



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA
PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED
CONO SUR, JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. HEDITH CHOQUECHAMBI QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA
PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED
CONO SUR, JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. HEDITH CHOQUECHAMBI QUISPE

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE

:


Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO

:


Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

SEGUNDO MIEMBRO

:


M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

ASESOR DE TESIS

:


Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA - P07



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1264 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 02 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 12311 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** del bachiller: **CHOQUECHAMBI QUISPE HEDITH** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- | | |
|------------------|--------------------------------------|
| * Presidente : | Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE |
| * 1er. Miembro : | Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA |
| * 2do Miembro : | M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ |
| * : | |
| * Asesor (a) : | Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA |

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA :	MIÉRCOLES 03 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA :	12:00 HORAS
LOCAL :	Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería y la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 568 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 09 de julio del 2025

VISTOS:

El Informe N° 168-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 07 de julio del egresado (a) **CHOQUECHAMBI QUISPE HEDITH** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado **ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024** para optar el título profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

* Presidente	:	Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
* 1er. Miembro	:	Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
* 2do Miembro	:	M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
*		
* Asesor (a)	:	Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **CHOQUECHAMBI QUISPE HEDITH** para optar el Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** Con la tesis titulado **ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024** correspondiente a la Línea de investigación **SALUD PÚBLICA**

ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



**RESOLUCIÓN DECANAL N° 1401 -2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 29 de octubre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 102-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 22 de octubre de la E.P. Enfermería, folio 000000132;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **CHOQUECHAMBI QUISPE HEDITH** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA**;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * Presidente : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- * 1er. Miembro : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * 2do. Miembro : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión N° 102-2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92- y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud

SE RESUELVE:

APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **CHOQUECHAMBI QUISPE HEDITH** para optar el título profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** titulado: **ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales. y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A)** de la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Enfermería quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: Enfermería Archivo.

Dr. ELIZABETH VARGAS ONOFRE
COP 2037



HEDITH CHOQUECHAMBI QUISPE

ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDA...

 Trabajos de tesis para ingreso a repositorio

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::13016:601964105

Fecha de entrega

22 jun 2026, 14:21 GMT-5

Fecha de descarga

23 jun 2026, 20:51 GMT-5

Nombre del archivo

T036_75531785_T.docx

Tamaño del archivo

30.4 MB

157 páginas

27.613 palabras

145.779 caracteres



15% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 10%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 13%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

**Metadatos Complementarios**

Título de la tesis	
ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	HEDITH CHOQUECHAMBI QUISPE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	75531785
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-0251-8319
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Micro Red Cono Sur Juliaca Coordenadas: Longitud: 15°49'95° Latitud: 70°12'51° URL Maps https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1DdP7YnXnAB6lXvuvIF54Gzg3jZ-Ades&usp=sharing 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Octubre 2024 – Diciembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05



UNIVERSIDAD DE CUZCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Maria Concepción Figueroa Vili
Dra. Maria Concepción Figueroa Vili
DIRECTORA

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo HEDITH CHOQUECHAMBI QUISPE, identificado con DNI
Nro. 75531785, en mi condición de egresado de:

- ☒ **Escuela Profesional**
☐ **Programa de Segunda Especialidad,**
☐ **Programa de Maestría o Doctorado**

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la ☒ **Tesis** o ☐ **Trabajo de Investigación**, ☐ **Trabajo Académico**
denominada:

ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA
SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO
SUR, JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 01 de JUNIO del 2026


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios quien guía mi camino día a día.
Expreso todo mi cariño y respeto a mis
padres, Rubén y Julia. Este logro
profesional ha sido posible gracias a su
cariño, sacrificio y dedicación, que también
me han inculcado un profundo aprecio por
el valor del esfuerzo constante.



AGRADECIMIENTO

Agradezco el apoyo que me han brindado mi asesor, mi director de tesis y los miembros del jurado durante la fase preparatoria de este proyecto de investigación. Les estoy muy agradecido por su tiempo y su paciencia, como también a todos y cada uno de los profesores de esta excepcional escuela de enfermería profesional por las valiosas enseñanzas, la formación profesional y los conceptos, valores y principios éticos que me han inculcado. He mejorado considerablemente mi nivel de rendimiento como consecuencia directa de los conocimientos que he adquirido.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Problema general.....	4
1.1.2. Problemas específicos.....	4
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	5
1.2.1. Justificación teórica.....	5
1.2.2. Justificación práctica.....	5
1.2.3. Justificación metodológica	6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.4.1. Hipótesis general	7



1.4.2. Hipótesis específicas	7
1.5. VARIABLES DE ESTUDIO	8
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	11
2.1.1. A nivel internacional.....	11
2.1.2. A nivel nacional.....	15
2.1.3. A nivel regional	21
2.2. MARCO TEÓRICO	23
2.3. MARCO CONCEPTUAL	58

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	60
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	60
3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.....	60
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	61
3.4.1. Población	61
3.4.2. Muestra.....	61
3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION	62
3.6. VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	65
3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	66



3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	67
3.8.1. Validez	67
3.8.2. Confiabilidad	67

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS.....	68
CONCLUSIONES.....	104
RECOMENDACIONES	106
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
A N E X O S	115
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	116
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	120
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	123
ANEXO 4: INSTRUMENTO	124
ANEXO 5: VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	129
ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN	133

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	69
Tabla 2.	Sexo relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	72
Tabla 3.	Nivel educativo que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	75
Tabla 4.	Enfermedades crónicas que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur	78
Tabla 5.	Tiempo de enfermedad crónica que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	81
Tabla 6.	Manejo terapéutico relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	84
Tabla 7.	Estilo de vida de riesgo en nutrición que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	87
Tabla 8.	Estilo de vida de riesgo en actividad física que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	89
Tabla 9.	Estilo de vida de riesgo en manejo del estrés que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	91



Tabla 10.	Estilo de vida de riesgo en relaciones interpersonales que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	93
Tabla 11.	Estilo de vida de riesgo en crecimiento espiritual que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	96
Tabla 12.	Estilo de vida de riesgo en responsabilidad en salud que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	99
Tabla 13.	Percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.....	102



RESUMEN

El **objetivo** es determinar los estilos de vida de riesgo que se relacionan con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024. **Metodología:** Es de nivel básico, con diseño no experimental, correlacional y transversal con una muestra de 92 pacientes portadores de enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur, se utilizó técnicas de la entrevista y encuesta con instrumentos del cuestionario de estilo de vida según pender (PEVP-II) y cuestionario de percepción de la enfermedad crónica que padece BIPQ para establecer la relación de variables el estadístico del X^2 cuadrado de Pearson.

Resultados: Se ha identificado que los determinantes personales de riesgo en el 32,6% comprendidos entre los 31 a 45 años ($p<0,001$), en el 40,2% con nivel educativo de superior universitario ($p<0,003$), en el 29,3% fueron portadores de diabetes mellitus ($p<0,028$), en el 40,2% con tiempo de enfermedad menor de 2 años ($p<0,005$), y con manejo terapéutico discontinuo en más de un mes ($p<0,009$); Se ha precisado los estilos de vida de riesgo en nutrición en el 92,4% con déficit ($p<0,048$), en el 47,8% estilo de vida con déficit en la actividad física ($p<0,007$), en el 58,7% presentaban estilo de vida en déficit en manejo de estrés ($p<0,000$), en el 76,1% estilo de vida con déficit en relaciones interpersonales ($p<0,022$), en el 51,1% estilo de vida con déficit en crecimiento espiritual ($p<0,046$), y en el 63,0% estilo de vida con déficit en responsabilidad en salud ($p<0,0$), todas están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas Micro Red Cono Sur con resultados estadísticos del X^2 significativos con valores de $p<0,05$. Y la percepción de salud en pacientes con enfermedades crónicas en el 51,1% la percepción fue positiva, en el 42,4% la actitud hacia su salud fue de indiferencia y en el 6,5% expresaron una actitud negativa hacia su salud/enfermedad. **Conclusión:** Se ha determinado que los estilos de vida de riesgo tienen relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024, con resultados estadísticamente significativas con la prueba del X^2 con valores de $p<0,05$

Palabras clave: Enfermedad crónica, estilo de vida, riesgo, percepción de salud, enfermedad, paciente.



ABSTRACT

The **objective** of this research was to determine the risky lifestyles that are related to the perception of health in patients with chronic diseases, Micro Network Southern Cone, Juliaca 2024. **Methodology:** It is a basic level study, with a non-experimental, correlational and cross-sectional design with a sample of 92 patients with chronic diseases from the Southern Cone micro network, interview and survey techniques were used with instruments from the Pender lifestyle questionnaire (PEVP-II) and the chronic disease perception questionnaire BIPQ to establish the relationship of variables the Pearson X2 square statistic. **Results:** Personal risk determinants were identified in 32.6% of patients between 31 and 45 years of age ($p < 0.001$), 40.2% had a higher university education level ($p < 0.003$), 29.3% had diabetes mellitus ($p < 0.028$), 40.2% had a disease duration of less than 2 years ($p < 0.005$), and had discontinuous therapeutic management for more than one month ($p < 0.009$); The risky lifestyles in nutrition have been specified in 92.4% with deficit ($p < 0.048$), in 47.8% a lifestyle with deficit in physical activity ($p < 0.007$), in 58.7% they presented a lifestyle with deficit in stress management ($p < 0.000$), in 76.1% a lifestyle with deficit in interpersonal relationships ($p < 0.022$), in 51.1% a lifestyle with deficit in spiritual growth ($p < 0.046$), and in 63.0% a lifestyle with deficit in responsibility for health ($p < 0.0$), all are related to the perception of health in patients with chronic diseases Micro Network Southern Cone with significant statistical results of the X2 with values of $p < 0.05$. And the perception of health in patients with chronic diseases in 51.1% the perception was positive, in 42.4% the attitude towards their health was indifference and in 6.5% they expressed a negative attitude towards their health/illness. **Conclusion:** It has been determined that risky lifestyles are related to the perception of health in patients with chronic diseases, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024, with statistically significant results with the X2 test with p values < 0.05

Keywords: Chronic disease, lifestyle, risk, perception of health, disease, patient.



INTRODUCCIÓN

A los efectos de este estudio específico, los participantes eran personas a las que se les había diagnosticado enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). El término «enfermedades neurodegenerativas combinadas» (ENC) es referido a las patologías que generalmente se caracterizan por un desarrollo gradual en lugar de un inicio abrupto. Varias de estas afecciones, entre ellas la diabetes, los trastornos cardiovasculares (incluidos los infartos y los ACV), los problemas renales, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer, se encuentran entre las más mortales. El cáncer y la diabetes son dos ejemplos de enfermedades adicionales.

Los programas de promoción y prevención en pacientes que padecen enfermedades crónicas, las investigaciones previas indican que el proceso de adaptación y percepción sobre la enfermedad son componentes esenciales de este estudio que deben tenerse en cuenta. Esto se debe a que estos aspectos son componentes esenciales del estudio. Dicho esto, es de suma importancia reconocer que la cultura es un aspecto significativo en buscar una comprensión de cómo las personas ven las condiciones en las que se encuentran. Para presentar los resultados y realizar comparaciones entre el estudio que investiga las enfermedades en pacientes, es de suma importancia proporcionar los resultados. A la luz de los factores que se han discutido anteriormente en la conversación, este es el resultado.

Capítulo I se abordan aspectos generales, como la formulación del problema, los objetivos, la justificación, las hipótesis, las variables y operacionalización. En el capítulo II se introduce el marco teórico que sirve de base para la investigación. El capítulo III describe la metodología del estudio. El capítulo IV esta los resultados en pruebas de hipótesis, tablas de frecuencia y tablas de doble entrada. La conclusión



y las recomendaciones se presentan en la sección final, que se deriva de todos los resultados descubiertos. La bibliografía va seguida de una lista de todos los apéndices.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

En la última década el perfil epidemiológico de los países tanto en vía de desarrollo y lo más desarrollados, la prevalencia e incidencia de estas enfermedades se encuentra en aumento considerándose graves problemas de la salud pública, no solo por el impacto social, sino por el impacto económico al sistema sanitario, la mortalidad, capacidad productiva y morbilidad de las personas (1, 2).

A nivel internacional.

Cada vez es más común que las personas padezcan enfermedades crónicas, que se están produciendo en todo el mundo y son más frecuentes en países con bajos y medios ingresos. En estos países, estas enfermedades son responsables del ochenta por ciento de todas las muertes, y del sesenta y tres por ciento de todas las muertes en cualquier lugar del país (3). Las patologías crónicas fueron la única causa de mortalidad de 36 millones de personas en 2008. Las ECV son responsables de la mayoría de los 17,7 millones de muertes de cada año. Se trata de la tercera causa de mortalidad, por detrás del cáncer (8,8 millones), las enfermedades infecciosas del sistema respiratorio (3,9 millones) y la



diabetes (1,6 millones). Teniendo en cuenta todas estas enfermedades, podemos concluir que son la causa del resto de las muertes. Entre los demás factores que contribuyen a la muerte se encuentra la diabetes. En el año 2015, las ECV fueron la causa de muerte del 33,1 % de la población de Colombia, lo que se tradujo en 33,1 muertes por cada 1000 personas. Además, se produjeron 4,7 muertes por cada 1000 personas afectadas por DM y 3,7 muertes por cada 1000 personas causadas por cáncer de mama. (4).

Según los resultados de un estudio realizado en 23 países en desarrollo, se estimó que la pérdida de producción económica debida a enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y diabetes ascendería a unos 84 000 millones de dólares durante los años 2006 y 2015. Ese era el precio que exigían las enfermedades. (5).

Cada año, un total de 5,5 millones de personas en América pierden la vida a causa de enfermedades crónicas, y 15 millones personas en el mundo, con edades de 30 y los 69 años, se ven afectadas por estas dolencias. Más del 85 % de las defunciones son en países con ingresos. Las ENT causan 2,2 millones de muertes en América antes de que alcancen los 7 años de edad. En Estados Unidos, el cáncer es responsable de 9,0 millones de muertes, las ER de 3,9 millones y la diabetes de 1,6 millones.

Un mayor riesgo de muerte por enfermedades crónicas está asociado a diversos factores, que pueden clasificarse en varias categorías (6). Hay una serie de variables que contribuyen a ello, entre ellas la falta de ejercicio físico, ingesta de alcohol, el tabaquismo y una mala alimentación. En 2018, la OMS descubrió que el consumo de productos del tabaco, la inactividad física, el

consumo excesivo de alcohol y las dietas ricas en azúcar y grasas contribuyen a aumentar el riesgo de muerte por ENT. Además, el consumo excesivo de sal es responsable de 4,1 millones de muertes. Por si fuera poco, la actividad física insuficiente es la causa de la mortalidad de 1,6 millones de personas cada año. (7).

A nivel nacional

Como consecuencia de los esfuerzos realizados para fortalecer la limitada capacidad de investigación, prevención y tratamiento (9). Se han formulado las ideas que se detallan en el documento titulado «Prioridades nacionales de investigación en salud en el Perú 2019-2023» (8).

El patrón de mortalidad causado por enfermedades infecciosas y no transmisibles ha experimentado cambios desde el año 2020, y estos cambios se han producido no solo a escala mundial, sino también en América Latina y Perú. En todo el mundo, desde Estados Unidos hasta Perú, se han producido estos cambios. Una de las principales razones de ello fue la pandemia de COVID-19, que comenzó en enero de 2023. Es una enfermedad infecciosa producida por la transmisión de microorganismos peligrosos (el virus SARS-CoV-2) que se transmiten entre las personas. En este momento, durante la pandemia se tuvieron 6,8 millones de defunciones, lo que demuestra claramente un incremento de mortalidad por enfermedades infecciosas producidas por enfermedades contagiosas. Como resultado de la COVID-19, se ha demostrado que las personas que ya padecían enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer tenían más probabilidades de fallecer. Esto era así independientemente de si se les había diagnosticado alguna de estas afecciones. Independientemente de si

tenían o no problemas médicos preexistentes, esto era así en todos los casos.

En la región Puno

Según el INEI, el porcentaje de individuos con más de 15 años en Puno que padecían hipertensión arterial en 2021 era del 18,3 % del total de la población. Esta información se obtuvo a partir de mediciones de la presión arterial realizadas por personal de campo, así como de informes de los entrevistados los cuales recibieron un diagnóstico de hipertensión por un profesional médico. Existe una diferencia significativa en la prevalencia de este trastorno entre hombres y mujeres, siendo mayor en los hombres (18,6 %) que en las mujeres (17,9 %). (12), los factores de riesgo que contribuyen a la prevalencia de DNT esta el sobrepeso, la obesidad y el consumo de bebidas alcohólicas.

Formulación del planteamiento del problema

1.1.1. Problema general

PG: ¿Cuáles son los estilos de vida de riesgo que tienen relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024?

1.1.2. Problemas específicos

PE1. ¿Cuáles son los determinantes personales de riesgo relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024?

PE2. ¿Cuáles son los estilos de vida que están relacionados con la percepción

de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024?

PE3. ¿Cómo es la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.2.1. Justificación teórica

En la última década existe un incremento de las ENT en Perú. Algunos ejemplos de estas enfermedades son la diabetes y la cardiopatía isquémica. El Ministerio de Salud ha expresado su preocupación por esta tendencia, especialmente en las regiones metropolitanas y a lo largo de la costa del país. Muchas personas han sido diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer. (12).

Por ello la presente investigación aportara datos importantes para el entendimiento y conocimiento de las practicas que aun vienen desarrollando los pacientes portadores de enfermedades que permitirá realizar algunas intervenciones.

1.2.2. Justificación práctica

Pacientes con patologías crónicas como la diabetes podrán beneficiarse de los datos en términos de control personal y control del tratamiento, ya que nos permitirán ofrecer recomendaciones sobre enfoques que mejorarán su situación y su vida. Entre estas medidas se encontrarán el control de la ingesta alimentaria del paciente, así como su nivel de actividad física. Además, los pacientes que tienen presente el miedo que puede conllevar los

diversos factores de las enfermedades, así como aquellos que perciben repercusiones mayores, pueden adoptar comportamientos positivos, como mantener una dieta saludable, realizar actividad física y tomar la medicación según lo prescrito. Todos estos son ejemplos de comportamientos que pueden ser beneficiosos. Esto se debe a que los procesos de adaptación a la enfermedad y los hábitos de vida saludables están cobrando cada vez más importancia en la investigación, así como en los programas que promueven y previenen problemas de salud. La idea de que la enfermedad es imprevista tiene un impacto en la forma en que uno se ocupa de su propia salud y cuidado personal.

1.2.3. Justificación metodológica

Las investigaciones propuestas se orientan bajo un enfoque cuantitativo, ya que serán desarrolladas mediante una propuesta esquemática alineada con el método científico debido a que los estilos de vida de los pacientes portadores de ENT y la percepción respecto a la enfermedad que portan, realidad que se da en los establecimientos de primer nivel considerado que gran parte de los pacientes recurren a este nivel de atención por ser más accesible para lo cual se empleara una metodología eminentemente científica y técnica.

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

OG: Determinar los estilos de vida de riesgo que se relacionan con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024



1.3.2. Objetivos específicos

- OE1.** Identificar los determinantes personales de riesgo relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.
- OE2.** Identificar los estilos de vida que están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur
- OE3.** Identificar la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.

1.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Hipótesis general

HG: Los estilos de vida de riesgo tienen relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024.

