidad y de HTA valores que fueron coincidentes con la salud percibida como regular o mala ($p < 0,05$).

Las características de comportamiento de los encuestados resultaron muy preocupantes. Más de un tercio de los encuestados nunca se sometió a un chequeo médico rutinario y el bajo consumo de frutas y verduras se asoció a la salud física y mental mala. ($p < 0,05$).

La percepción de una salud mental no adecuada en la población estudiada debe hacer reflexionar sobre el abordaje integral en los pacientes que acuden a los servicios de salud de esta localidad.

Es importante mencionar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, el estudio siguió un diseño transversal y, por lo tanto, no puede interpretarse para ninguna predicción de la salud auto declarada. En segundo lugar, es importante señalar que los entrevistadores que participaron en la recopilación de datos eran estudiantes de medicina lo que podría haber influido en los participantes en el estudio a la hora de informar de forma insuficiente o excesiva sobre su salud.

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org. [Online]; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.
2. Purnamasari D. The Emergence of Non-communicable Disease in Indonesia. *Acta Med Indones*. 2018; 50(4): p. 273-274.
3. Haileamlak A. Physical Inactivity: The Major Risk Factor for Non-Communicable Diseases. *Ethiop J Health Sci*. 2019; 29(1): p. 810.
4. Ministerio de Salud MINSA Nicaragua. www.minsa.gob.ni. [Online]; 2022. Acceso 30 de Noviembre de 2022. Disponible en: <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>.
5. CDC. Centers of Disease Control and Prevention. [Online]; 2022. Acceso 08 de noviembre de 2022 [Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/brfss/index.html>.
6. OPS. Iniciativa Centroamericana de Diabetes (CAMDI). Encuesta de Diabetes, Hipertensión y Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. [Online]. Managua; 2010. Acceso 29 de diciembre de 2022 [ISBN 978-92-75-33196-5]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CAMDI_NI_CARAGUA_180810.pdf.
7. Uribe Rodríguez A, Vakderrama Orbegozo L, Molina Linde J. Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. *Acta Colombiana de psicología*. 2007; 3(10): p. 75-78.
8. Vivaldi F, Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*. 2012;(30): p. 23-29.
9. Luciana RL. ¿Por qué hablar de género. *Salud Mental*. 2014; 37(4): p. 275-281.
10. Dumais A, Lesage A, Alda M, Rouleau G, Dumont M. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry*. 2005; 11(162): p. 2116-2124.

11. Grasdalsmoen M, Eriksen HR, Lønning KJ, et al. Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(175).
12. Barroso Camiade C. La obesidad, un problema de salud pública. *Espacios Públicos*. 2012; 15(33): p. 200-215.
13. Sánchez A, Muhn M, Lovera M, Ceballos B, Bonneau G, Pedrozo W, et al. Índices antropométricos predicen riesgo cardiometabólico: Estudio de cohorte prospectivo en una población de empleados de hospitales públicos. *Rev. argent. endocrinol. metab.* 2014; 51(4).
14. Canoy D, Cairns, BJ, Balkwill A, et al. Body mass index and incident coronary heart disease in women: a population-based prospective study. *BMC Med*. 2013; 11(87).
15. Floud S, Balkwill A, Moser K, Reeves G, Green J, Beral V, et al. "The role of health-related behavioural factors in accounting for inequalities in coronary heart disease risk by education and area deprivation: prospective study of 1.2 million UK women. *BMC Medicine*. 2016; 14(1).
16. Blanchflower DG, Oswald AJ, Stewart- Brown S. National Bureau of Economic Research. [Online].; 2012. Acceso 10 de 12 de 2022. Disponible en: <https://www.nber.org/papers/w18469>.
17. Głąbska D, Guzek D, Groele B, Gutkowska K. Fruit and Vegetable Intake and Mental Health in Adults: A Systematic Review. [Online].; 202. Acceso 16 de 12 de 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7019743/>.
18. Virginia Commonwealth University. Center on Society and Health. Why Education Matters to Health: Exploring the Causes. [Online]; 2015. Acceso 28 de 12de 2022. Disponible en: <https://societyhealth.vcu.edu/work/the-projects/why-education-matters-to-health-exploring-the-cause>.
19. Cutler D, Lleras-Muney A. Education and Health. In: Anthony J. Culyer (ed.), *Encyclopedia of Health Economics*. En. San Diego: Elsevier; 2014. p. 232-45.
20. Olshanky S, Antonucci T, Berkman L, Binstock R, Boersch-Supan A, Cacioppo J, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Affairs*. 2012; 31(8): p. 1803-13.
21. Montez J, Berkman L. Trends in the educational gradient of mortality among US adults aged 45 to 84 years: bringing regional context into the explanation. *American Journal of Public Health*. 2014; 104(1): p. 82-90.
22. Soto Tarazona A. El rol del tamizaje para diagnóstico y tratamiento oportunos. *Academia Nacional de Medicina*. 2019;: p. 332-337.

Correspondencia

Karen Herrera

Email: herrerakarenavanessa@gmail.com