1.4.2. Hipótesis específicas

- HE1.** Los determinantes personales de riesgo están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.
- HE2.** Los estilos de vida están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.
- HE3.** La percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas,



Micro Red Cono Sur es negativa

1.5. VARIABLES DE ESTUDIO

Variable 1: Estilos de vida de riesgo

Variable 2: Percepción de la salud



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA / VALOR
Variable 1. 1.Estilos de vida de riesgo	1.1.Condicionantes personales	1.1.1. Edad	a)18 a 30 años b)31 a 45 años c)45 a 60 años d)Mayor a 61 años
		1.1.2. Sexo	a) Femenino b) Masculino
		1.1.3. Nivel educativo	a) Sin estudios b) Primaria c) Secundaria d) Superior técnica e) Superior universitaria
		1.1.4. Enfermedades crónicas	a) Migraña b) Gastritis c) Diabetes d) Hipertensión e)Artritis f) Cáncer
		1.1.5. Tiempo de enfermedad crónica	g) Otro. a) Menor de 2 año b) 2 a 5 años
		1.1.6. Manejo terapéutico	c) Mayor de 5 años a) Descontinuado mayor a 1 mes b) Descontinuado menor de 1 mes c) Continuo



	1.2.Estilo de vida	1.2.1. Nutrición	a) Saludable b) En déficit c) No saludable
		1.2.2. Actividad física	a) Saludable b) En déficit c) no saludable
		1.2.3. Manejo del estrés	a) Saludable b) En déficit c) No Saludable
		1.2.4. Relaciones interpersonales	a) Saludable b) En déficit c) No saludable
		1.2.5. Crecimiento espiritual	a) Saludable b) En déficit c)No saludable
		1.2.6. Responsabilidad de la salud	a) Saludable b) En déficit c)No saludable
Variable 2. 2.Percepcion de la salud		2.1.1. Valoración de la percepción de la salud	a) Negativa 0 – 3 Puntos b) Indiferencia 4 a 6 puntos c)Positiva 7 a 10 puntos



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional

Cajachagua, et al. (13), Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos Chile. Un total de 250 personas diagnosticadas con hipertensión participaron en la investigación analítica transversal. De ellas, 100 fueron proporcionadas, mientras que el Centro de Salud La Era-Lima (Perú) se encargó de proporcionar 150. Este par de pacientes procedía de Chile, donde fueron reclutados. Para seleccionar a los pacientes, utilizamos procedimientos de selección que no se basaban en la probabilidad, sino en la conveniencia. Se utilizaron la escala Morisky-Green y el Cuestionario PEPS-I, ambos validados en el pasado, para recopilar datos de los participantes. Esto se logró con la ayuda de nuestros instrumentos de investigación. Para completar con éxito la tarea de realizar el análisis multivariante. Resultados: El 58,8 % de los pacientes con hipertensión tenía un estilo de vida poco saludable, y el 58,4 % de esos pacientes no cumplía con el tratamiento prescrito. Se demostró que el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo estaba asociado con hábitos de vida saludables, tal y como lo demostró el análisis multivariante. La dieta (odds ratio = 1,56), los contactos interpersonales (odds ratio = 1,58) y las



responsabilidades sanitarias (odds ratio = 1,54) fueron algunas de las actividades incluidas en esta categoría. Una dieta adecuada, buenas relaciones interpersonales y un sentido de la responsabilidad hacia la propia salud son factores que, según los resultados, se han demostrado asociados al cumplimiento del tratamiento antihipertensivo.

Lugo, et al. (14). Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir depresión y ansiedad en una persona con asma. México. A continuación se presenta un estudio de caso completo centrado en una mujer que padece asma, depresión y ansiedad. El estudio de caso se presenta aquí. La intervención tenía como objetivo Como las personas perciben cuando no se encuentran bien, con el fin de disminuir las emociones de miedo y tristeza que pueden estar experimentando. El enfoque de evaluación utilizó tres instrumentos diferentes: el Análisis Funcional del Comportamiento, el Cuestionario BIPQ y la Escala HADS. Cada uno de ellos tenía su propio propósito específico. Los resultados Se evaluaron utilizando la mejora clínica objetiva (OCC) y mostraron mejora clínicamente de la enfermedad. Más concretamente, mejoraron su valoración del efecto emocional de la enfermedad en un 100%, su perspectiva de las consecuencias de la enfermedad en un ochenta y cinco por ciento y su percepción de su propio control en un cien por cien. Además, se observó una reducción de los TSM, como la ansiedad (-45 %) y la depresión (-75 %). Con el fin de mejora en la calidad de vida y reducir las implicaciones emocionales de las enfermedades crónicas, se ha decidido incluir los tratamientos psicológicos como parte de la atención multidisciplinar que reciben los pacientes.

Valero, et. al (15). Propiedades psicométricas del cuestionario de percepción de amenaza de la enfermedad crónica en pediatría*. Se sometió a un examen a 510 personas de entre 9 y 16 años, los datos sociodemográficos y el diagnóstico se utilizaron como base para las pruebas que realizamos con el fin de establecer la fiabilidad. Tras la eliminación de tres ítems, las evaluaciones de fiabilidad y validez de esta escala demostraron que tiene un grado adecuado de propiedades psicométricas. Además, se mejoraron los resultados para una sola dimensión. Resultados: Las mujeres y los adolescentes diagnosticados con DMT 1 tenían una mayor conciencia del peligro que representaba la enfermedad. Se demostró que la ansiedad y tristeza tenía una correlación favorable con la percepción de la enfermedad. Según los resultados, este cuestionario es un instrumento eficaz y práctico de los pacientes pediátricos a la enfermedad.

Lemos, et. al (16). Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. En este estudio correlacional prospectivo, los cuestionarios utilizados fueron el Cuestionario BIPQ, el Cuestionario PHQ-9, el Cuestionario GAD-7 y un cuestionario sobre la selección de estrategias de vida saludable. Con la participación de cincuenta y una personas que padecían una amplia gama de enfermedades crónicas. Entre las afecciones que padecían estas personas se encontraban migrañas, artritis reumatoide, cáncer de mama, diabetes, enfermedades cardiovasculares e HTA. La evaluación de los hábitos de vida saludables se completó tras un periodo de tres meses. **Resultados:** Los participantes suelen tener una comprensión global de su enfermedad (media = 8,09, desviación estándar = 2,48), opinan que sus acciones (media = 7,06,

desviación estándar = 2,79) y su tratamiento (media = 7,89, desviación estándar = 2,69) son eficaces para controlarla y opinan que es crónica (media = 7,49, desviación estándar = 3,16). Además, los resultados indican correlaciones positivas entre la percepción de las consecuencias negativas, la identidad y la preocupación afectiva, así como los comportamientos de estilo de vida saludable (HLH) ($p < 0,05$). Además, es importante mencionar que el HLS indica una correlación lineal entre la preocupación emocional por la enfermedad (Beta = 0,311) y las consecuencias (Beta = 0,391), con un valor p inferior a 0,05. En la muestra, las proporciones de individuos que presentaban síntomas de ansiedad y depresión eran comparables a las observadas en la población general. **Conclusiones:** Como resultado de este enfoque, la comprensión de que una enfermedad tiene repercusiones negativas y el miedo que conlleva conocer estos efectos son los factores determinantes que llevan a la adopción de prácticas saludables.

Quiceno, -et al. (17). Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos. La muestra estuvo compuesta por un total de 124 pacientes, con una edad de 59 años. En el marco de este estudio, que utilizó una técnica de diseño correlacional descriptivo, el instrumento fue el Cuestionario IPQ-B. En cuanto a los aspectos que los pacientes consideraban la causa fundamental de su enfermedad, los componentes que obtuvieron un gran porcentaje de comentarios fueron los relacionados con estilos de vida poco saludables, la herencia y la predisposición genética. Se determinó que la dimensión «Consecuencias» del IPQ-B tenía una relación negativa con la edad y los años de escolarización, mientras que la dimensión «Comprensión de la enfermedad»

tenía una relación positiva con los años de escolarización y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico y las características sociodemográficas.

Yaulema, et.al (18). Estilos de vidas de los adultos mayores residentes en parroquias rurales del cantón Riobamba una investigación descriptiva. Se encontró un total de 730 personas de edad avanzada dentro del universo. En cuanto a la muestra, se incluyeron 225 personas diferentes. Todos los participantes tuvieron que rellenar un cuestionario con toda la información necesaria. Un número significativo de los participantes eran mujeres, lo que supone alrededor del 60,44 % del total. Este fue uno de los descubrimientos más significativos que se hicieron. El 79,11 han sido diagnosticadas con una enfermedad crónica y el 66 % de ellas viven solas. En el momento del estudio, el 92,44 % de las personas tenían una dieta inadecuada y el 79,11 % de los individuos se sometieron a revisiones médicas menos de dos veces al año durante el año anterior. En Estados Unidos, el 94,22 % de las personas realizan ejercicio físico con una frecuencia inferior a dos veces al año. Las vidas saludables se caracterizan generalmente por una alta frecuencia de enfermedades crónicas, dietas deficientes y bajos niveles de actividad física. (17).

2.1.2. A nivel nacional

Rodríguez, et al. (19). Estilos de vida y estrés en personas con hipertensión arterial en la Comunidad "Brisas de Santa Rosa Lima" en San Martín de Porres Lima - Perú, 2023. El diseño de la investigación fundamental, que incluye investigación no experimental correlacional y transversal. De los doscientos individuos hipertensos de la población, se seleccionó aleatoriamente a cincuenta para que funcionaran como muestra de

conveniencia. El cuestionario FANTASTICO. Emplearon el método de encuesta para evaluar el estilo de vida. Se comprobó que la fiabilidad y la validez del cuestionario FANTASTICO eran adecuadas (alfa 0,805). Por otro lado, se implementó el Cuestionario de Percepción de la Tensión (EEP-10) para cuantificar la tensión. Bustios (2019) adaptó posteriormente el cuestionario desarrollado por Cohen et al. (1983). Este presenta una fiabilidad y validez satisfactorias (alfa 0,812). El 52 % informaron de un estilo de vida adecuado, mientras que el 6 % (3) se encontraban en la zona de peligro, según los resultados. Además, el 70 % (35) de los encuestados mencionó una tensión media, mientras que el 10 % (5) informó de un nivel alto de estrés, se correlaciona de forma significativa ($p = 0,001$) y negativa ($r = -0,457$) con su estilo de vida, ya que un estilo de vida saludable se asocia con niveles bajos de estrés.

Silva (20). Estilos de vida en pacientes adultos con Hipertensión Arterial. Centro de Salud de Magllanal – Jaén. En concreto, el estudio se lleva a cabo utilizando una configuración de diseño descriptiva, transversal y que no incluye ningún experimento real. Dentro del grupo de muestra, se incluyó a un total de 55 adultos, se usó un cuestionario (Puican) y una técnica de encuesta. La fiabilidad del cuestionario se determinó en 0,94 según el alfa de Cronbach. Se utilizó un enfoque estadístico descriptivo para realizar el análisis de los datos. De acuerdo con los resultados, los aspectos de nutrición (83,6 %), autorrealización (96,4 %) y apoyo interpersonal (83,6 %), fueron clasificados como componentes de estilos de vida saludables. Por otro lado, las dimensiones de actividad física (98,2 %), responsabilidad con la salud (85,5 %) y gestión del estrés (61,8 %) se clasificaron como estilos



de vida poco saludables. Por último, algunas reflexiones. El Centro de Salud Magallanal de Jaén prestó asistencia médica a pacientes adultos que padecían hipertensión arterial y que, en general, llevaban una vida saludable. Las personas con estas características recibieron asistencia médica en la institución.

Ibazeta, et al. (21). Estilos de vida en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en un hospital peruano. Para este estudio se llevaron a cabo investigaciones observacionales, analíticas y transversales. El objetivo era evaluar la CV, que se clasificó como «peligrosa», «deficiente», «aceptable», «buena» y «excelente», mediante la administración de una encuesta cuantitativa denominada «FANTÁSTICO» a un total de 385 pacientes que acudieron a una clínica de medicina interna durante el trimestre de 2018. Los cuestionarios que se tuvieron en cuenta también tienen en cuenta las comorbilidades, el nivel socioeconómico (NSE) y otras características sociodemográficas. **Resultados:** El (56,4 %) eran mujeres, 109 (28,3 %) vivían en pareja, 103 (26,8 %) habían completado la educación secundaria y 188 (48,8 %) estaban matriculadas en ESE IV. Por otro lado, las personas que padecían insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial tenían puntuaciones FANTASTICO más bajas ($p = 0,045$; $p = 0,034$) en comparación con los pacientes que no presentaban estas circunstancias. Los participantes con EPOC tenían EV equivalentes a los de quienes no padecían la enfermedad ($p = 0,448$), y sus puntuaciones FANTASTICO eran comparables ($p = 0,099$). Las personas que tenían diabetes tipo 2 tenían puntuaciones FANTASTICO equivalentes a las de quienes no padecían la enfermedad, con un valor p de 0,930.

Cisneros (22). Estilo de vida asociado al control de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 durante la pandemia de Covid-19 en pacientes del centro de atención de urgencias – UCE, Lima. Un proyecto de investigación que se caracteriza por sus características analíticas, transversales y observacionales. Dentro de la muestra, había veintiocho pacientes con edades entre los treinta y los setenta y nueve años, con un examen de los registros de control y los historiales médicos, así como la recopilación de datos antropométricos y el uso de cuestionarios para evaluar las condiciones de estilo de vida. Se recopiló y registró toda esta información individual. El 57,6 % de los participantes estaban casados y el 51,9 % tenían un nivel educativo superior. La edad media de los participantes era de 61 años y el 51,3 % eran hombres. Con una conexión significativa entre tener un estilo de vida poco saludable y no tratar la HTA en el análisis multivariante de las personas que tenían HTA (odds ratio = 2,538; $p = 0,000$; intervalo de confianza del 95 % = 1,608-4,006). Este fue el caso de las personas que tenían hipertensión arterial. Se encontró una relación significativa entre un estilo de vida poco saludable y la DMT 2 no controlada en el grupo de diabéticos (razón de probabilidad = 5,498; $p = 0,013$; intervalo de confianza del 95 % = 1,440-20,995). Esto quedó demostrado por el grupo de diabéticos a lo largo del estudio. Además, los pacientes diabéticos que tenían una circunferencia abdominal patológica presentaban una prevalencia de glucemia no controlada 1,6 veces mayor que los pacientes diabéticos que tenían una circunferencia abdominal normal (odds ratio = 2,623; $p = 0,038$; intervalo de confianza del 95 % = 1,057-6,508).

Barboza (23). Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú, En el contexto de un estudio correlacional transversal descriptivo realizado con una muestra de 412 personas, se utilizó el «Modelo de investigación, factores de riesgo de ENT y medidas de la calidad de vida relacionada con la salud» establecido por el Ministerio de Salud. Al mismo tiempo, se realizaron análisis de glucosa en sangre y perfiles lipídicos en el laboratorio. Además, se recopilaban al mismo tiempo medidas del peso, la altura (antropometría) y la presión arterial de los pacientes. De acuerdo con los resultados, se descubrió que el 64,8 % de la población tenía al menos un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. Tras realizar la investigación, se demostró que las tasas de prevalencia de HTA y diabetes mellitus (DM2) eran del 14,6 %. La prevalencia de estas tasas es mayor en los hombres, en las personas que consumen alcohol y tabaco, en las personas que tienen una dieta deficiente y en las personas que realizan poca actividad física. Las tasas indican un aumento significativo con la edad ($p < 0,05$) y son más frecuentes en determinadas personas que en otras. **Conclusiones.** Además de la HTA, la DM, la obesidad y la dislipidemia, todas estas enfermedades están asociadas con factores de riesgo conductuales que pueden abordarse. Si se llevan a cabo las medidas necesarias, disminuirá la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares.

Cruzado (24). Percepción sobre la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología de un hospital nacional de Lima. A lo largo de toda esta investigación, se utilizaron metodologías de investigación cuantitativas y no experimentales, así como métodos de

investigación descriptivos y transversales. Setenta personas a las que se les había diagnosticado insuficiencia renal crónica y que cumplían los criterios de selección fueron las que participaron con éxito en el ensayo. Con el fin de obtener los criterios necesarios, la encuesta que se llevó a cabo utilizó el Cuestionario BPE como herramienta. Resultados: Pacientes que padecían enfermedad renal crónica, hubo 44 personas que representaban un peligro para la seguridad del paciente. Esto representa el 62,9 % del número total de pacientes. En lo que respecta a la evaluación de los síntomas y la descripción de la enfermedad por parte del paciente, las mediciones sugieren que el paciente no se enfrentó a una amenaza en el 63 % de los casos. En el control de la enfermedad, el 67 % de los casos suponían un peligro y, por último, en lo que respecta al conocimiento de la enfermedad, el 59 % de los casos suponían un peligro para el paciente. Se determinó que más del 50% de pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica se encontraban en situaciones potencialmente peligrosas como consecuencia de la enfermedad. Esta fue la conclusión que se obtuvo sobre las formas en que se percibía la enfermedad. El elemento que se vio más dramáticamente afectado en términos de sus dimensiones fue el relacionado con el control de la enfermedad.

Vargas (25). Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al consultorio de medicina del CS Juan Pablo II. Este estudio utiliza diversas metodologías de investigación, entre ellas la cuantitativa, la aplicada, la descriptiva, la correlacional y la transversal. Se realizaron entrevistas y se utilizó un cuestionario validado. Resultados: el 91,3 % tenía un nivel bajo de

conocimientos, mientras que el 0 % de la población tenía un nivel alto de conocimientos, lo que es motivo de preocupación con respecto a la situación. Esto es el resultado de la decisión de adoptar la hipótesis alternativa (H1), que llevó a la conclusión de que existe una conexión entre ambas. Entre los pacientes que visitaron la Clínica Médica del CS Juan Pablo II en 2017, es posible llegar a la conclusión de que existe una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y los estilos de vida saludables que llevan. La estadística chi-cuadrado, que es una prueba estadística, respalda esta afirmación.

2.1.3. A nivel regional

Mamani (26). Estilos de vida y enfermedades crónicas prevalentes en los adultos mayores del CS Queñuani - Yunguyo, Puno 2023. Es diseño transversal que no incluyó ningún experimento, y las variables utilizadas en el estudio no se modificaron de ninguna manera. Además, el tipo de investigación se denominó correlacional. Se utilizaron métodos cuantitativos y descriptivos. Se incluyó en la muestra a un total de cuarenta y cuatro personas mayores de ambos sexos que tenían sesenta años o más. La población estaba compuesta por cincuenta personas de sesenta años o más. La técnica empleada fue una encuesta, en los instrumentos fueron un cuestionario y un formulario de recopilación de datos. Se utilizó una encuesta general. Según los resultados, el 49,9 % tienen un nivel de estrés poco saludable, el 43,18 % tienen un nivel saludable de apoyo interpersonal, el 38,6 % tienen un nivel poco saludable de realización personal y el 36,6 % tienen un nivel poco saludable de responsabilidad con la salud. Además, el 45,45 % de las personas con más de 65 años realizan una cantidad poco

saludable de actividad física y ejercicio. Por otra parte, es importante tener en cuenta que el CS de Queñuani presenta una prevalencia considerable de enfermedades crónicas entre la población adulta. En el C.S. Queñuani, hemos llegado a la conclusión definitiva de que existe una asociación favorable entre el estilo de vida y la variable de enfermedades crónicas frecuentes entre las personas mayores. En la correlación de Pearson de 0,652 es un resultado es positivo. Esta conclusión se basó en los resultados del estudio. Se acepta la hipótesis general, es un indicio más de ello.

Mamani (27). Estilos de vida según Nola Pender relacionado con la prevalencia de enfermedades no transmisibles en personal policial que acude al Policlínico Puno 2020. La investigación fue de naturaleza observacional, no experimental y explicativa-causal. Se utilizó una encuesta estructurada sobre el PEVP-II que fue validada para la población latina. Además, se utilizó una evaluación documental de las enfermedades no transmisibles. En el estudio participaron un total de 124 agentes de las fuerzas del orden. **Resultados:** Según Nola Pender en el campo de la nutrición indican que la prevalencia de las ENT está asociada a factores relacionados con el estilo de vida. Estos factores incluyen la dieta, que es poco saludable para el 56,5 % de las personas ($p = 0,026$), la actividad física, que también es poco saludable para el 69,4 % de las personas ($p = 0,001$), el manejo del estrés, que es poco saludable para el 62, 1 % de las personas ($p = 0,002$), y las relaciones interpersonales, que son poco saludables para el 53,2 % de las personas ($p = 0,0145$). Se demostró que el crecimiento de la espiritualidad de una persona y la aceptación de la responsabilidad de su propia salud no guardaban relación entre sí. En cuanto a la dieta, el ejercicio

físico, el manejo del estrés y las relaciones interpersonales, la mayoría de las personas, según Nola Pender, mantienen estilos de vida que promueven comportamientos poco saludables. Los agentes que son obesos o tienen sobrepeso tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades no transmisibles que los agentes que no son obesos ni tienen sobrepeso. Además, más del cuarenta por ciento de los agentes que acuden a la Policlínica de la Policía de Puno son obesos o tienen sobrepeso.

2.2. MARCO TEÓRICO

1. Estilos de vida de riesgo

En el ámbito de esta investigación, analizaremos las tres representaciones conceptuales de los estilos de vida de riesgo, que pueden describirse de la siguiente manera. Él es referido a la relación dinámica que existe entre la responsabilidad personal y las instituciones gubernamentales, los cuales influyen en las personas. Los hábitos personales y la organización del acceso a la educación, la información y la cultura; en las sociedades se incluyen en el punto de vista de la socialización. En la socialización también se incluye en esta perspectiva. Existe una opinión generalizada que considera el estilo de vida como un código moral que es responsabilidad del individuo que elige entre un estilo de vida saludable o no saludable (por ejemplo, abstenerse de fumar, beber alcohol, comer alimentos nutritivos o hacer ejercicio) o un estilo de vida libre (por ejemplo, participar en comportamientos alternativos). Este se basa en la idea de que es el individuo quien toma la decisión. El objetivo de esta perspectiva es provocar un cambio no solo en los comportamientos, sino también en las condiciones de vida (como la mala salud, el desempleo y la pobreza), y este es el objetivo

de este punto de vista. Cuando se trata del proceso de construcción de un estilo de vida, el enfoque pragmático investiga las formas en que se utilizan las acciones, las palabras y las ideas en el proceso. En caso de que una persona tome decisiones que sean beneficiosas para su salud, dichas decisiones pueden influir en el estilo de vida que decide seguir. Como resultado de estar constantemente sujetas a interpretación y prueba en diversas circunstancias sociales, estas decisiones no son estables, sino propensas al cambio. Esto se debe a que siempre están disponibles para ser interpretadas y probadas. La razón de ello es que siempre son accesibles para su interpretación y prueba, lo que significa que siempre están disponibles. Esta se caracteriza por ciertos patrones de comportamiento, la cual puede generar efectos significativos en la salud de muchas personas. Por lo tanto, esto se debe al hecho de que se define por ciertos comportamientos. El énfasis de la acción no debe recaer únicamente en el individuo, sino también en los componentes sociales. Si los individuos son capaces de realizar cambios en su vida como consecuencia de la mejora de su salud, entonces la acción debe centrarse en el individuo. El hecho de que no exista una existencia «óptima» que todos los individuos puedan aspirar a alcanzar es algo que debe reconocerse antes de seguir adelante. Cuando se trata de cosas que hay que hacer de inmediato, esta es una de ellas.

1.1. Condicionantes personales

1.1.1. Edad

Se considera al tiempo transcurrido desde que nacimos hasta la actualidad, de acuerdo a diferentes estudios se tiene que la edad para la prevalencia e

incidencia de enfermedades no transmisibles cada vez se presenta en personas más jóvenes ya no adultos mayores o mayores de 50 años.

Por otro lado, es imposible cambiar la edad, que es más importante que se puede evitar. Además, es el factor fundamental responsable de la aparición y progresión de la mayoría de las ENT. Este es el caso; es la variable principal. Como consecuencia de estas alteraciones, con el tiempo seremos más propensos a enfermar. Algunos ejemplos son la degradación progresiva de la función de los órganos y sistemas (como el cardiovascular, el pulmonar o el renal), así como la reducción de los tejidos para recuperarse. Con el paso del tiempo, también existe la posibilidad de que se acumulen daños celulares y moleculares. Además del aumento de la inflamación crónica de bajo grado, también se produce un aumento de la senescencia celular. Ambos cambios se producen simultáneamente.

1.1.2. Sexo

El concepto no solo hace referencia a las características del sexo y se le asigna el género, femenino o masculino, de acuerdo con las características físicas, en las enfermedades crónicas o no transmisibles existen algunas predisposiciones para el sexo las cuales son importantes para emprender medidas de prevención y control.

El término «sexualidad», cuando se refiere al conocimiento de la sexualidad humana que es constructivo y sano, y que se integra en las condiciones de vida cotidianas. Entre los componentes de esta comprensión se incluyen la capacidad de mantener una comunicación abierta y honesta en las relaciones sexuales y emocionales, la impartición de una educación sexual

integral y el conocimiento anatómico y la fisiología sexual. Todas estas áreas están interrelacionadas. Además, tiene en consideración la detección temprana y el abordaje terapéutico de las dificultades o enfermedades sexuales, así como la necesidad de buscar la ayuda de un profesional cuando se considere oportuno. Cuando las personas adoptan un enfoque de sexualidad saludable, pueden disfrutar de beneficios en su bienestar emocional, físico y social. Esto se debe a que la sexualidad saludable es un enfoque holístico.

1.1.3. Nivel educativo

El nivel educativo se considera como el máximo que ha podido concluir la persona, según el mismo que va logrando incrementar la información y los conocimientos de diferentes procesos dentro de la salud y enfermedad.

A los efectos de este debate, el término «niveles educativos» esta referenciado a la progresión y organización de los numerosos programas educativos y formativos que una persona ha completado o está cursando actualmente. Estas etapas de la educación, que incluyen la educación primaria, secundaria, técnica y universitaria, se agrupan según el grado de dificultad de los conocimientos, habilidades y capacidades que expresan cuando se comunican. El nivel de educación formal se refleja en los certificados que ha obtenido. Estas expresiones se utilizan para referirse al grado de educación que ha completado un individuo. Existe una relación directa y estrecha entre estos niveles y la salud de cada persona. Hay muchos factores importantes que han contribuido a este resultado. Personas con un mayor nivel de educación tengan más disponibilidad de

información sobre salud, adapten sus hábitos de vida para estar más sanas y comprendan mejor cómo evitar problemas de salud. El nivel educativo de una persona también influye en su situación socioeconómica, lo que puede conducir a empleos mejor remunerados y, en consecuencia, a una mayor atención y a entornos más saludables a lo largo del tiempo. La educación, que ofrece a las personas la oportunidad de tomar decisiones beneficiosas para su salud y reduce el riesgo de enfermarse, es uno de los elementos sociales que determinan la salud.

1.1.4. Enfermedades crónicas

Son enfermedades producidas por exposición a diferentes riesgos los cuales generan procesos de largo tiempo y de progresión lenta, siendo las que vienen incrementándose en los últimos años, con una tendencia al incremento siendo algunas como la hipertensión arterial y enfermedades cardio vasculares, se tiene las enfermedades endocrinas como la DM 2, las artritis, el asma, y otros que tienen un componente de incremento (8,10).

Estas enfermedades persisten en más tiempo (más de tres a seis meses) y cuyos síntomas empeoran de forma constante con el pasar del tiempo. En muchos casos, no existe un tratamiento definitivo y no son contagiosas. Entre las afecciones más frecuentes se encuentran la DM, las ECV, el cáncer y el asma, por nombrar solo algunas. Una dolencia se considera crónica si persiste durante un periodo de tiempo considerable, a menudo superior a seis meses. En el caso de las enfermedades agudas, el desarrollo de estas afecciones suele ser lento y no se transmiten de una persona a otra. Esto contrasta con la situación de los trastornos crónicos.

En muchos casos, no es posible encontrar un tratamiento que pueda considerarse definitivo para estos problemas; sin embargo, los síntomas de estas dolencias pueden tratarse eficazmente mediante una terapia continuada. Durante el tratamiento, el paciente se someterá a procedimientos médicos, modificará su estilo de vida y será objeto de un seguimiento continuo. Es necesario que las personas mantengan un compromiso constante con el cuidado de sí mismas, ya que estas afecciones influyen en la calidad de vida.

1.1.5. Tiempo de enfermedad crónica

Dentro de las diferentes clasificaciones se han considerado algunas de las podrían ser de mayor frecuencia o prevalencia siendo (8,10):

- Enfermedades cardio vasculares: Hipertensión arterial
- Enfermedades endocrinas: Diabetes mellitus 2.
- Enfermedades respiratorias: asma
- Enfermedades reumatológicas: Artritis, gota
- Otras.

1.1.6. Manejo terapéutico

Las enfermedades crónicas tienen dentro de sus características que deben llevar de forma permanente un régimen no solo terapéutico sino de formas y estilo de vida, ya que gran parte del control de las mismas se da con estas condiciones diarias y cotidianas de las personas que son portadoras de enfermedades no transmisibles.

El objetivo del tratamiento de las enfermedades crónicas es mejorar la calidad de vida, regular los síntomas y prevenir las consecuencias. No

siempre es posible curarlas, y esto se hace con plena conciencia de ello. La respuesta a esta cuestión no solo exige enfoques interdisciplinarios, sino también a largo plazo. En lo que respecta a la mejora del autocuidado, algunas de las medidas más importantes que pueden aplicarse a nivel del paciente son la educación, la farmacología (medicamentos específicos) y los ajustes en el estilo de vida. Esta categoría también incluye los siguientes elementos. Para garantizar el bienestar emocional del paciente, es necesario proporcionar asistencia psicológica y realizar un seguimiento rutinario de su estado.

1.2. Estilo de Vida.

La teoría (28), que investiga fundamentalmente el comportamiento humano en relación con las expectativas de las personas de tener éxito en la realización de tales actos (1), servirá de base para el estilo de vida que se ofrecerá en esta investigación. Además, los modelos desarrollados por Pender se utilizan como base para este estudio. Pender ha elaborado un perfil de estilo de vida que examina la eficacia de las actividades que promueven la salud en seis sectores distintos de la vida. En su perfil de estilo de vida, ha mencionado en particular lo siguiente:

Se definen como el comportamiento tienen un impacto significativo en la salud mental y física de una persona. Es posible que diferentes personas tengan diferentes formas de vivir. La forma de vida puede caracterizarse por una gran variedad de métodos. No existe una forma de vida «óptima» que pueda recomendarse universalmente a todas las personas del mundo. Ciertas formas de vida y circunstancias vitales serán más deseables, posibles y aceptables en función al dinero, la cultura, la edad, la capacidad

física la estructura familiar, y el entorno. Estos factores también influirán en la determinación del tipo de condiciones de vida aceptables. Es importante tener en cuenta estos componentes. Cuando se trata de desarrollar entornos beneficiosos para la salud, el método hace hincapié en la necesidad de mejorar y modificar estilos de vida para promover la salud. Esto se debe a que el entorno que rodea al individuo es bueno para su salud.

Dentro de los límites de sus circunstancias vitales, que son los elementos que constituyen su entorno, los individuos se comportan y desempeñan sus funciones a diario. El entorno físico, así como las condiciones sociales y económicas, son el resultado de una confluencia de factores que crean esas situaciones vitales. Es muy probable que un individuo no pueda ejercer un control directo sobre todos estos factores la mayor parte del tiempo, ya que cada uno de ellos tiene el potencial de afectar a su salud. Esta actividad forma parte de la Carta de Ottawa (1986), que promueve el desarrollo de entornos propicios para la salud y basados en la mejora y condiciones de vida para ayudar a preservar y mejorar la salud. Este exige el desarrollo de entornos propicios para la salud. En su HPM, que ella misma desarrolló, la teórica Nola Pender afirma que la motivación detrás del comportamiento es el deseo de alcanzar el potencial humano y el bienestar. En su modelo, Pender afirma esta afirmación. Además, este teórico estaba interesado en crear un modelo de enfermería que abordara las preocupaciones sobre la forma en que las personas afrontan el proceso de tomar decisiones sobre su propia atención sanitaria. Estos ET son consideradas cotidianas que una persona elige activamente mantener para

conservar su salud física y mental en un estado aceptable. Las propuestas investigadas condujeron al descubrimiento de este resultado (que se logró). Además de los comportamientos que influyen en la alimentación, el ejercicio físico, las relaciones interpersonales, el descanso, la gestión del estrés; estos patrones incluyen la gestión del estrés; también implican controlar el estrés. En este contexto también se aborda el estrés. Además, los EV se ven afectados, entre los que se incluyen componentes psicológicos, genéticos, neurobiológicos, económicos, educativos, sociales y ambientales, así como la influencia de otras personas, como la familia, los compañeros y los amigos. Todos y cada uno de estos componentes desempeñan un papel en la construcción de los EV. Si decides llevar un EV saludable, podrás mejorar tu bienestar general y trabajar para alcanzar un estado de equilibrio entre tu cuerpo y tu mente. Tienes la capacidad de mejorar tu salud en general eligiendo esta opción. Como consecuencia, es mucho más fácil tener la capacidad de llevar una vida que no solo sea significativa, sino también satisfactoria.

1.2.1. Nutrición

En lo que respecta a la nutrición en adultos, se debe hacer hincapié principalmente en la ingesta, rica en nutrientes y bien equilibrada. Estas medidas se llevan a cabo con el fin de mantener la salud y prevenir enfermedades, que son las razones de su eficacia. Además de establecerse a diario, la ingesta de alimentos presenta una dieta variada también debe consolidarse a lo largo de toda la vida de la persona para que se convierta en un hábito. Hay más de cien nutrientes distintos que el cuerpo humano necesita, y no existe una dieta única que pueda

proporcionar todos estos elementos para que el cuerpo funcione correctamente. Si se consume una amplia variedad de alimentos a lo largo del día, es posible que aumenten las posibilidades de obtener los nutrientes esenciales para mantener una buena salud. (29).

Cuando se utiliza el término «dieta equilibrada y adecuada» en el contexto del tratamiento de enfermedades, se refiere al consumo de alimentos ricos en nutrientes y necesarios para mantener un peso saludable, así como para el funcionamiento óptimo del organismo y un peso saludable. El consumo de carbohidratos, minerales, proteínas y vitaminas, además de grasas saludables, en consonancia con una dieta correctamente equilibrada. Las comidas ricas en carbohidratos son un método eficaz para obtener energía; sin embargo, es aconsejable elegir fuentes de carbohidratos. La energía se puede obtener de los carbohidratos. La explicación es que los carbohidratos complejos son más difíciles de digerir que los carbohidratos simples. Esta es la razón por la que ocurre esto. Para colmo, es de suma importancia adquirir las habilidades necesarias para elegir los alimentos adecuados, así como planificar y preparar comidas saludables.

1.2.2. Actividad física

Las habilidades tales como la agilidad, la velocidad, la fuerza y la capacidad de reaccionar lo más rápido posible mejoran el rendimiento deportivo. Una de las cualidades distintivas del rendimiento deportivo eficaz es un nivel saludable de forma física a lo largo de la actividad deportiva. Por otro lado, el concepto de salud física abarca características que han demostrado tener un impacto en los resultados generales de salud. La composición

corporal, la flexibilidad, la resistencia cardiorrespiratoria y la resistencia muscular son algunas de las características que se incluyen en este grupo. (30).

En esta categoría se incluyen todas y cada una de las actividades de los músculos esqueléticos que realiza el cuerpo y que suponen un gasto de energía cuando se llevan a cabo. Con la excepción del tiempo dedicado a dormir y a relajarse, las acciones a lo largo del día constituyen algún tipo de ejercicio físico. Las dos actividades que constituyen las únicas excepciones a esta regla son dormir y descansar. (31).

Esto se debe a las numerosas ventajas que el ejercicio físico aporta tanto a la mente como al cuerpo. Mejora el estado del corazón y los vasos sanguíneos, se controla el peso corporal, se fortalecen los músculos y los huesos, y se reduce y minimiza el riesgo de accidentes y enfermedades relacionadas con el sistema musculoesquelético. Todos estos beneficios se consiguen mediante ejercicios de fortalecimiento muscular y óseo. A través de la actividad física regular, se pueden obtener todas y cada una de estas ventajas. Entre las muchas otras formas en que es beneficioso para la salud psicológica, se encuentran la generación de hormonas que provocan una sensación de bienestar.

Cualquier movimiento que el cuerpo es capaz de generar utilizando los MCE con el objetivo de gastar energía adicional a la que se consume en el metabolismo basal se considera que entra dentro de la categoría de actividad física. Se considera que un ser humano realiza algún tipo de actividad física mientras está despierto y realiza cualquier acción con su

cuerpo. La cantidad de energía que se gasta depende de varios factores y la forma en que se pasa el tiempo libre. Esto es así independientemente de que la persona realice o no algún tipo de ejercicio físico o deporte. Uno de los significados del término «ejercicio» lo describe como «ejercicio físico organizado, sistemático y repetitivo con la intención de aumentar o mantener la forma física». Existen otras definiciones del término.

Inducir cambios fisiológicos y adaptaciones en el organismo es responsabilidad de la actividad física personalizada según las necesidades únicas de cada individuo. Por otro lado, los beneficios para la salud son el resultado de estímulos que han tenido lugar en el pasado en el organismo. Además de la mejora de los sistemas cardiovascular, muscular, esquelético y cardiorrespiratorio, estos beneficios también incluyen la prevención de ECNT en el futuro. La manifestación de estos beneficios es la mejora de la salud física.

Deporte: Un tipo de actividad física que consiste en competir contra uno mismo o contra otras personas mientras se realiza una actividad física se conoce como competición deportiva. Algunas personas optan por competir contra sí mismas, mientras que otras prefieren competir contra otras personas. Es habitual en el ámbito deportivo que las personas participen en entrenamientos físicos con el de mejorar competiciones o de superarse a sí mismas poniendo a prueba los límites de su capacidad de esfuerzo.

Forma física: En el pasado, esta expresión se ha utilizado para referirse a un conjunto de características que las personas ya poseen o desarrollan a lo largo de su vida adulta. Las actividades que realizan les proporcionan

estas cualidades, que están estrechamente relacionadas con su capacidad para participar en actividades físicas y son el resultado directo de las actividades que realizan. También es posible clasificarla como la capacidad para hacer frente a las responsabilidades cotidianas, la capacidad para realizar tareas físicas o el grado en que los distintos órganos y sistemas del cuerpo son capaces de funcionar de manera eficiente. Una vez que una persona ha alcanzado un cierto nivel de aptitud física, que es un buen indicador de su estado de salud general, es capaz de realizar todas las tareas necesarias para la vida cotidiana. Esto es una señal de que ha alcanzado un cierto nivel de aptitud física. El nivel de aptitud física de una persona está relacionado con su salud general, y esta relación debe tenerse en cuenta.

Sedentarismo: Cuando se habla de esta condición, se suele utilizar la expresión «inactividad física» o «falta de actividad física» como término genérico para describirla. El uso de esta clasificación también permite expresar una rutina o un estilo de vida, lo que supone otra perspectiva interesante. El factor más importante que conduce al desarrollo de enfermedades crónicas. Se considera que una persona es sedentaria si no realiza ningún tipo de ejercicio físico y, en su lugar, se limita a deambular para llevar a cabo las tareas cotidianas. Las personas sedentarias son inactivas. En la actualidad, se ha producido un avance constante en la tecnología. Todos y cada uno de estos elementos han contribuido a la situación actual. Hay dos formas distintas de definir un estilo de vida sedentario: la primera es realizar una actividad física mínima, mientras que la segunda es abstenerse de realizar cualquier tipo de actividad física.

Estos dos términos son intercambiables. Las personas que son médicos, enfermeros, bibliotecarios, personal de oficina y secretarios, son más propensas a padecer esta enfermedad. Esto contrasta con la población general. Casi todas las zonas urbanas del planeta son un ejemplo de este fenómeno. Una actividad o estilo de vida que se define por un movimiento mínimo, dura menos de treinta minutos al día y produce un gasto energético que supera el diez por ciento del gasto energético que se produciría normalmente cuando una persona realiza actividades consideradas cotidianas.

1.2.3. Manejo del estrés

Se refiere a las respuestas a la circunstancia estresante, que incluye la identificación y aplicación de recursos los cuales son tanto físicos y mentales, los cuales tienen un fin de regular o minimizar con éxito el estrés que se está experimentando (32). En nuestra opinión, según Pender, el estrés no solo supone un factor que puede comprometer la salud física de una persona, sino también para su salud mental. Esto es lo que creemos que quiere decir. A pesar de que la persona no muestre ningún síntoma de enfermedad, esto es así en todo momento. Deben tenerse en cuenta las ramificaciones de este fenómeno, ya que los niveles de estrés influyen en la salud mental como para la física. Además, distintas condiciones que afectan la salud, como dolor lumbar, dolores de cabeza provocados por el estrés, hipertensión arterial, cáncer y otras dolencias. Además, es un factor que incrementa la producción de ambos problemas médicos.

1.2.4. Relaciones interpersonales

Una persona puede aprovechar los distintos tipos de apoyo a los que tiene acceso, dependiendo de las situaciones específicas en las que se encuentre, siempre que haya creado vínculos interpersonales positivos con otras personas. Entre estas ventajas se encuentran la provisión de ayuda durante una situación de crisis, la preparación para tareas concretas, la provisión de feedback constructivo para ayudar al reconocimiento de los puntos fuertes personales, la promoción de la consecución de los objetivos vitales, la provisión de intimidad, la prevención del aislamiento, la provisión de retos conjuntos y una variedad de ventajas más. Es posible obtener el apoyo antes descrito a través de diversas vías, como la familia, la comunidad, los compañeros y las organizaciones que ofrecen soluciones de autoayuda, entre otras.

1.2.5. Crecimiento espiritual

Se hace mucho hincapié en el crecimiento de los propios recursos internos en el contexto del ámbito del desarrollo espiritual. Crecimiento, conexión y desarrollo son los procedimientos responsables de lograr este objetivo. A través del cultivo de este sentido de paz interior, abrimos la puerta al potencial de generar nuevas posibilidades que nos proporcionarán la oportunidad de convertirnos en algo más, una extensión de lo que somos en el momento presente. Por otro lado, el desarrollo de nuestra espiritualidad nos proporciona un sentimiento de armonía, plenitud y conexión con la existencia del cosmos. Existe una relación directa entre ambos temas, incluido el hecho de que todo ello está directamente ligado al objetivo de maximizar el bienestar humano para alcanzar el bienestar.

(34).

1.2.6. Responsabilidad de la salud

Es necesario que una persona tenga un fuerte sentimiento de responsabilidad por su propio bienestar y se esfuerce activamente por mejorarlo para que se la considere responsable de su propia salud. Algunos ejemplos de la autoobservación, la educación y la concienciación en materia de salud, el uso oportuno de los recursos sanitarios y el consumo informado sobre la adquisición de ayuda profesional. (30). Es importante que las personas de la zona conozcan y se motiven para reducir los factores de riesgo de diferentes eventos, traten las enfermedades leves y de corta duración en sí mismas y en sus familias, sepan cuándo buscar ayuda profesional y aprendan las medidas preventivas que pueden tomar para mejorar su atención sanitaria. Es esencial que el individuo y su familia reciban un nivel de atención significativo. A la inversa, es imprescindible que cada individuo asuma su responsabilidad en la mejora de la salud a todos los niveles, incluidos el individuo, la familia, el medio ambiente y la sociedad, y que lo haga de forma proactiva. (34).

2. Percepción de la enfermedad.

Se ha sugerido que la forma en que una persona ve su enfermedad tiene un gran efecto a la hora de decidir el resultado de la misma, así como el tiempo que tarda en recuperarse de ella. Esto es cierto para una amplia gama de enfermedades. Esto es especialmente cierto en situaciones en las que la enfermedad ha estado presente durante un periodo de tiempo considerable o cuando se cree que la persona ha sido portadora de una enfermedad crónica durante toda su vida. (35, 36).

Este concepto despertó el interés de los académicos por primera vez en la década de 1960, cuando se hizo el primer intento de describir y analizar cómo respondía una persona a una determinada condición o riesgo de salud.

Se puede mencionar que actualmente la percepción de la enfermedad involucra muchos aspectos no solo de conocer la enfermedad, sino del pronóstico, si estas generan dolor o sufrimiento entre otra.

Se considera el BIPQ la misma que ya ha sido adaptada y sometida a diferentes momentos y de enfermedades

Se elaboró un cuestionario compuesto por nueve preguntas para conocer las enfermedades crónicas con respecto a sus propias enfermedades. El cuestionario se basa en el paradigma de autorregulación de Leventhal. Entre los factores que se tienen en cuenta se encuentran la comprensión que el paciente tiene de la enfermedad, la duración de su presencia, la forma en que evalúa sus efectos, el grado en que cree que él y la terapia tienen control sobre ella y las emociones que experimenta en función de su patología. Se identificó una correlación sustancial entre las escalas del cuestionario actualizado de percepciones de la enfermedad y esta prueba para corroborar la exactitud del resultado. Estas conexiones se descubrieron a lo largo de todo el proceso de validación. (34), entre las escalas existe una correlación de 0,62, y el grado de correlación varía de alto a moderado. Cada una de las escalas tiene un gran impacto. los resultados de las repercusiones a un valor r de 0,22 en la escala que evalúa la eficacia del control del tratamiento). Las evaluaciones se realizaron a las tres y a las seis semanas de las primeras mediciones. Tanto la escala de coherencia a las tres semanas como la escala de control personal a las seis semanas presentaron las correlaciones

más bajas, con $r = 0,48$ en la escala de coherencia y $r = 0,42$ en la escala de control personal, según los resultados. (36).

2.1.1. Enfermedades Crónicas

Diabetes mellitus

La enfermedad conocida como diabetes crónica se ve por la glucosa en la sangre, lo que constituye la característica distintiva de esta afección. Es posible que la causa subyacente de esta enfermedad se deba como consecuencia de una producción deficiente de insulina o de una respuesta inadecuada del organismo frente a la hormona insulina que ya está presente en el organismo. También puede provocar daños en los nervios. Al pasar el tiempo se incrementan enfermedades renales, cardiovasculares, problemas oculares y neuropatía diabética. El desarrollo de hábitos saludables es muy necesario tanto para prevenir como para curar la diabetes. El mantenimiento de un peso saludable, una dieta equilibrada, la práctica regular de actividad física y el control del estrés son algunos ejemplos de estos hábitos. No solo es esencial tener acceso a una atención médica adecuada, sino que también es fundamental disponer de información completa sobre el tema para controlar la enfermedad y limitar las posibles consecuencias.

Una de las afecciones que se manifiesta como resultado de la convergencia de la herencia genética y los estímulos ambientales es la enfermedad conocida como DM2. La mayoría conducen al desarrollo de esta afección son decisiones relacionadas con el EV, los cuales constituyen factores más importantes que contribuyen a su aparición. Se ha descubierto que hay una variedad de variables relacionadas con el estilo de vida que están



relacionadas con la aparición de la diabetes, así como con su progresión clínica y su tratamiento. Estos factores comprenden aspectos relacionados con la alimentación, la práctica de actividad física, la obesidad, el consumo de alcohol y el tabaquismo. Otros factores que pueden tenerse en cuenta son el tabaquismo y el consumo de productos derivados del tabaco. Cuando se trata de tratar adecuadamente a un paciente con DM2, es muy importante que los profesionales médicos comprendan perfectamente los hábitos de vida. Si se ajustan determinadas características, se puede modificar la progresión típica de la diabetes, retrasar su aparición o incluso evitarla por completo. Por el contrario, puede influir en su progresión. Esta modificación puede tener diversas repercusiones adicionales. La OMS define el estilo de vida como el enfoque integral de la vida que viene determinado por la interacción entre los patrones de comportamiento individuales y las circunstancias vitales. La interacción entre estos dos componentes da lugar a la formación de un estilo de vida, que es un producto en sí mismo. El término «estilo de vida» debe interpretarse como la forma de vida que abarca toda la existencia de un individuo en un momento dado. La formación de estos patrones es el resultado de muchos factores diferentes, como las características naturales de las personas y las influencias que la sociedad ejerce sobre ellas a través de sus experiencias. Es referido a los patrones de comportamiento que las personas han seleccionado entre las alternativas que se les ofrecen, en función de sus circunstancias socioeconómicas y de su capacidad para tomar decisiones. El término «estilo de vida» abarca un amplio espectro de atributos. El

concepto de medios de vida abarca las responsabilidades que se cumplen en el empleo.

Enfermedades Cardiovasculares

No es infrecuente que se produzcan ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares de forma inesperada debido a obstrucciones que impiden el flujo sanguíneo al cerebro o al corazón. Una de las características más frecuentes que distingue a estos eventos es su aparición repentina. Una posible explicación para la ocurrencia de estos incidentes es que fueron causados principalmente por la presencia de obstáculos. Este trastorno puede clasificarse como una forma de enfermedad cardiovascular. Es posible que estos depósitos se descubran en las arterias en numerosos lugares del cuerpo. La formación de coágulos sanguíneos o complicaciones hemorrágicas en los capilares sanguíneos que suministran sangre al cerebro es una de las numerosas causas potenciales de los accidentes cerebrovasculares. Otra causa potencial de los accidentes cerebrovasculares es la presencia de una combinación de estas y otras variables. En la misma línea, la frecuencia de los infartos mortales y los accidentes cerebrovasculares suele verse influida por diversos factores de riesgo, un fenómeno que se produce a diario. Sin embargo, existen diversos factores de riesgo, incluyen: fumar, consumir comidas nutritivas, tener sobrepeso, no realizar suficiente actividad física, consumir alcohol perjudicial para la salud, tener hipertensión arterial, diabetes o colesterol alto. Cada uno de estos factores está relacionado con un conjunto distinto de riesgos. La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es una afección que puede estar provocada por diversas

condiciones, cada una de las cuales tiene el potencial de incrementar la enfermedad cuando está presente. Se puede concluir que la presencia de una o más características o condiciones se asocia con una mayor probabilidad de sufrir efectos adversos para la salud, una reducción de la esperanza de vida, una disminución de la supervivencia personal o un aumento de la supervivencia de otras personas como consecuencia de una enfermedad cardiovascular grave. Es posible que estos resultados sean consecuencia de la presencia de la enfermedad o de elementos asociados a ella. Una forma de demostrarlo es observando esto eleva la probabilidad de ocurrencia de estos resultados. Los elementos que definen estos grupos son la modificabilidad de las variables de riesgo y que influyen en el proceso de la enfermedad en sus fases iniciales.

Factores Determinantes

Sexo

Los más jóvenes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto en comparación con las personas mayores, y la incidencia de infartos en los jóvenes aumenta de forma lineal con la edad. Sin duda, la gran mayoría de los jóvenes se encuentran en esta situación. En comparación con las mujeres del mismo rango de edad, pero de un rango de edad diferente, la prevalencia de enfermedades cardiovasculares es entre tres y cuatro veces mayor entre los hombres menores de cincuenta años. Esto es así incluso cuando se compara el mismo rango de edad. Un ejemplo de rango de edad más joven es el de los hombres menores de cincuenta años. La incidencia de enfermedades cardiovasculares en los hombres es solo el doble que en las mujeres de la misma edad que han pasado la menopausia. Esto es

cierto cuando se compara a los hombres con las mujeres de la misma edad que han pasado la menopausia. Las investigaciones han demostrado que las mujeres sufren la aparición de problemas clínicos asociados a la aterosclerosis entre diez y quince años más tarde que los hombres. Esto contrasta con el hecho de que los hombres experimentan estas dificultades antes. Se ha observado que el patrón general es el mismo que el mencionado anteriormente. Se ha demostrado que el estrógeno, la hormona femenina responsable de regular los ciclos mensuales, reduce la cantidad de LDL-C en plasma en distintos grados y con distintos grados de eficacia. Esta disminución potencial viene determinada por el grado de conexión del estrógeno con la progesterona, que es el factor que define la magnitud de esta reducción potencial. Es muy probable que esta sea que en edad reproductiva tienen menos probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Edad

A medida que las personas envejecen, no es raro que experimenten una reducción en la actividad de su corazón. Como resultado, las paredes del corazón pueden engrosarse y también es posible que las arterias se vuelvan rígidas y pierdan su forma natural y flexibilidad. Ambos resultados son posibles como consecuencia de esto. En consecuencia, el corazón es incapaz de bombear sangre a los músculos del cuerpo con la misma eficiencia que antes. Esto se debe al problema mencionado anteriormente. Por lo tanto, se trata de una consecuencia del aumento de la carga que se impone al corazón. Como resultado de todos estos cambios, que contribuyen a la posibilidad de envejecer, el riesgo de desarrollar

enfermedades cardiovasculares. Cuando una mujer se acerca a la menopausia, que es el momento en el incremento de riesgo de padecer enfermedades cardíacas, queda protegida de la posibilidad de desarrollar enfermedades cardíacas durante el resto de su vida. Hay una razón para ello, y es que sus hormonas sexuales son las responsables de proporcionar esta capa adicional de protección. La arteriosclerosis es una afección que, según numerosos estudios, se manifiesta a menudo en personas jóvenes. Es posible que transcurran entre veinte y treinta años hasta que las arterias coronarias se obstruyan lo suficiente como para provocar un infarto o manifestarse de otra forma. Esto podría dar lugar a un infarto u otra manifestación de la afección. Es evidente que esto es así, como lo demuestran los hechos. Por otro lado, las enfermedades cardiovasculares no son un resultado normal del proceso natural del cuerpo a lo largo del tiempo.

Herencia o antecedentes familiares

Las personas que provienen de familias con antecedentes de Infartos presentan mayor riesgo que aquellas que no provienen de familias con dichos antecedentes en lo que respecta a la posibilidad de padecer una enfermedad cardiovascular. Esto se debe a que se sabe que el corazón es un factor de riesgo para los infartos. Se prevé que los hombres con predisposición a patologías cardiovasculares antes de los 50 años tienen un riesgo entre 1,5 y 2 veces mayor que cualquier otro hombre. Esto se compara con los hombres que no tienen el componente hereditario, pero que tienen antecedentes de enfermedades cardiovasculares en su familia. Esto es aplicable antes de alcanzar los cincuenta años. Por otro lado,

parece que el impacto de la genética en las mujeres será mucho menos importante que en los hombres a lo largo de su vida. Existe una relación entre los antecedentes familiares de enfermedades cardíacas y un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares; sin embargo, aún no se sabe si esta conexión se debe en gran medida a factores genéticos. Actualmente no hay una respuesta disponible para esta pregunta específica. Se trata de un tema que requiere una investigación mucho más profunda. Las personas que provienen de familias con antecedentes de enfermedades cardiovasculares pueden reducir la tendencia de sufrir un infarto, a pesar de que no pueden cambiar por completo su composición genética. Esto es así independientemente de que puedan o no alterar su propia composición genética.

Dislipidemia

Los trastornos del metabolismo lipídico en sangre, también conocidos como dislipidemia e hiperlipidemia, se definen por niveles más altos de colesterol y concentraciones elevadas de triglicéridos, tanto en términos de cantidad (LDL alto o HDL bajo) como de calidad de las grasas (LDL pequeño y denso). Estos trastornos se caracterizan por niveles elevados de colesterol y concentraciones elevadas de triglicéridos. La enfermedad conocida como aterosclerosis es más probable que se manifieste en personas con dislipidemia. Esto se debe a que la dislipidemia favorece la grasa en las paredes arteriales, lo que finalmente conduce a la formación de placas ateromatosas en las paredes arteriales. Además, la dislipidemia puede iniciar el desarrollo de xantomas en la piel y xantelasma en los párpados. Debido a su amplia prevalencia, por una amplia gama de enfermedades

crónicas. Además, las dificultades que plantea son tratables, lo que sugiere que se trata de un problema de salud no solo en nuestro país, sino en todo el mundo, debido al enorme daño que causa a las personas afectadas. No somos los únicos que nos preocupamos por la salud de nuestra nación. Existen varios mecanismos distintos que, según las hipótesis, son responsables de la capacidad del HDL-C para reducir el riesgo de ECV. En el primer método, denominado transporte inverso del colesterol, el colesterol que se ha depositado en la pared arterial u otros tejidos periféricos se transfiere al hígado. Este método utiliza el método de transporte inverso del colesterol. El transporte inverso del colesterol es el nombre que se le da a esta forma particular de procesar el colesterol. Aunque el HDL-C es capaz de preservar las células endoteliales, también tiene capacidades antioxidantes, reduce la cantidad de células inflamatorias presentes en las placas y tiene el potencial de descomponer la fibrina. El HDL-C es un colesterol bueno que reduce el colesterol. Según los datos disponibles, el colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad, también conocido como HDL-C, ha demostrado ser protector contra el desarrollo de enfermedades coronarias. Esto se debe a que tener niveles bajos de esta lipoproteína aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar enfermedades coronarias. Existe una correlación entre un aumento del 1 % en los niveles de HDL-C y una disminución del 3 % en el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Hipertensión arterial

Se tiene otro nombre para esta afección, que se define por una presión arterial persistentemente alta en las arterias, superior a lo que se considera

normal. Esta afección también se conoce como hipertensión. Esta enfermedad está estrechamente relacionada con los malos hábitos, que pueden haber sido un factor contribuyente, así como en la evolución de sus síntomas. Existe una estrecha relación entre esta dolencia y los malos hábitos. Estas actividades pueden provocar la constricción de las arterias, el aumento del volumen sanguíneo y la restricción de la circulación, lo que puede dar lugar a hipertensión arterial. Además, el volumen de sangre puede aumentar. Si la hipertensión no se controla, puede provocar daños en los vasos sanguíneos y poner en peligro órganos vitales. Esto ocurre cuando la hipertensión no se controla, que es lo que ocurre en este caso. Además, el uso de este método aumenta la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y renales, además de dificultar la visión. Otra consecuencia es una mayor probabilidad de sufrir problemas de visión. Si la hipertensión no se controla durante un periodo prolongado, puede dar lugar a consecuencias graves, como insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y accidente cerebrovascular. Estas son solo algunas de las muchas consecuencias que podrían producirse en este momento dada la situación.

Asma

El asma, un trastorno respiratorio crónico, afecta a los pulmones. Las vías respiratorias son el foco principal del asma. El asma es una afección que afecta a las personas que la padecen. En comparación con otras afecciones, esta se distingue por la inflamación y la constricción de los bronquios. Los bronquios son los conductos que transportan el oxígeno hacia y desde los pulmones dentro del cuerpo. Esta deficiencia específica

es el factor que la distingue de otras enfermedades. Con el tiempo, las vías respiratorias se vuelven extremadamente sensibles como resultado de la inflamación crónica, lo que las hace muy susceptibles a una amplia gama de estímulos. Cuando una persona asmática se expone a estímulos específicos, como alérgenos, tabaco, esfuerzo físico o aire frío, sus vías respiratorias se inflaman aún más, producen una mayor cantidad de mucosidad y los músculos que las rodean se contraen (broncoconstricción). Esto implica que las vías respiratorias se vuelven más difíciles de respirar. Todos estos síntomas son indicativos de asma. Es posible que estos síntomas son el resultados de varios determinantes combinadas. Esto impide el paso del aire, lo que da lugar a síntomas como sibilancias (un sonido similar a un silbido al inhalar), dificultad para respirar (disnea), opresión en el pecho y tos, especialmente durante la noche o al despertarse. El asma puede variar desde leve e intermitente hasta grave y crónica, dependiendo de la gravedad de la enfermedad. Esto, a su vez, puede influir significativamente en la calidad de vida. Los síntomas de esta enfermedad pueden tratarse con el tratamiento adecuado; sin embargo, actualmente no existe cura para esta afección.

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Una reducción persistente, progresiva y solo parcialmente reversible del flujo de aire es la característica definitoria de esta enfermedad respiratoria, la cual es una respuesta al humo del tabaco y a la exposición a otras sustancias peligrosas que se inhalan en el hogar o en el trabajo. Se cree que la reducción de la capacidad de flujo de aire está relacionada con esta

enfermedad. Como parte del proceso de caracterización, los criterios tradicionales que se utilizan incluyen los criterios espirométricos de obstrucción del flujo aéreo, procesos patogénicos, características etiológicas y síntomas clínicos. Estas condiciones se representan de la misma manera en las definiciones que han ofrecido diversas organizaciones asociadas a la comunidad científica. Las comorbilidades como el cáncer de pulmón, la miopatía, la diabetes, la pérdida de peso, la depresión y la inflamación sistémica son comunes entre las personas que padecen esta afección. También es habitual que los pacientes tengan antecedentes de depresión. A pesar de que la inflamación de los pulmones es un factor de riesgo, esta es la causa de la afección. La adicción continuada es una enfermedad que a menudo comienza antes de los 18 años y es responsable de causar daños importantes al sistema respiratorio. Se trata de una enfermedad que se manifiesta de forma crónica y adictiva. Se prevé que, si la tendencia actual continúa, más de diez millones de personas perderán la vida cada año como consecuencia directa del consumo de tabaco para el año 2020. Esta es la predicción que se ha hecho.

2.1.2. Factores Predisponentes

Consumo de sustancias lícitas e ilícitas

La ingestión de la sustancia, la aplicación tópica de la sustancia o la absorción de la sustancia a través del cuerpo son enfoques que pueden aplicarse para provocar anomalías en el comportamiento y el SNC. De esta manera, se espera que se comprenda el funcionamiento de las drogas. Además de tener importantes repercusiones para la salud, los efectos

agudos del consumo también se asocian con cambios relacionados con el consumo. Esto se debe a que el cambio es una consecuencia directa del consumo. Son muchos los efectos que pueden producirse, entre los que se incluyen, entre otros: trastornos del sistema circulatorio y digestivo, bajo rendimiento académico, accidentes de tráfico, actos de hostilidad, propagación de enfermedades infecciosas, embarazos no deseados, suicidios y problemas de salud mental. Sin embargo, esta lista no es exhaustiva. Las sustancias psicoactivas, las sustancias ilegales y las sustancias legales o institucionalizadas (como el tabaco y el alcohol) son tipos de drogas que se encuentran entre los muchos tipos diferentes de drogas que existen. El grado de experimentación con drogas de la persona, la frecuencia con la que consume drogas y la edad a la que comenzó a consumirlas por primera vez son características que se evalúan habitualmente en los estudios de investigación. Otros criterios que se tuvieron en cuenta incluyen la edad del individuo. Además, se examina la información o la educación sobre las drogas que se obtiene de los amigos y/o los miembros de la familia.

Consumo de tabaco

El tabaquismo es considerado la causa de muerte evitable más relevante en América, al estar asociado con más de un millón de muertes anuales. El acto de fumar supone una amenaza considerable para la salud y es algo a lo que están expuestas personas de todo el mundo. Es bien sabido el tabaco es adictivo y, en general, se acepta que el inicio de la adicción suele producirse durante la adolescencia. Se trata de una verdad fundamental ampliamente reconocida. Los hábitos son una característica multifacética



del comportamiento humano que constituye una gran parte de la experiencia humana. Los hábitos son parte de la experiencia humana. Existe una conexión entre la familia y el entorno social, además de la influencia de los vecinos, independientemente de si están a favor o en contra del comportamiento, así como la influencia de la publicidad, los incentivos y el propio individuo. Fumar es relacionado con las enfermedades graves y morir a una edad más temprana, según una gran cantidad de investigaciones realizadas por la comunidad científica. Este riesgo también se asocia con una mayor probabilidad de fallecer a una edad más temprana. El alquitrán y la nicotina son otros de los gases que se pueden detectar en el humo del cigarrillo. Además, hay más de una docena de gases adicionales presentes en el humo del cigarrillo. Las circunstancias son las que son por este motivo. A pesar de ello, fumar no suele ser un hábito que practique una sola persona, sino que casi siempre va acompañado del consumo de otras sustancias asociadas al tabaquismo. Para que la nicotina funcione correctamente, es necesario que pase por un complicado proceso metabólico. Durante el proceso de descomposición, la nicotina se convierte en cotinina, que es un producto de degradación. Este proceso lo lleva a cabo el hígado. La nicotina tiene una vida media de aproximadamente dos horas, mientras que la cotinina tiene una vida media de aproximadamente veinte horas. En comparación con la cotinina, la nicotina tiene una vida media mucho más corta. Existe la posibilidad de que la cotinina permanezca en el torrente sanguíneo durante cuarenta y ocho horas. Tras la inhalación, la cantidad de nicotina presente en el tejido cerebral se mantiene elevada durante aproximadamente dos horas.

Además, la nicotina tarda aproximadamente quince segundos en llegar al cerebro después de haber sido inhalada. La nicotina es capaz de elevar los niveles de dopamina, una sustancia comparable a una hormona que funciona como neurotransmisor en los circuitos de recompensa del cerebro. La nicotina es capaz de hacerlo porque actúa sobre los receptores nerviosos del cerebro conocidos como receptores nicotínicos de acetilcolina. Por ello, su consumo tiene el efecto de provocar sentimientos favorables para el individuo. La nicotina se considera tanto nociva como eficaz como insecticida, debido a que inhibe los receptores nicotínicos de acetilcolina cuando se expone a grandes cantidades. La nicotina es una sustancia química que es a la vez nociva y capaz de producir los efectos deseados. El aumento de la activación de estos receptores puede ser provocado por la nicotina, incluso en dosis bajas, lo que puede dar lugar a una amplia variedad de consecuencias. La nicotina tiene la capacidad de estimular esta activación. Las catecolaminas son hormonas que no incluyen ni la norepinefrina ni la epinefrina. Uno de estos efectos es el aumento de los niveles de catecolaminas, que son hormonas. Además, se producen otras variaciones adicionales. Además de provocar un aumento de azúcar en sangre, la adrenalina también provoca HTA. La influencia constante se produce como resultado de la aparición simultánea de todos estos cambios.

Consumo de cannabis

El cannabis es un término colectivo que hace referencia a las diversas medicinas psicoactivas que se extraen de la planta cannabis sativa. Una gran cantidad de casos, se inhalan y solo en determinados casos se ingieren por vía oral. Entre quince y treinta minutos después de fumar este

medicamento, los efectos comienzan a manifestarse y continúan durante dos a seis horas después. Según las pruebas disponibles actualmente, se ha demostrado que el manejo de náuseas y vómitos en determinados pacientes con VIH/SIDA puede tener cualidades terapéuticas. Los efectos de esta sustancia química sobre el comportamiento incluyen, entre otros, una percepción más lenta del tiempo, deterioro de la memoria a corto plazo y reducción de la coordinación motora. Estas son solo algunas de las repercusiones conductuales que provoca esta sustancia química. También es posible experimentar relajación, acompañada de sensaciones mucho más intensas. Varios estudios han demostrado que el SNC tiene receptores análogos a los que se encuentran en el cannabis. Estos receptores tienen la capacidad de provocar las consecuencias que se han comentado en los párrafos anteriores.

Consumo de alcohol

Cada vez son más las personas en todo el mundo que consumen bebidas alcohólicas en mayor o menor medida, lo que ha provocado un aumento directo del consumo total de bebidas alcohólicas. Esto ha dado lugar a un incremento del consumo total de bebidas alcohólicas. La razón principal es que son fácilmente accesibles en la gran mayoría de los países y gozan de un gran respeto por parte de la población general. Este proceso, denominado fermentación, es el responsable de la formación de los componentes orgánicos que se utilizan en los productos agrícolas. En los países ricos, decrecen apreciable del consumo de bebidas alcohólicas en los últimos años. A pesar de que es de conocimiento general que el consumo de alcohol es el detonante al desarrollo de la cirrosis hepática, es

probable que otros factores, como las infecciones, también sean responsables del desarrollo de esta enfermedad en el organismo. Además de ser conocido como alcohol étílico, el etanol es una sustancia química tóxica para la gran parte de órganos y tejidos del organismo. Los tres efectos sobre la salud asociados al proceso de metabolización del alcohol son el incremento del ácido úrico, que provoca gota, el aumento del ácido láctico, que se ha relacionado con episodios de ansiedad, y el aumento del almacenamiento de grasa en el hígado. Todos estos efectos se han relacionado con el consumo de alcohol. El peso corporal de la persona es uno de los criterios que se tienen en cuenta a la hora de determinar el grado de impacto de las bebidas alcohólicas tanto en hombres como en mujeres. Por otro lado, el peso corporal no es el único factor que influye en ello. Esto se debe a que las mujeres son más propensas a verse afectadas por el alcohol debido a los cambios en la forma en que este se absorbe en la sangre a lo largo del proceso de consumo. Las enfermedades agudas están relacionadas al alcohol, como lesiones, en particular las que son consecuencia de accidentes con vehículos de motor. Esta relación ha sido confirmada por investigaciones.

Artritis

La inflamación de una o más articulaciones es lo que la AMA considera la definición de artritis. La Asociación Médica Americana proporciona este significado para el término. Las articulaciones del cuerpo son las conexiones que existen entre los huesos del cuerpo. Las articulaciones son las responsables del movimiento del cuerpo. Hay síntomas asociados a la inflamación, entre ellos dolor, hinchazón, enrojecimiento, calor y rigidez.

Todos estos síntomas dificultan el movimiento. La inflamación es otra fuente potencial de calor. La presencia de inflamación puede indicarse mediante una variedad de síntomas establecidos. No es posible identificar una única dolencia que pueda clasificarse como artritis; más bien, la artritis engloba una amplia variedad de afecciones, que suman más de cien en total. La osteoartritis, esta caracterizado por el desgaste del cartílago; la artritis reumatoide, que se caracteriza por una respuesta inflamatoria en la que el propio del organismo ataca las articulaciones; las infecciones, que se caracterizan por la artritis séptica, y la gota, que se caracteriza por depósitos de cristales, son algunas de las posibles causas de esta afección.

Insuficiencia Renal

Esto provoca una reducción constante y permanente de la función renal se denomina enfermedad renal crónica. Numerosas enfermedades metabólicas, vasculares o inmunológicas son las causas subyacentes de esta degeneración. Estas enfermedades pueden afectar al glomérulo, al túbulo, al intersticio o a las arterias. Todas estas estructuras se ven afectadas por la degeneración. Estas irregularidades se observaron en una amplia gama de personas de diferentes entornos. La uremia es el término que se da a la enfermedad que se manifiesta en las etapas más graves, que están caracterizados por problemas diferentes. La uremia es una afección que finalmente provoca la muerte y está causada por la acumulación de compuestos nocivos en el interior de los riñones. Una afección mortal. Por consiguiente, es de máxima prioridad abordar las ramificaciones para salud pública, especialmente a la luz de los peligros y los altos costos del tratamiento a los que se enfrenta un sistema de salud



que no puede satisfacer la demanda. Esto es particularmente cierto si se tiene en cuenta que las repercusiones son el resultado de la falta de capacidad por parte del individuo. En pacientes sometidos a diálisis, existe la posibilidad de que desarrollen algún tipo de malnutrición. Esto se debe a que los cambios metabólicos y nutricionales que se producen durante la diálisis favorecen la aparición de malnutrición. A pesar de que esta terapia corrige total o parcialmente estas anomalías, también conlleva catabolismo y otras alteraciones metabólicas que pueden ser perjudiciales para el estado nutricional del paciente. Aunque no se suele considerar una afección mortal, existe el riesgo de que empeore el estado nutricional. Dicho esto, hay pruebas que demuestran que el estado nutricional de estas personas influye en su calidad de vida. Por ello, el equipo sanitario considera que el estado nutricional del paciente es una herramienta diagnóstica útil en sus esfuerzos por desarrollar un plan de tratamiento completo para los pacientes con IRC. Esto se debe a que los pacientes con IRC necesitan urgentemente tratamiento. Para tratar la IRC, es fundamental seguir una dieta que restrinja el consumo de líquidos y nutrientes altos en potasio y fósforo. La dieta debe consistir principalmente en verduras y proteínas. Cuando las toxinas y los productos de desecho de las comidas que los riñones no pueden eliminar permanecen en la circulación entre los tratamientos de diálisis, se incrementa la posibilidad de presentar complicaciones potencialmente mortales, como la hiperpotasemia, en la sangre. A la hora de reducir la cantidad de potasio que se consume, es fundamental tener en cuenta los tubérculos (patatas y nabos), las verduras (especialmente los tomates y las zanahorias, que se

encuentran entre los más comunes) y las frutas, todos ellos con un contenido significativo de este mineral. Se recomienda que los pacientes sigan una serie de recomendaciones prácticas sobre el control de la alimentación como parte de su tratamiento dietético, con el fin de reducir la cantidad de alimentos que consumen a diario. El objetivo es disminuir la cantidad de alimentos que ingieren los pacientes. Los pacientes con IRC son incapaces de eliminar los líquidos que consumen, a menos que hayan conservado parte de su función residual. Esto es así incluso si tienen alguna función residual. En el contexto de la restricción de la ingesta de líquidos, esta es la situación que se da.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Actividad física

Esto se hace no sólo para mejorar los niveles de energía, sino también para mejorar la salud general. El funcionamiento y la salud ósea del individuo mejoran como consecuencia de ello. (38)

Determinante

El estado de salud de un individuo o una población puede estar determinado por un conjunto de variables personales, sociales, económicas y medioambientales. (1)

Estilo de vida

Se ven afectados por las cualidades personales y las influencias socioculturales, constituyen la base de un estilo de vida. Estos patrones están determinados por la interacción entre el entorno vital más amplio y el



individuo. Esta forma de vida es un método de vida en general. En 1986, la OMS publicó esta definición para académicos y profesionales. (38).

Enfermedad crónica

Enfermedad de larga duración, con una progresión lenta (10) .

Percepción

Aquello que se experimenta en el interior como consecuencia de una huella tangible que se imprime en los sentidos del cuerpo. (24).

Percepción de salud

Las personas perciben su propio estado de salud se ve influida por una amplia variedad de circunstancias, entre las que se incluyen el entorno, la cultura y las situaciones sociales. Esto se conoce como perspectiva de la percepción de la salud. (40)

CAPÍTULO III

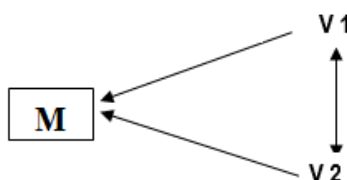
PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrollará bajo un diseño no experimental, debido a que las variables no serán manipuladas, sino observadas en su contexto real para obtener información en un momento específico.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación será de tipo básica, de nivel correlacional y de corte transversal, según el periodo de recolección de los datos.



Donde:

M = muestra

V1 = Estilos de vida de riesgo

V2 = Percepción de la salud pacientes con enfermedades crónicas

3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Para extraer conclusiones sobre hechos observables basadas en leyes generales, se recurrió a la técnica deductiva. La deducción es un método que establece una conexión entre premisas y conclusiones. Si todas las

premisas son ciertas, la terminología es comprensible y se aplican los principios de la deducción, la conclusión debe ser correcta.

Es una técnica de estudio que utiliza herramientas analíticas matemáticas y estadísticas para describir, explicar y predecir acontecimientos mediante datos numéricos. Por eso se considera que tiene un enfoque cuantitativo.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Según información del INEI -MINSA Se tiene como población adulta asignada para la micro red Cono Sur de 81, 611 y considerando datos de la oficina de epidemiología de la prevalencia de enfermedades crónicas del 19,2% el cual sera parte de la asignación de formula para poblaciones finitas.

 PERÚ Ministerio de Salud																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Muestra

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{E^2(N-1) + z^2 \cdot P \cdot Q} \quad n = \frac{(1.96)^2(0.18)(0.81) 81,611}{(0.06)^2(81,611-1) + (1.96)^2(0.19)(0.81)} = 92,28.$$

Tamaño de la población	N	81611
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	P * 19%	0.19
Complemento de p	Q 81%	0.81
Precisión	E	0.08

Tamaño de la muestra	N	92.28
----------------------	---	-------

Muestra: 92 pacientes con enfermedades crónicas hipertensión arterial, diabetes mellitus, Cáncer u otros no transmisibles.

3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION PARA RECOLECTAR DATOS

3.5.1. Técnicas

Variable 1: Encuesta

Variable 2: Encuesta

3.5.2. Instrumentos

Variable 1

Cuestionario

Nombre: Cuestionario de determinantes personales y de la encuesta de calidad de vida

Autor; Primer parte la autora,

Segunda parte: Elaborado en inglés por Nola Pender 1996, validada por diferentes autores en el 2003 validado al español por Walker y en otro estudio por Pazos en el 2014 (30, 43).

Descripción. La guía de entrevista de determinantes personales y calidad de vida consta la primera parte de 6 preguntas con respuestas de opción múltiple.

La segunda parte es cuestionario perfil de estilo de vida según Pender (PEVP-II) validado por Walker en el 2003 y por Pazos en el 2014 elaborado con 52 ítems agrupado en 6 aspecto: Nutrición: 9 ítems, Actividad física: 8

ítems, manejo del estrés: 8 ítems, relaciones interpersonales: 9 ítems, Crecimiento espiritual: 9 ítems, y responsabilidad en salud: 9 ítems con escala de liker Los que fueron evaluadas con percepción negativa, de indiferencia y positiva según los puntajes obtenidos (30, 43).

Forma de administración: Autoadministrada

Tiempo: Aproximadamente 15 a 20 minutos por persona

Encuesta aplicada mediante la entrega del cuestionario con aplicación directa a grupo de personas brindando orientaciones para el llenado con 2 partes una la primera parte con 6 preguntas y la segunda con 52 preguntas con respuesta de opción tipo Likert, las mismas que luego de la sumatoria se establecen la escala de respuestas:

- **NUTRICIÓN**

Estilos Saludables= 18 - 27

Estilos en Déficits = 9 - 17

Estilos No Saludables = 00 –8

- **ACTIVIDAD FÍSICA**

Estilos Saludables= 16 - 24

Estilos en Déficits = 8 - 15

Estilos No Saludables = 00 –7

- **MANEJO DEL ESTRÉS**

Estilos Saludables= 16 - 24



Estilos en Déficit = 9 - 15

Estilos No Saludables = 00 –7

- **RELACIONES INTERPERSONALES**

Estilos Saludables= 18 - 27

Estilos en Déficit = 9 - 17

Estilos No Saludables = 00 –8

- **CRECIMIENTO ESPIRITUAL**

Estilos Saludables= 18 - 27

Estilos en Déficit = 9 - 17

Estilos No Saludables = 00 –8

- **RESPONSABILIDAD DE LA SALUD**

Estilos Saludables= 18 - 27

Estilos en Déficit = 9 - 17

Estilos No Saludables = 00 –8

Variable 2.

Cuestionario de la percepción de la enfermedad BIPQ.

Nombre: La percepción de la enfermedad crónica que padece BIPQ (Brief Illness Perception Questionnaire)

Autor: Broadbent et al del 2006 y Broadbent, et al 2009 y validado por diferentes estudios utilizado por la autora de solo los primeros 8 ítems y el 9 retirado por ser pregunta abierta (35, 41, 42).

Descripción.

La escala Likert se utiliza para calificar el grado de acuerdo con los ocho ítems (control personal, consecuencias, duración, identidad, preocupación, respuesta emocional, control del tratamiento, y comprensión de la enfermedad) del 0 al 10. Los ítems 3, 4 y 7 se invierten y se suman las puntuaciones de los ítems 1, 2, 5, 6 y 8 para determinar la puntuación global. La percepción de la enfermedad como un peligro aumenta a medida que aumenta la puntuación acumulada. Las propiedades psicométricas del BIP-Q han sido demostradas adecuadamente. (42).

Para el presente estudio se ha propuesto la siguiente escala en promedio suma de puntajes obtenido y promediado en entre 8.

Percepcion de la salud: ☐ negativa de 0 a 3 puntos ☐ indiferente
de 4 a 6 puntos ☐ positivo 7 a 10 puntos

Forma de administración: Autoadministrada

Tiempo: 5 minutos

3.6. VALIDACIÓN DE LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para el análisis de los datos, se usó la prueba estadística de Chi-cuadrado (X^2), con el propósito de inferir los resultados y determinar la relación entre los indicadores de la muestra, conformada por participantes voluntarios que brindaron su consentimiento informado; además, se consideró un valor de significancia de $p < 0.05$.

Formula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

χ^2 : Chi cuadrado

e_i : frecuencia esperada

o_i : frecuencia observada

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó las gestiones en el CS Cono Sur que comparte la jefatura de la micro Red.

Se realizó coordinaciones para ingreso a 3 instituciones: C.S. Cono Sur, P.S. Taparachi y P.S. 9 de Octubre con el personal responsable y enfermeras que laboran en las estrategias de enfermedades no transmisibles.

Se coordinó los días de asistencia directamente con el personal del área de Enfermería – programa de no transmisibles para recolectar los datos de la asistencia a consulta externa de pacientes portadores de enfermedades crónicas.

El proceso fue de forma personalizada durante 2 meses de formas alternas en las cuales se aplicó ambos instrumentos hasta completar las 92 fichas como muestra para la investigación.

Se utilizó el software SPSS para codificar, cuantificar y procesar los datos obtenidos. Es posible obtener una explicación detallada de cada indicación que se investiga, ya que se presentan en tablas de frecuencia y se complementan con análisis estadísticos.

Para analizar los datos, se usó el chi-cuadrado desarrollada por Pearson, y se estableció que el valor p fuera inferior a 0,05. Para que se considerara significativo, se requirió un nivel de confianza (IC) del 95 %.

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

3.8.1. Validez

Los instrumentos fueron validados tres expertos docentes profesionales del área los mismos que revisaron y dieron su aceptación de la medición de las variables propuestas a través de los indicadores según las condicionantes personales con 6 ítems y el instrumento Cuestionario del Perfil de estilo de vida según pender (PEVP-II) validado por Walker en el 2003 y por Pazos en el 2014 ampliado y el alfa de Cronbach de 0,94, con un rango de 0,69 para la dimensión «gestión del estrés» y de 0,82 para «actividad física» y «crecimiento espiritual» cuando se validó para la población latina.

3.8.2. **Confiabilidad** Se midieron alfas de 0,68, 0,77 y 0,78 para las subescalas de gestión del estrés, relaciones interpersonales y responsabilidad con la salud, respectivamente. (43) y el BIP-Q ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas (42).



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

El principal objetivo planteado fue: determinar los estilos de vida de riesgo que se relacionan con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024. A partir de la cual se ha formulado objetivos específicos que orientan los siguientes resultados:

- Identificar los determinantes personales de riesgo relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.
- Precisar los estilos de vida que están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur
- Identificar la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.

Tabla 1. Edad relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Edad	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
18 a 30 años	6	6,5	6	6,5	10	10,9	22	23,9
31 a 45 años	0	0	15	16,3	15	16,3	30	32,6
45 a 60 años	0	0	14	15,2	14	15,2	28	30,4
mayor de 61 años	0	0	4	4,3	8	8,7	12	13,0
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$X^2_{cal} = 22,022$ $X^2_{tab} = 12,592$ **G.L= 6** **$p= 0,000$** Significativo

En primer objetivo específico fue Identificar los determinantes personales de riesgo relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur

La tabla 1 está la distribución del condicionante personal de riesgo según edad en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur encontrándose en el 32,6% comprendidos entre los 31 a 45 años, el 30,4% con edades de 45 a 60 años, el 23,9% es de 18 a 30 años y el 13,0% fueron mayores de 60 años.

Para identificar la condicionante de riesgo según la edad en el grupo de 31 a 45 años que fueron el 32,6% se ha establecido la relación con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 16,3% la percepción fue positiva, el 16,3% con una percepción de indiferencia. Y en los pacientes del grupo de edad entre 45 a 60 años que fueron el 30,4% de los cuales el 15,2% con una percepción positiva y en el 15,2% con una actitud de indiferencia de la salud/enfermedad.

Para identificar estadísticamente la relación de la condicionante personal de riesgo según edad con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un margen de error del 5%, con $X^2_{cal}=22.022$ mayor a $X^2_{tab}=12,592$, con $Gl=6$ y $P=0,001$, resultado estadístico significativo con el que se prueba que la edad de la condicionante de riesgo personal tiene relación con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica planteada.

En la investigación se ha encontrado que los pacientes que son portadores de enfermedades crónicas no es sólo en adultos mayores en la presente investigación se tiene en el 32,6% con edades de 30 a 45 años y en personas jóvenes, se ha



encontrado estudios como el realizado por **Valero-Moreno et. al (15)**. Fueron adolescentes con DMT 1 y las niñas mostraban mayor percepción de amenaza de la enfermedad, en la presente con una percepción bastante positiva respecto a su enfermedad, pero sus actitudes no están acordes a lo que se expresa.

Otra investigación realizada por Quiceno, Vinaccia (17). La dimensión Repercusiones de la enfermedad del IPQ-B mostró correlaciones negativas estadísticamente significativas con la edad y los años de educación, mientras que la dimensión Comprensión de la enfermedad mostró asociaciones positivas estadísticamente significativas con los años de escolarización y el momento del diagnóstico. Otro estudio realizado por Cisneros (22). Encontró en el 51,3% fue de sexo masculino, concluyéndose que el estilo de vida está asociado con el control de la HTA y DM.



Tabla 2. Sexo relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Sexo	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Femenino	4	4,3	25	27,3	30	32,6	59	64,1
Masculino	2	2,2	14	15,2	17	18,5	33	35,9
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$X^2_{cal} = 0,019$ $X^2_{tab} = 5,992$ $G.L = 2$ $p = 0,991$ no significativo

La tabla 2 está la distribución del condicionante personal de riesgo según el sexo en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur encontrándose en el 64,1% fueron de sexo femenino y en el 35,9% fueron de sexo masculino.

Para identificar la condicionante de riesgo según el sexo en el grupo de sexo femenino fueron el 64,1% se ha establecido la relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 32,6% presentaban una percepción positiva de su salud/enfermedad, el 27,2% con una percepción de indiferencia y en el 4,3% con una actitud negativa de su salud/enfermedad. Y en los pacientes del grupo de sexo masculino fueron el 35,9% de los cuales el 18,5% tuvieron una percepción positiva, en el 15,2% con una actitud de indiferencia y en el 2,22% expresaron una actitud negativa.

Para identificar estadísticamente la relación de la condicionante personal de riesgo según el sexo con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un margen de error del 5%, con una $X^2_{cal}=0,019$ menor que $X^2_{tab}=5,992$ con $Gl=2$ y $P=0,991$, es no significativo con el que se prueba que el sexo de la condicionante de riesgo personal no tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se rechaza la hipótesis específica planteada.

En la investigación más del 64% fueron de sexo femenino con lo cual se puede determinar que quienes más acceden al establecimiento de salud es la mujer ya que independientemente de sus responsabilidades del cuidado de hijos o familiares.



Algunos estudios encontrados según el sexo **Ibazeta, Carrasco (21)**. Encontró que el 56,4% fueron mujeres, encontrándose que quienes tuvieron IC e HTA en el Hospital Vitarte presentaron peor estilo de vida que quienes no.

.



Tabla 3. Nivel educativo que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Nivel educativo	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Sin estudios	0	0	0	0	1	1,1	1	1,1
Primaria	0	0	2	2,2	10	10,9	12	13,0
Secundaria	0	0	18	19,6	7	7,6	25	27,2
superior técnica	2	2,2	2	2,2	13	14,1	17	18,5
Superior universitaria	4	4,3	17	18,5	16	17,4	37	40,2
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$X^2_{cal} = 23,687$ $X^2_{tab} = 15,507$ **G.L= 8** **p= 0,003** significativo

La tabla 3 presenta la distribución de la condicionante personal de riesgo según el nivel educativo en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur encontrándose en el 40,2% expresaron un nivel educativo de superior universitaria, en el 27,2% con nivel de secundaria, en el 18,5% con formación de superior técnica, en el 13,0% con nivel primaria, y en el 1,1,% sin instrucción.

Para identificar la condicionante de riesgo según el nivel educativo en el grupo con nivel superior universitario fueron el 40,2% se ha establecido la relación con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 18,5% la percepción fue de indiferencia, el 17,4% con una percepción de su salud/enfermedad positiva y en el 4,3% presentaban una actitud negativa. Y en los pacientes del grupo de pacientes con secundaria fueron el 27,2% de los cuales el 19,6% con una percepción de indiferencia y en el 7,6% con una actitud positiva respecto a su salud/enfermedad.

Para identificar estadísticamente la relación de la condicionante personal de riesgo según el nivel educativo con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un 5%, de error, $X^2_{cal}=23,687$ mayor a $X^2_{tab}=15,507$, con $Gl=8$ y $P=0,003$, resultado estadístico significativo con el que se prueba que el nivel educativo como determinante de riesgo personal tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica planteada.

En la investigación más del 40% de los pacientes con enfermedades crónicas con nivel educativo de superior universitaria, lo cual denota una mayor percepción del proceso salud – enfermedad, pero aun con estilos de vida con déficit predominantemente.



Otro estudio realizado por Cisneros (22). Encontró en el 51,9% con nivel educacional superior similar al presente ya que más del 40% tuvieron nivel superior universitario.

Quiceno, Vinaccia (17). Como resultado de su investigación, descubrieron que los factores que los pacientes consideraban responsables de su enfermedad estaban relacionados con elecciones de estilo de vida y características sociodemográficas inadecuadas. También encontraron que había asociaciones negativas entre la dimensión Consecuencias del IPQ-B y la edad, así como el número de años de escolarización. Este fue otro de los hallazgos que hicieron.

Tabla 4. Enfermedades crónicas que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Enfermedades crónicas	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Sobre peso y obesidad	0	0	3	5,3	8	8,7	11	12,0
Gastritis	0	0	8	8,7	10	10,9	18	19,6
Diabetes mellitus	1	1,1	13	14,1	13	14,1	27	29,3
Hipertensión arterial	0	0	9	9,8	6	6,6	15	16,3
Dos enfermedades	5	5,4	6	6,5	10	10,9	21	22,8
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$$X^2_{cal} = 17,222$$

$$X^2_{tab} = 15,507$$

$$G.L = 8$$

$$p = 0,028$$

significativo

La tabla 4 presenta la distribución de la condicionante personal de riesgo según la enfermedad en 92 pacientes que participaron del estudio en la micro red Cono Sur encontrándose en el 29,3% eran portadores de diabetes mellitus, el 22,8% presentaban 2 enfermedades crónicas, el 19,6% manifestaron problemas de gastritis – úlceras, el 16,3% portadores de hipertensión arterial y el 12% con obesidad y sobrepeso.

Para identificar de la condicionante de riesgo según la enfermedad crónica en el grupo de pacientes con diabetes mellitus que fueron el 29,3% se ha establecido la relación con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 14,1% tuvieron una percepción positiva de su salud y el 14,1% con una percepción de indiferencia. Y en los pacientes del grupo con dos enfermedades crónicas que fueron el 22,8% de los cuales el 10,9% con una percepción positiva, en el 6,5% con una actitud de indiferencia y el 5,4% expresaron una actitud negativa respecto a su salud/enfermedad.

Para identificar estadísticamente la relación de la condicionante personal de riesgo según el tipo de enfermedad con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con 5% de error, con una $X^2_{cal}=17,222$ mayor $X^2_{tab}=15,507$, con $Gl=8$ y $P=0,028$, es significativo con el que se prueba que el tipo de enfermedad crónica de la condicionante de riesgo personal tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica planteada.

Las patologías más recurrentes fueron la diabetes mellitus cerca del 30% e hipertensión arterial algunos estudios como el realizado por Rodríguez, Solís (19) Los resultados del estudio, que revelaban que el mayor número de personas con



hipertensión presentaba una deficiencia, se contradecían con las conclusiones de los investigadores, que observaron que el 52% con hipertensión declaraba tener un estilo de vida adecuado. Después de considerar todo esto, llegaron a la conclusión de que las elecciones de estilo de vida de las personas que padecen HTA están fuertemente ($p = 0,001$) y negativamente ($r = -0,457$) asociadas a la cantidad de estrés que experimentan. Esto se debe al hecho de que llevar un estilo de vida saludable siempre se traduce en mayores niveles de estrés.

Otro estudio realizado por **Barboza (23)**. Encontraron en el 64,8% presentó al menos un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. Se observaron prevalencias de 14.6 y 7.8% para HTA y DM2, respectivamente, concluyendo que los pacientes con HTA, DM2, obesidad y dislipidemia, están asociadas a factores de riesgo conductuales modificables como los estilos de vida las disminuirá el riesgo de adquirir enfermedades cardiovasculares.

Tabla 5. Tiempo de enfermedad crónica que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Tiempo de enfermedad crónica	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Menor de 2 año	6	6,5	19	20,7	12	13,0	37	40,2
De 2 a 5 años	0	0	12	13,0	18	19,6	30	32,6
Mayor de 5 años	0	0	8	8,7	17	18,5	25	27,2
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$X^2_{cal} = 14,684$ $X^2_{tab} = 9,488$ **G.L= 4** **p= 0,005** Significativo

La tabla 5 presenta la distribución de la condicionante personal de riesgo según el tiempo de enfermedad crónica en 92 pacientes participantes del estudio de la micro red Cono Sur encontrándose en el 40,2% comprendidos manifestaron el tiempo de enfermedad diagnosticada menor de dos años, el 32,6% un tiempo de enfermedad entre 2 a 5 años y en el 27,2% con tiempo de enfermedad crónica mayor de 5 años. Para identificar la condicionante de riesgo según el tiempo de enfermedad en el grupo de los que tenían menor de 2 años fueron el 40,2% se ha establecido la relación con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 20,7% la percepción fue de indiferencia, el 13,0% con una percepción positiva de su enfermedad y en el 6,5% con una actitud negativa. Y en los pacientes del grupo con un tiempo de enfermedad entre 2 a 5 años que fueron el 32,6% de los cuales el 19,6% con una percepción positiva de su salud/enfermedad y en el 13,0% con una actitud de indiferencia respecto a su salud/enfermedad.

Para identificar estadísticamente la relación de la condicionante personal de riesgo según el tiempo de enfermedad con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un error del 5%, con una $X^2_{cal}=14,684$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, con $Gl=4$ y $P=0,005$, resultado estadístico significativo con el que se prueba que el tiempo de enfermedad como condicionante de riesgo personal tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica.

En nuestro estudio encontramos que en más del 40% de pacientes con enfermedades crónicas el tiempo de enfermedad es menor de 2 años, lo cual deja



una gran posibilidad de educación de los pacientes para adherencia al tratamiento y mejorar los estilos de vida hacia los más saludables.

Vargas (25). Se ha determinado que existe una relación sustancial entre la cantidad de conocimientos y la vida sana de los pacientes que reciben medicación.

.

Tabla 6. Manejo terapéutico relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Manejo terapéutico	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Descontinuo mayor a un mes	6	6,5	28	30,4	19	20,7	53	57,6
Descontinuado menor de un mes	0	0	6	6,5	17	18,5	23	25,0
Continuo	0	0	5	5,4	11	12,0	16	17,4
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$$X^2_{cal} = 13,420$$

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$G.L = 4$$

$$p = 0,000$$

Significativa

La tabla 6 presenta la distribución de la condicionante personal de riesgo según el manejo terapéutico en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur encontrándose en el 57,6% un manejo terapéutico discontinuo en más de un mes, en el 25,0% un manejo terapéutico discontinuo menor se un mes y en el 17,4% manejo terapéutico continuo.

Para identificar la condicionante de riesgo según el manejo terapéutico discontinuo mayor de un mes fueron el 57,6% se ha establecido la relación con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 30,4% la percepción de su salud fue de indiferencia, el 20,7% con una percepción positiva y en el 6,5% con una actitud de su salud negativa. Y en los pacientes con manejo terapéutico discontinuo menor de un mes fueron el 25,0% de los cuales el 18,5% con una percepción positiva y en el 6,5% con una actitud de indiferencia respecto a su salud/enfermedad.

Para identificar estadísticamente la relación de la condicionante personal de riesgo según el manejo terapéutico con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un error del 5%, con una $X^2_{cal}=13,420$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$, con $Gl=4$ y $P=0,009$, resultado estadístico significativo con el que se prueba que el manejo terapéutico como condicionante de riesgo personal tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica planteada.

Los pacientes crónicos en más del 57% no asumen la responsabilidad del tratamiento continuo, existiendo altos porcentajes que no continúan permanentemente el tratamiento,



Algunos estudios como el realizado por Cruzado (24). A la luz de los resultados sobre la forma en que las personas que padecen una enfermedad renal crónica perciben su estado de salud, es importante Con respecto a los pacientes con IRC que tenían más de la mitad de la enfermedad, el 62,9% de los encuestados llegó a la conclusión de que la percepción de la enfermedad suponía un peligro para el paciente y que el componente de control de la enfermedad no era adecuado.

Tabla 7. Estilo de vida de riesgo en nutrición que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, micro red cono sur, juliaca 2024

Estilo de vida de riesgo en nutrición	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Estilo de vida con déficit	4	4,3	37	40,2	44	47,8	85	92,4
No saludable	2	2,2	2	2,2	3	3,3	7	7,6
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$$X^2_{cal} = 6,090$$

$$X^2_{tab} = 5,992$$

$$G.L = 2$$

$$p = 0,048$$

Significativo

El segundo objetivo específico fue valorar los estilos de vida que están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur

La tabla 7 presenta la distribución del estilo de vida de riesgo en nutrición en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur que participaron del estudio encontrándose en el 92,4% un estilo de vida en nutrición con déficit y el 7,6% presentaban un estilo de vida en nutrición no saludable.

Para precisar el estilo de vida de riesgo en nutrición en el grupo de pacientes con déficit fueron el 92,4% se ha relacionado con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 47,8% presentaban una percepción positiva de su salud, el 40,2% con una percepción de indiferencia, y en el 4,3% con una percepción negativa sobre su salud/enfermedad. Y en los pacientes con estilo de vida no saludable en nutrición fueron el 7,6% de los cuales el 3,2% con una percepción positiva y en el 2,2% con una actitud de indiferencia y en el 2,2% presentaban una actitud negativa de su salud.

Para inferir estadísticamente la relación del estilo de vida de riesgo en nutrición con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un error del 5%, con una $X^2_{cal}=6,090$ mayor que $X^2_{tab}=5,992$, con $Gl=2$ y **$p=0,048$** , resultado estadístico significativo con el estilo de vida de riesgo en nutrición tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica planteada.

En más del 92% con enfermedades crónicas tenían un estilo de vida en nutrición con déficit, existen estudios como el realizado por Silva (20) encontró que en la dimensión nutrición (83,6%) fueron catalogados como estilos saludables.

Tabla 8. Estilo de vida de riesgo en actividad física que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Estilo de vida de riesgo en actividad física	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	<i>fi</i>	%	<i>Fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Estilo de vida saludable	0	0	1	1,1	12	13,0	13	14,1
En déficit	4	4,3	17	18,5	23	25,0	44	47,8
No saludable	2	2,2	21	22,8	12	13,0	35	38,0
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$X^2_{cal} = 13,997$ $X^2_{tab} = 9,488$ $G.L = 4$ $p = 0,007$ Significativo

La tabla 8 en la distribución del estilo de vida de riesgo en actividad física en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur el 47,8% un estilo de vida en actividad física con déficit, el 38,0% presentaban un estilo de vida no saludable y en el 14,1% con estilo de vida saludable en actividad física.

Para precisar el estilo de vida de riesgo en actividad física en el grupo de pacientes con déficit fueron el 47,8% se ha relacionado con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 25,0% presentaban una percepción positiva de su salud, el 18,5% con una percepción de indiferencia, y en el 4,3% con una percepción negativa, y en los pacientes con estilo de vida no saludable en actividad física fueron el 38,0% de los cuales el 22,8% con una percepción de salud de indiferencia, en el 13,0% con una actitud positiva y en el 2,2% presentaban una actitud negativa.

Para inferir estadísticamente la relación del estilo de vida de riesgo en actividad física con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un error del 5%, con una $X^2_{cal}=13,997$ mayor a $X^2_{tab}=9,488$, con $Gl=4$ y $p=0,007$, resultado estadístico significativo con el estilo de vida de riesgo en actividad física tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, se acepta la hipótesis específica planteada.

En más del 80% no tienen un estilo de vida saludable en la dimensión de actividad física, a pesar que la percepción sea positiva, estudios como el realizado por Silva **(20)**. Estilos de vida en pacientes adultos con HTA, encontró que en la dimensión nutrición 83,6% presentaron estilos saludables, y dimensión actividad física en 98,2% concluyendo que el estilo de vida global de los pacientes adultos hipertensos fue saludable.

Tabla 9. Estilo de vida de riesgo en manejo del estrés que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Estilo de vida de riesgo en manejo del estrés	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Estilo de vida saludable	4	4,3	0	0	4	4,3	8	8,7
En déficit	2	2,2	24	26,1	28	30,4	54	58,7
No saludable	0	0	15	16,3	15	16,3	30	32,6
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$$X^2_{cal} = 29,672$$

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$G.L = 4$$

$$p = 0,000$$

Significativo

La tabla 9 presenta la distribución del estilo de vida de riesgo en manejo del estrés en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur que participaron del estudio encontrándose en el 58,7% un estilo de vida en con déficit, el 32,6% presentaban un estilo de vida en manejo de estrés no saludable y el 8,7% presentaban estilo de vida negativo.

Para precisar el estilo de vida de riesgo en manejo del estrés en el grupo de pacientes con déficit fueron el 58,7% se ha relacionado con la percepción de la salud/enfermedad de la cual el 30,4% presentaban una percepción positiva de su salud, el 26,1% con una percepción de indiferencia, y en el 2,2% con una percepción negativa. Y en los pacientes con estilo de vida no saludable en manejo del estrés fueron el 32,6% de los cuales el 16,3% con una percepción positiva y en el 16,3% con una actitud de indiferencia de su salud/enfermedad.

Para inferir estadísticamente la relación del estilo de vida de riesgo en nutrición con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado un margen de error del 5% y una significancia 95% de $p < 0,05$, con una $X^2_{cal} = 29,672$ mayor a $X^2_{tab} = 9,488$, con $Gl = 4$ y un nivel de significancia **$p = 0,000$** , resultado estadístico significativo con el estilo de vida de riesgo en manejo del estrés tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica. En el presente estudio en más del 58% con déficit el estilo de vida de manejo del estrés algunos estudios como el de Silva (20). Estilos de vida en pacientes adultos con HTA, encontró que en la dimensión manejo de estrés 61,8% fueron estilos no saludables.

Otro estudio realizado por Mamani (27). Se ha obtenido que el estilo de vida según Nola Pender en el manejo del estrés en el 62.1% no saludable y una **$p = 0.002$** .

Tabla 10. Estilo de vida de riesgo en relaciones interpersonales que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Estilo de vida de riesgo en relaciones interpersonales	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Estilo de vida saludable	2	2,2	0	0	4	4,3	6	6,5
En déficit	4	4,3	30	32,6	36	39,1	70	76,1
No saludable	0	0	9	9,8	7	7,6	16	17,4
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$X^2_{cal} = 11,454$ $X^2_{tab} = 9,488$ $G.L = 4$ $p = 0,022$ Significativa

La tabla 10 presenta la distribución del estilo de vida de riesgo en relaciones interpersonales en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur que participaron del estudio encontrándose en el 76,1% un estilo de vida en relaciones interpersonales con déficit, el 17,4% presentaban un estilo de vida no saludable, y en el 6,5% con estilo de vida saludable en relaciones interpersonales. Para precisar el estilo de vida de riesgo en relaciones interpersonales en el grupo de pacientes con déficit fueron el 76,1% se ha relacionado con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 39,1% presentaban una percepción positiva de su salud, el 32,6% con una percepción de indiferencia, y en el 4,3% con una percepción negativa sobre su salud/enfermedad. Y en los pacientes con estilo de vida no saludable en relaciones interpersonales fueron el 17,4% de los cuales el 9,8% con una percepción de indiferencia y en el 7,6% con una actitud positiva de su salud/enfermedad.

Para inferir estadísticamente la relación del estilo de vida de riesgo en relaciones interpersonales con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del chi cuadrado con un error del 5%, con una $X^2_{cal}=11,454$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$, con $Gl=4$ y **$p=0,022$** , resultado estadístico significativo con el estilo de vida de riesgo en relaciones interpersonales tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica planteada.

En mas del 76% de pacientes el estilo de vida en relaciones interpersonales esta con déficit, con sólo el 6,5% saludable. Algunos estudios como el realizado por Silva (20). Encontró que el soporte interpersonal (83,6%) con estilos saludables,



Mamani (27). Se ha comprobado que el estilo de vida, tal como lo define Nola Pender, tiene un correlato con la prevalencia de ENT en el marco de las interacciones interpersonales. Se ha demostrado esta asociación. El valor p para la proporción de personas que llevan un estilo de vida poco saludable es de 0,015, mientras que el porcentaje de personas que realmente lo hacen es del 53,2%.

.

Tabla 11. Estilo de vida de riesgo en crecimiento espiritual que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Estilo de vida de riesgo en crecimiento espiritual	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Estilo de vida saludable	0	0	14	15,2	23	25,0	37	40,2
En déficit	4	4,3	23	25,0	20	21,7	47	51,1
No saludable	2	2,2	2	2,2	4	4,3	8	8,7
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$$X^2_{cal} = 9,673$$

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$G.L = 4$$

$$p = 0,046$$

Significativo

La tabla 11 presenta la distribución del estilo de vida de riesgo en crecimiento espiritual en 92 pacientes con enfermedades crónicas de la micro red Cono Sur que participaron del estudio encontrándose en el 51,1% un estilo de vida con déficit, el 40,2% presentaban un estilo de vida en crecimiento espiritual saludable y en el 8,7% con estilo de vida no saludable.

Para precisar el estilo de vida de riesgo en crecimiento espiritual en el grupo de pacientes con déficit fueron el 51,1% se ha relacionado con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 25,0% presentaban una percepción de indiferencia de su salud, el 21,7% con una percepción positiva, y en el 4,3% con una percepción negativa sobre su salud/enfermedad. Y en los pacientes con estilo de vida saludable en crecimiento espiritual fueron el 40,2% de los cuales el 25,0% con una percepción positiva y en el 15,2% con una actitud de indiferencia de su salud/enfermedad.

Para inferir estadísticamente la relación del estilo de vida de riesgo en crecimiento espiritual con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un error del 5%, con una $X^2_{cal}=9,673$ mayor que $X^2_{tab}=9,488$ con $Gl=4$ y **$p=0,046$** , resultado estadístico significativo con el estilo de vida de riesgo en crecimiento espiritual tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica planteada

En el estudio se vio que más del 40% un estilo de vida con crecimiento espiritual, según un estudio realizado por Mamani (27). Se ha comprobado que el estilo de vida, tal como lo define Nola Pender, tiene un correlato con la prevalencia de ENT en el marco de las interacciones interpersonales. Se ha demostrado esta



asociación. El valor p para la proporción de personas que llevan un estilo de vida poco saludable es de 0,015, mientras que el porcentaje de personas que realmente lo hacen es del 53,2%.

Tabla 12. Estilo de vida de riesgo en responsabilidad en salud que esta relacionado con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Estilo de vida de riesgo en responsabilidad en salud	Percepción de la salud/enfermedad						Total	
	Negativa		Indiferente		Positiva			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Estilo de vida saludable	0	0	2	2,2	13	14,1	15	16,3
En déficit	4	4,3	28	30,4	26	28,3	58	63,0
No saludable	2	2,2	9	9,8	8	8,7	19	20,7
Total:	6	6,5	39	42,4	47	51,1	92	100,0

Fuente: Entrevista determinantes personales y encuesta de estilos de vida Nola Pender PEVP-II y percepción enfermedad crónica BIPQ

$$X^2_{cal} = 9,492$$

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$G.L = 4$$

$$p = 0,050$$

Significativo

La tabla 12 presenta la distribución del estilo de vida de riesgo en responsabilidad en salud en 92 pacientes con enfermedades crónicas estudio encontrándose en el 63,0% un estilo de vida con déficit, el 20,7% presentaban un estilo de vida en responsabilidad en salud no saludable y en el 16,3% con un estilo de vida saludable.

Para precisar el estilo de vida de riesgo en responsabilidad en salud en el grupo de pacientes con déficit fueron el 63,0% se ha relacionado con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas de la cual el 30,4% presentaban una percepción de indiferencia de su salud, el 28,3% con una percepción positiva y en el 16,3% con una percepción negativa sobre su salud/enfermedad. Y en los pacientes con estilo de vida no saludable en responsabilidad den salud fueron el 20,7% de los cuales el 9,8% con una percepción de indiferencia, en el 8,7% con una actitud positiva y en el 2,2% presentaban una actitud negativa de su salud/enfermedad.

Para inferir estadísticamente la relación del estilo de vida de riesgo en responsabilidad en salud con la percepción de la salud/enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas se ha empleado la prueba no paramétrica del χ^2 con un error del 5%, con una $X^2_{cal}=9,492$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, con $Gl=4$ y **$p=0,000$** , resultado estadístico significativo con el estilo de vida de riesgo en responsabilidad en salud tiene relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas de la Micro Red cono Sur, se acepta la hipótesis específica planteada.

En el presente estudio se encontró que más del 80% el estilo de vida en responsabilidad en salud esta con déficit y no saludable, otro estudio realizado por



Silva (20). Estilos de vida en pacientes adultos con HTA, encontró que la responsabilidad en salud 85,5% presentaban estilos no saludables.

Mamani (27). Se ha obtenido que el estilo de vida según Nola Pender no tuvo relación entre el crecimiento espiritual y responsabilidad en salud es no saludable.

Tabla 13. Percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024

Percepción de la salud/ enfermedad	<i>fi</i>	%
Percepción negativa	6	6,5
Percepción de indiferencia	39	42,4
Percepción positiva	47	51,1
Total:	92	100,0

Fuente: Encuesta de la percepción enfermedad crónica BIPQ

De acuerdo al tercer objetivo específico se ha identificado la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.

En la Tabla 13 se identificó la percepción de salud en pacientes con enfermedades crónicas obteniéndose en el 51,1% la percepción fue positiva, en el 42,4% la actitud hacia su salud fue de indiferencia y en el 6,5% expresaron una actitud negativa hacia su salud.

En la presente investigación más del 50% tuvieron una percepción positiva de su enfermedad, existen algunos estudios como el realizado por **Cruzado (24)**. Según los resultados relativos a la percepción de la enfermedad en pacientes con enfermedad renal crónica, el 62,9 % de los pacientes representaban una amenaza para sí mismos. Esto llevó a la conclusión de que la percepción de la enfermedad en pacientes con IRC representaba una amenaza para el paciente en más de la mitad de los casos, siendo el control de la enfermedad la dimensión más afectada. **Lemos et.al (16)**. Tras analizar la relación entre la percepción de consecuencias adversas y por la enfermedad ($\text{Beta} = 0,311$) con las HVS, $F(5, 45) = 2,707$, $p < 0,05$, se puede concluir que la impresión de las consecuencias negativas y la preocupación por ello conduce a la adopción de conductas saludables en el individuo.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se ha determinado que los estilos de vida de riesgo tienen relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024, con resultados estadísticamente significativas aceptando parcialmente la hipótesis propuesta.
- SEGUNDA:** Se ha identificado que los determinantes personales de riesgo en el 32,6% comprendidos entre los 31 a 45 años, en el 40,2% con nivel educativo de superior universitario, en el 29,3% fueron portadores de diabetes mellitus, en el 40,2% con tiempo de enfermedad menor de 2 años, y con manejo terapéutico discontinuo en más de un mes tienen relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur con resultados estadísticos significativos del X^2 con valores de $p < 0,05$, no teniendo relación sólo el indicador del sexo.
- TERCERA:** Se ha identificado los estilos de vida de riesgo en nutrición en el 92,4% con déficit, en el 47,8% estilo de vida con déficit en la actividad física, en el 58,7% presentaban estilo de vida en déficit en manejo de estrés, en el 76,1% estilo de vida con déficit en relaciones interpersonales, en el 51,1% estilo de vida con déficit en crecimiento espiritual y en el 63,0% estilo de vida con déficit en responsabilidad todas están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur con resultados estadísticos del X^2 significativos con valores de $p < 0,05$.



CUARTA: Se ha identificado la percepción de la enfermedad en pacientes con enfermedades crónicas en la Micro Red Cono Sur obteniéndose en el 51,1% la percepción fue positiva, en el 42,4% la actitud hacia su salud fue de indiferencia y en el 6,5% expresaron una actitud negativa hacia su salud.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al Jefe de la Micro Red Cono Sur disponer y coordinar con todo el personal de Jefes para favorecer las referencias y contra referencias de pacientes con enfermedades crónicas para dar continuidad en el tratamiento, exámenes auxiliares y atención especializada en el Centro de Salud cabecera de micro red o en el Hospital coordinando con las responsables de no transmisibles para llevar un registro o censo de los pacientes según las diferentes patologías no transmisibles.
- SEGUNDA:** A los jefes y médicos de los establecimientos de salud de la micro red Cono Sur, motivar la adherencia y seguimiento de la enfermedad crónica y evitar complicaciones que pueden generar mayor daño a los pacientes y familiares portadores de enfermedades crónicas, explicar y orientar sobre el manejo de estas enfermedades prolongadas y de control y tratamiento continuo.
- TERCERA:** A los responsables de enfermedades no transmisibles de los establecimientos de salud brindar orientación y asesoría continua junto a los familiares para favorecer estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de los pacientes y control de sus enfermedades crónicas.
- CUARTA:** A la enfermera y/o enfermero de no transmisibles diabetes, hipertensión, cáncer y otros realizar el seguimiento y soporte continuo en pacientes portadores de enfermedades crónicas para



tomar mayor conciencia de la percepción del proceso de salud – enfermedad que permita un mayor entendimiento del control de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Organización mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. 2018.
2. Adams KJ, Chirinos J. Prevalencia de factores de riesgo para síndrome Metabólico y sus componentes en usuarios de Comedores populares en un distrito de Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica . 2018;35(1):39-45. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3598>
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas y promoción de la salud 2017. Obtenido de http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/
4. Organización Mundial de la Salud. Cuadros resumen de las estimaciones de salud mundial para 2016. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
5. Nugent R. Enfermedades crónicas en países en desarrollo. Anales de la Academia de Ciencias de Nueva York 2008, 1136, 70-79. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.027>
6. Organización Mundial de la Salud Enfermedades no trasmisibles. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
7. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles 2018. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
8. Ministerio de Salud [Internet]. Resolución Ministerial No 658-2019/MINSA: Prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019 - 2023. MINSA. 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__658-2019-MINSA.PDF.

9. Schmidt C. The fight against non-communicable disease in emerging economies. *Nature*. 2018 Oct;562(7727):S65-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/d41586-018-06974-1>. [
10. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Noticias 2 de marzo del 2023. Alertan sobre las enfermedades crónicas degenerativas como las principales causas de muerte en el futuro. <https://www.gob.pe/institucion/ceplan/noticias/719844-alertan-sobre-las-enfermedades-cronicas-degenerativas-como-las-principales-causas-de-muerte-en-el-futuro>
11. INEI- Instituto Nacional de Estadística e Informática, enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2021. https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/departamentales_en/Endes21/pdf/Puno.pdf
12. Grosso G. Impact of nutritional risk factors on chronic non-communicable diseases. *Eur J Public Health*. 2019; 29(4):185-97. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.197>
13. Cajachagua M, Vargas C, Ingles M, Chávez J, Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos Chile 2021. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5227306> Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55971452010>
<https://www.redalyc.org/journal/559/55971452010/55971452010.pdf>
14. Lugo-González IV, & Pérez-Bautista YY. Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir depresión y ansiedad en una persona con asma: Estudio de caso 2021. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social*, 7(2), 364-383. <https://doi.org/10.22402/j.rdi.pycs.unam.7.2.2021.331.364-383>
15. Valero-Moreno S, Lacomba-Trejo L, Casaña-Granell S, Prado-Gascó VJ, Montoya-Castilla I, Pérez-Marín M. Psychometric properties of the



- Questionnaire on Threat Perception of Chronic Illnesses in pediatric patients.
Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3242. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3144.3242>.
16. Lemos MA, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE y Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas 2019. *Psicogente*, 22 (42), 150-169. <https://doi.org/10.17081/psico.22.42.3498>
17. Quiceno JM, Vinaccia S, Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos 2019. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2582>
18. Yaulema L, Parreño A, & Ríos P. Estilos de vidas de los adultos mayores residentes en parroquias rurales del Cantón Riobamba. 2021. *Revista De Investigación Enlace Universitario*, 20(2), 75-87. <https://doi.org/10.33789/enlace.20.2.98>
<https://enlace.ueb.edu.ec/index.php/enlaceuniversitario/article/view/163>
19. Rodríguez A d R. Solís KA. Estilos de vida y estrés en personas con hipertensión arterial en la Comunidad "Brisas de Santa Rosa Lima" en San Martín de Porres Lima - Perú, 2023. Tesis UCV. Disponible en; <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/130715>
20. Silva YL. Estilos de vida en pacientes adultos con Hipertensión Arterial. Centro de Salud de Magllanal - Jaén 2023. Tesis UNC. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6765>
21. Ibazeta AG, Carrasco J. Estilos de vida en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en un hospital peruano. *Rev. Peru Med.*



- Integr. [Internet]. 5 de junio de 2023 [citado 1 de septiembre de 2024];8(2):83-9. Disponible en: <https://rpmi.pe/index.php/rpmi/article/view/728>
22. Cisneros YZ. Estilo de vida asociado al control de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 durante la pandemia de Covid-19 en pacientes del centro de atención de urgencias – UCE, Lima, periodo octubre-diciembre 2020. Tesis URP. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3806>
23. Barboza EE. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. Rev Cuid [Internet]. Agosto de 2020 [consultado el 1 de septiembre de 2024]; 11(2): e1066. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732020000200304&lng=en. Publicación electrónica 04 de noviembre de 2020. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1066> .
24. Cruzado EJ. Percepción sobre la enfermedad en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología de un hospital nacional de Lima 2020. Tesis UWIENER. https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4336/T061_41582847_S.pdf?sequence=1
25. Vargas RS. Relación entre el nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo II y los estilos de vida saludable de los pacientes adultos que acuden al consultorio de medicina del centro de salud Juan Pablo II – 2017. Tesis UNAC. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/4100>
26. Mamani C. Estilos de vida y enfermedades crónicas prevalentes en los adultos mayores del centro de salud Queñuani - Yunguyo, Puno 2023. Tesis UPSC. Disponible en: <http://repositorio.upsc.edu.pe/handle/UPSC/821>



27. Mamani KB. Estilos de vida según Nola Pender relacionado con la prevalencia de enfermedades no transmisibles en personal policial que acude al Policlínico Puno 2020. Repositorio UANCV.
28. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. 1ª ed. Madrid: EspasaCalpe; 1987
29. Campbell K, Waters E, O'Meara S, Nelly S, Summerbell C. Intervenciones para la prevención de la obesidad infantil. En: La Cochrane Lybrary plus en español. Oxford Update Software 2002
30. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health promotion in nursing practice. 5ª Ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006.
31. Pérez C, Aranceta J, Ribas L, Serra L. Ejercicio físico y obesidad en niños y adolescentes en: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, eds. Obesidad Infantil y Juvenil. Estudio enkid. Barcelona: Masson 2001; 139-148
32. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. 1ª ed. California: Jossey Bass; 1987.
33. Wlaker S, Kerr J, Pender NJ, Sechrist K. A Sapanish language versión of the healt – promotiong lifestyle profile. Nurs Res. 1990; 39(6): 268-273
34. Dossey B, Keegan L, Kolkmeir L, Guzzetta C. Holistic health promotion. 1ª Ed. Maryland; 1989.
35. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, y Buick D. Cuestionario revisado de percepción de la enfermedad (IPQ-R). 2002. Psicología y salud , 17 (1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
36. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G. y Petrie KJ. ¿Puede una intervención de percepción de la enfermedad reducir la ansiedad por enfermedad en los cónyuges de pacientes con infarto de miocardio? Un



- ensayo controlado aleatorizado 2009. Journal of psychosomatic research , 67 (1). 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.006>
37. Hernandez A. et. al. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. Archivos peruanos de cardiología y cirugía cardio vascular. Volumen 4, Nro. 2 (2023) <https://apcyccv.org.pe/index.php/apccc/article/view/296>
38. Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de la salud, Ginebra 1998. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
39. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación [libro en Internet]. 6 a edición. México; McGRAW-HILL / Interamericana Editores; 2014[consultado 20 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20BaptistaMetodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>.
40. Bustos E, Fernández JA. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. Biomédica. 2017;37(1):92-103.
41. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. J Psychosom Res. 2006 Jun;60(6):631–7. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
42. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, & Petrie KJ. Can an illness perception intervention reduce illness anxiety in spouses of myocardial infarction patients? 2009. A randomized controlled trial. Journal of



psychosomatic research, 67(1). 11-15. [https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.006)

2008.11.006

43. Pazos R. Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la Teoría de Pender 2014. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15680>



ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTILOS DE VIDA CS CONO SUR.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda														
               														
1 : edad		1												
	 edad	 Sexo	 Nivel_educativo	 Enfermedades_cró	 Tiempo_enfermedad	 Manejo_terapeutico	 Estilo_nutrición	 Estilo_Actividadfisica	 Manejo_estres	 Relaciones_interper	 Crecimiento_espiritual	 Responsabilidad_salud	 PERCEPCION_SALUD	
1	1	1	5	7	1	1	2	3	2	2	2	2	1	
2	2	1	5	1	2	1	2	2	1	1	2	2	3	
3	1	1	5	7	1	1	3	2	1	2	2	3	1	
4	3	2	4	1	2	2	2	2	2	2	1	2	3	
5	1	1	5	2	1	2	2	1	1	2	2	2	3	
6	1	1	5	7	2	1	2	2	2	2	1	2	2	
7	1	2	4	3	1	1	2	2	1	1	2	2	1	
8	2	1	5	3	1	1	2	3	2	2	2	2	2	
9	2	1	4	2	3	3	2	2	2	2	1	2	3	
10	1	2	4	1	2	1	2	2	3	2	1	1	3	
11	3	1	2	7	3	3	2	2	3	2	1	1	3	
12	3	1	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	2	
13	2	2	4	1	1	1	2	1	2	2	1	2	3	
14	2	1	3	2	1	1	2	3	3	3	1	3	2	
15	3	1	3	3	2	1	2	3	3	3	3	2	2	
16	3	2	3	4	2	2	2	2	3	2	2	3	3	
17	3	1	3	7	1	1	2	3	3	2	2	2	2	
18	3	1	3	3	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
19	2	1	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	
20	1	1	5	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	



	edad	Sexo	Nivel_educativo	Enfermedades_cró	Tiempo_enfermedad	Manejo_terapeutico	Estilo_nutrición	Estilo_Actividadfisica	Manejo_estres	Relaciones_interper	Crecimiento_espiritual	Responsabilidad_salud	PERCEPCION_SALUD
21	1	1	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3
22	2	1	5	7	1	1	2	2	2	2	1	2	3
23	2	2	5	4	3	2	2	2	2	2	2	1	3
24	2	2	5	3	1	1	2	2	2	2	1	2	3
25	4	2	4	4	3	3	2	3	2	3	3	1	3
26	2	1	5	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2
27	2	1	5	4	1	3	2	2	2	2	1	2	2
28	2	2	5	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2
29	4	1	2	7	2	3	2	2	3	3	1	1	3
30	3	2	4	4	2	1	3	3	3	3	2	3	2
31	4	2	3	7	2	2	3	3	3	2	2	2	3
32	1	2	5	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
33	1	1	5	2	1	2	2	1	2	2	1	1	3
34	2	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3
35	3	1	3	7	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
37	4	2	3	7	3	1	2	3	3	2	2	2	2
38	1	1	5	1	2	2	2	1	2	2	1	1	3
39	4	2	2	4	3	1	2	3	3	2	2	2	2
40	3	1	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3
41	3	2	3	3	3	1	2	3	2	2	2	3	2
42	3	1	2	3	3	1	2	1	2	3	2	3	3
43	3	2	3	3	3	3	2	3	2	1	1	1	3
44	3	1	2	3	3	3	2	3	2	2	1	2	3
45	4	1	2	7	3	1	2	2	3	3	3	3	3



	edad	Sexo	Nivel_educativo	Enfermedades_crónicas	Tiempo_enfermedad	Manejo_terapéutico	Estilo_nutrición	Estilo_Actividad_física	Manejo_estrés	Relaciones_interpersonales	Crecimiento_espiritual	Responsabilidad_salud	PERCEPCION_SALUD
46	4	1	2	3	3	1	2	3	3	2	3	3	3
47	3	1	2	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3
48	3	1	1	3	2	1	2	3	3	3	2	3	3
49	2	1	5	2	1	3	2	2	2	2	1	2	2
50	3	2	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	2
51	2	1	4	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3
52	3	1	2	7	3	2	2	3	2	1	1	2	3
53	1	1	5	7	1	1	2	3	2	2	3	3	1
54	2	1	5	2	2	1	2	2	1	1	1	2	3
55	1	1	5	7	1	1	3	2	1	2	3	2	1
56	3	2	4	3	2	2	2	3	2	2	1	2	3
57	1	1	5	2	1	1	2	1	1	2	2	2	3
58	1	1	5	1	2	1	2	3	2	2	1	2	2
59	1	2	4	7	1	1	2	2	1	1	2	2	1
60	2	1	5	1	1	1	2	3	2	2	1	2	2
61	2	1	4	7	3	2	2	1	2	2	2	2	3
62	1	2	4	2	2	1	2	2	3	2	1	2	3
63	3	1	2	7	3	1	2	2	3	2	1	2	3
64	3	1	3	7	3	1	2	3	3	3	2	3	2
65	2	2	4	3	1	2	2	1	2	2	1	2	3
66	2	1	3	7	1	1	2	3	3	3	1	3	2
67	3	1	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	2
68	3	2	3	4	2	2	2	1	3	2	2	2	3
69	3	1	3	4	1	1	2	3	3	2	2	2	2
70	3	1	3	3	1	1	2	2	2	2	1	1	2
71	2	1	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2



	edad	Sexo	Nivel_educativo	Enfermedades_crónicas	Tiempo_enfermedad	Manejo_terapéutico	Estilo_nutrición	Estilo_Actividad física	Manejo_estres	Relaciones_interper	Crecimiento_espiritual	Responsabilidad_salud	PERCEPCION_SALUD
72	1	1	5	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2
73	1	1	5	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3
74	2	1	5	1	1	1	2	1	2	2	1	2	3
75	2	2	5	4	3	1	2	3	2	2	1	3	3
76	2	2	5	4	1	1	2	2	2	2	1	2	3
77	4	2	4	7	3	3	2	3	2	3	3	1	3
78	2	1	5	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2
79	2	1	5	4	1	3	2	2	2	2	1	2	2
80	2	2	5	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2
81	4	1	2	3	2	3	2	2	3	3	2	1	3
82	3	2	4	4	2	1	3	3	3	3	2	3	2
83	4	2	3	7	2	1	3	3	3	2	2	3	3
84	1	2	5	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2
85	1	1	5	1	1	2	2	1	2	2	1	2	3
86	2	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3
87	3	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
88	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
89	4	2	3	4	3	1	2	3	3	2	2	2	2
90	1	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3
91	4	2	2	3	3	1	2	3	3	2	2	2	2
92	3	1	3	3	3	2	2	1	2	2	1	1	3

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DEL LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables		Indicador	Escala valoración	Metodología
Problema general PG. Cuáles serán los estilos de vida de riesgo que tienen relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024?	Objetivo general OG. Determinar los estilos de vida de riesgo que se relacionan con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024	Hipótesis general HG. Los estilos de vida de riesgo tienen relación con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024.	VARIABLE I 1.Estilos de vida de riesgo	1.1.Condicion antes personales	1.1.1.Edad	a)18 a 30 años b)31 a 45 años c)45 a 60 años d)Mayor a 60 años	Diseño: No experimental Tipo de investigación: básica de nivel Correlacional y de corte transversal. Población: 81,611 adultos Muestra: 92 pacientes con enfermedades cronicas Tecnica: Técnica: V 1. Entrevista V 2. Encuesta Instrumento: V. 1. Guía de entrevista de determinantes personales y de la encuesta de calidad de vida V 2: Cuestionario de la percepción de la enfermedad
					1.1.2.Sexo	a)Femenino b)Masculino	
					1.1.3.Nivel educativo	a)Sin estudios b)Primaria c)Secundaria d)Superior técnica e)Superior universitaria	
					1.1.4.Enfermedades crónicas	a)Obesidad sobre peso b)Gastritis c)Diabetes d)Hipertensión e)Artritis f)Cáncer..... g)Dos enfermedades	
Problema específico PE1. ¿Cuáles serán los determinantes personales de riesgo relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur?	Objetivos específicos OE1. Identificar los determinantes personales de riesgo relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.	Hipótesis específica HE1. Los determinantes personales de riesgo están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur.				a)Menor de 2 año	



					1.1.5. Tiempo de enfermedad crónica 1.1.6. Manejo terapéutico	b) 2 a 5 años c) Mayor de 5 años a) Descontinuo en mas de 1 mes b) Descontinuo menor de 1 mes c) Continuo	
PE2. ¿Cuáles serán los estilos de vida que están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur?	OE2. Precisar los estilos de vida que están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur	HE2. Los estilos de vida están relacionados con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur		1.2. Estilo de vida	1.2.1. Nutrición 1.2.2. Actividad física 1.2.3. Manejo del stress 1.2.4. Relaciones interpersonales 1.2.5. Crecimiento espiritual 1.2.6. Responsabilidad de la salud	a) Saludable b) con déficit c) No saludable a) Saludable b) Con déficit c) No saludable a) Saludable b) Con déficit c) No saludable a) Saludable b) Con déficit c) No saludable a) Saludable b) Con déficit c) No saludable a) Saludable b) Con déficit c) No saludable	



PE3. Cómo será la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur?	OE3. Identificar la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur	HE3. La percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur es negativa	VARIABLE 2 2.1. Percepción de la salud		2.1.1. Percepción de la salud	a) Negativa b) Indiferencia c) Positiva	
---	--	--	--	--	-------------------------------	---	--



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo del presente estudio es: OG. Determinar los estilos de vida de riesgo que se relacionan con la percepción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas, Micro Red Cono Sur, Juliaca 2024. El estudio no genera ningún riesgo a los estudiantes que participaran del estudio, ya que a través de los GUIAS DE ENTREVISTA Y CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN con preguntas respecto a la forma de vida que usted tiene y como viene enfrentando la enfermedad, deberá responder de manera sincera y de forma anónima.

El trabajo de investigación que se realizara usted debe brindar su consentimiento una vez comprendido su forma de participación y su deseo de participar en esta actividad, de manera voluntaria.

Si su respuesta es (SI), llene los siguientes datos.

Yo _____, certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad sobre el objetivo del presente estudio de investigación y manera de participación, voy a participar libre y voluntariamente por lo que autorizo a la Srta. Bach. BACH. HEDITH CHOQUECHAMBI QUISPE, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez en la ciudad de Juliaca, por lo que autorizo a realizarme una encuesta sobre los estilos de vida con riesgos y el percepción de la salud.

Juliaca, Setiembre del 2024.

.....

ANEXO 4: INSTRUMENTO

GUÍA DE ENTREVISTA DE LOS DETERMINANTES PERSONALES Y ESTILOS DE VIDA

Favor contestar con toda sinceridad las preguntas que son completamente anónimas y servirán solo para efectos de un trabajo de investigación:
Gracias.

Estilos de vida de riesgo

Condicionantes personales

1. Edad

- a) 18 a 30 años
- b) 31 a 45 años
- c) 45 a 60 años
- d) Mayor a 60 años

2. Sexo

- a) Femenino
- b) Masculino

3. Nivel educativo

- a) Sin estudios
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior técnica
- e) Superior universitaria

4. Enfermedades crónicas

- a) Obesidad – sobre peso
- b) Gastritis
- c) Diabetes
- d) Hipertensión
- e) Artritis
- f) Cáncer
- g) Dos enfermedades

5. Tiempo de enfermedad crónica

- a) Menor de 2 año
- b) 2 a 5 años
- c) Mayor de 5 años

6. Manejo terapéutico

- a) Descontinuo en mas de 1 mes (abandona y retoma)
- b) Descontinuo menor a 1 mes (abandona y retoma)
- c) Continuo (cumple el tratamiento permanente)

**CUESTIONARIO PERFIL DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER (PEVP-II)
AMPLIADO Y VALIDADO PARA POBLACION LATINA**

Lea o responda con total sinceridad, ya que las preguntas son para una investigación la misma que son completamente anónimas.

Colocar un X donde corresponda.

N= Nunca AV= Algunas veces S= Siempre o Frecuentemente

	ITEMS	N	AV	S	F
1	Escojo una dieta baja en grasa saturadas y colesterol	0	1	2	3
2	Leo y veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud	0	1	2	3
3	Como de 5 a 11 porciones de pan, cereales, arroz o pasta (fideos) todos los días	0	1	2	3
4	Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días	0	1	2	3
5	Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días	0	1	2	3
6	Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt o queso cada día	0	1	2	3
7	Como solamente de 2 a 3 porciones de carnes, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días	0	1	2	3
8	Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	0	1	2	3
9	Como desayuno.	0	1	2	3
	ACTIVIDAD FISICA				
10	Sigo un programa de ejercicios planificados	0	1	2	3
11	Hago ejercicios vigorosos 20 o más minutos, por lo menos 3 veces a la semana	0	1	2	3
12	Tomo parte en actividades físicas livianas o moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 a más veces a la semana	0	1	2	3
13	Tomo parte en actividades físicas de recreación (bailar, nadar, andar en bicicleta)	0	1	2	3
14	Hago ejercicios para estirar los músculos por menos 3 veces por semana	0	1	2	3
15	15. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de ascensor , estacionar el coche lejos de del lugar de destino y caminar	0	1	2	3
16	Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios	0	1	2	3
17	Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo	0	1	2	3
	MANEJO DEL ESTRESS				
18	Duermo lo suficiente	0	1	2	3
19	Tono algún tiempo para relajarme todos los días	0	1	2	3

20	Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar	0	1	2	3
21	Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme	0	1	2	3
22	Uso métodos específicos para controlar mi tensión	0	1	2	3
23	Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos	0	1	2	3
24	Practico relajación o meditación por 15-20 min diariamente	0	1	2	3
25	Mantengo un balance para prevenir el cansancio	0	1	2	3
RELACIONES INTERPERSONALES					
26	Discuto mis problemas con personas allegadas	0	1	2	3
27	Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos	0	1	2	3
28	Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras	0	1	2	3
29	Paso tiempo con mis amigos más cercanos	0	1	2	3
30	Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros	0	1	2	3
31	Toco y soy tocado/a por las personas que me importan	0	1	2	3
32	Busco maneras de tener mis necesidades de intimidad	0	1	2	3
33	Busco ayuda de un grupo de personas que se preocupan por mi	0	1	2	3
34	Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso	0	1	2	3
CRECIMIENTO ESPIRITUAL					
35	Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva	0	1	2	3
36	Creo que mi vida tiene propósito	0	1	2	3
37	Miro adelante hacia el futuro	0	1	2	3
38	Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a)	0	1	2	3
39	Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida	0	1	2	3
40	Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)	0	1	2	3
41	Estoy consciente de lo que es importante en mi vida	0	1	2	3
42	Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo	0	1	2	3
43	Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	0	1	2	3
RESPONSABILIDAD DE LA SALUD					
44	Acudo al especialista ante cualquier señal inusual o síntoma extremo	0	1	2	3
45	Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud	0	1	2	3
46	Sigo las instrucciones de los especialistas cuando los he consultado	0	1	2	3
47	Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor	0	1	2	3
48	Discuto mis cuestiones de salud con los especialistas	0	1	2	3
49	Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas	0	1	2	3
50	Pido información a los especialistas como tener cuidado de mi mismo/a	0	1	2	3
51	Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	0	1	2	3
52	Busco orientación o consejo cuando es necesario	0	1	2	3

El instrumento propuesto fue validado en la investigación: **Pazos Casal R. 2014**. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15680>



CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES

Estilos Saludables= 107 - 156

Estilos en Déficits = 53 - 106

Estilos No Saludables = 00 –52

Y para cada dimensión se establecerá según el máximo de puntajes por área

DIMENSIONES DE SALUD

• NUTRICIÓN

Estilos Saludables= 18 - 27

Estilos en Déficits = 9 - 17

Estilos No Saludables = 00 –8

• ACTIVIDAD FÍSICA

Estilos Saludables= 16 - 24

Estilos en Déficits = 8 - 15

Estilos No Saludables = 00 –7

• MANEJO DEL ESTRÉS

Estilos Saludables= 16 - 24

Estilos en Déficits = 9 - 15

Estilos No Saludables = 00 –7

• RELACIONES INTERPERSONALES

Estilos Saludables= 18 - 27

Estilos en Déficits = 9 - 17

Estilos No Saludables = 00 –8

• CRECIMIENTO ESPIRITUAL

Estilos Saludables= 18 - 27

Estilos en Déficits = 9 - 17

Estilos No Saludables = 00 –8

• RESPONSABILIDAD DE LA SALUD

Estilos Saludables= 18 - 27



Estilos en Déficits = 9 - 17

Estilos No Saludables = 00 –8

CUESTIONARIO DE LA PERCEPCION DE LA ENFERMEDAD CRONICA QUE PADECE BIPQ

MARQUE CON UN CIRCULO O X DONDE CORRESPONDA A SU OPINION

1. En que medida la enfermedad que actualmente tiene afecta su vida.
No afecta en absoluto 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Afecta gravemente mi vida
2. Cuanto tiempo cree que durara su enfermedad
Muy poco 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Toda la vida
3. Cuanto control cree que tiene sobre su enfermedad
Ningún control 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Control absoluto
4. En que medida cree que su tratamiento puede ser util para su enfermedad
Nada útil 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Extremadamente útil
5. En que medida nota síntomas o molestias por su enfermedad
Ningún síntoma 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Muchos síntomas graves
6. Cuanto le preocupa su enfermedad
No me preocupa nada 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Me preocupa muchísimo
7. Hasta que punto comprende en que consiste su enfermedad
No la comprendo para nada 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ La comprendo claramente
8. Cuanto le afecta su enfermedad a nivel emocional. Le hace sentir enfadado, asustado, alterado, deprimido
. No me afecta para nada 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ me afecta muchísimo
Emocionalmente

☐ NEGATIVA DE 0 A 3 PUNTOS ☐ INDIFERENTE DE 4 A 6 PUNTOS ☐ POSITIVO 7 A 10 PUNTOS

ANEXO 5: VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Abraham Lermy Sencapuca Tacon.

Centro laboral

Hospital Carlos Monge Medrano.

Grado:

Medico Cirujano (Medicina Familiar)

Mención

(Medicina Familiar)

Institución donde lo obtuvo:

Universidad Nacional del Altiplano.

Otros estudios:

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estricta científica, la validez del instrumento propuesto (véase ANEXO 1).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico, 2 = básico, 3 = Intermedio, 4 = Sobresaliente
5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X



11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X	
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial						
Puntaje total:						

Nota: Índice de validación del juicio de experto (71) = (puntaje obtenido / 75) x 100 = 94.6

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Los indicadores están correctamente enfocados.

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Abram Henry Sutañuca Tacora
identificado con DNI N° 02935032 Certifico que realice el juicio
del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Juliaca, 25 de Setiembre del 2024

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
SERVICIO DE EMERGENCIA

Dr. Abram L. Sutañuca Tacora
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 32478 ABE. 37091

GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

Rolando Peraz Zela Campos

Centro laboral

Hospital Carlos Monge Medrano

Grado:

Medico Cirujano

Mención

Institución donde lo obtuvo:

Universidad San Agustín Arequipa

Otros estudios:

Maestría en Salud Pública

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase ANEXO 1).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico, 2 = básico, 3 = Intermedio, 4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					p
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				p	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					p
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				o	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				p	
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					p
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				p	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				p	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					p
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					p





ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN

"Año del bicentenario, de la conmemoración de nuestra independencia y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 29 de octubre del 2024

22452

Señor:

DR. JOSE LUIS MEJIA QUISPE
Director de la Red de Salud San Román

PRESENTE:

ATENCION : Oficina de capacitación de la red de salud San Román
ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA PODER REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN EN LA MICRO RED CONO SUR JULIACA.



Mes grato saludarlo cordialmente; a la vez, solicitarle de manera muy especial pueda otorgarme y/o facilitarme el ingreso a la Micro Red Cono Sur Juliaca, para poder acceder y obtener información, sobre el trabajo de investigación que estoy realizando. Titulado: **"ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA"** la misma que cuenta con la resolución decanal correspondiente emitida por la universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, E.P. Enfermería; por ende, los resultados serán compartidos con el área de capacitación de donde recabaremos la información al cual estoy asignada.

Se adjunta los siguientes documentos:

- RESOLUCIÓN DECANAL N° 1401 – 2024 – D – FCS – UANCV
- PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN
- RECIBO DE PAGO – DERECHO DE TRAMITE

Por lo expuesto, solicito a su despacho acceda a mi petición en aras de las investigación y del enfoque de la Facultad de Ciencias de la Salud, E.P. Enfermería, para obtener el grado correspondiente.

Sin otro particular, me es propicia la oportunidad para mencionarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal. Agradeciendo su atención, estaré a la espera de su gentil respuesta.

Atentamente:

HEDITH CHOQUECHAMBI QUISPE
Bachiller en enfermería



"Año del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 06 de Noviembre del 2024

CARTA No 1042 -2024 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR.

Señora:

C.D. PARI ORIHUELA , NELLY JULIETA

JEFE DE LA MICRO RED CONO SUR DE LA RED-S-SAN ROMÁN-PUNO

PRESENTE. -

**ASUNTO : PRESENTA A EGRESADA DE ENFERMERÍA
PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

SOLICITANTE: Srta. CHOQUECHAMBI QUISPE,HEDITH

REGISTRO N°22452- 2024

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente y presentarle de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería ; quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado: **"ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024"** ; solicito le brinden las facilidades correspondientes.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINIÓN FAVORABLE**, para la recolección de datos ,dentro de la Institución a partir de la fecha; al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la Biblioteca del Hospital.

Atentamente.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

[Firma]
Dr. Efraín U. Carrasco
JEFE UADI - CAPACITACION
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 44365 - RNE 31 01

CGEU/vyf
Interesada
Cc. Archivo



"Año del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 06 de Noviembre del 2024

CARTA No 1042 -2024 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR.

Señora:

C.D. PARI ORIHUELA , NELLY JULIETA

JEFE DE LA MICRO RED CONO SUR DE LA RED-S-SAN ROMÁN-PUNO

PRESENTE. -

**ASUNTO : PRESENTA A EGRESADA DE ENFERMERÍA
PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

SOLICITANTE: Srta. CHOQUECHAMBI QUISPE, HEDITH

REGISTRO N°22452- 2024

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente y presentarle de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería ; quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado: **"ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024"** ; solicito le brinden las facilidades correspondientes.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINIÓN FAVORABLE**, para la recolección de datos ,dentro de la Institución a partir de la fecha; al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la Biblioteca del Hospital.

Atentamente.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
Dr. Efraim U. Carrasco Gonzalo
JEFE UADI - CAPACITACION
MÉDICO - PEDIATRA
CNP. 44365 - RNE 31331

CGEU/vyf
Interesada
Cc. Archivo

25/11/24

Se deriva a Coordinación de Enfermería para que a brinde las facilidades correspondiente, asimismo deberá dejar un ejemplar en jefatura de la Microred Cono Sur al concluir su proyecto.



Dra. Nelly Julieta Pari Orihuela
COORDINADORA DESTISTA
CNP. 21067 - RNE 00022
PUNO LA MICRO RED DE SALUD CONO SUR
PUNO SAN ROMÁN



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 01/06/2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: HEDITH CHOQUECHAMBI QUISPE

Dirección: Jr. Independencia Mz.A5 LT.23 Urb. Villa las Palmeras

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 75531785

Teléfono: 999213691 email: hedithquispe@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: ENFERMERÍA

Título o Grado Académico a optar: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Asesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

Título: ESTILOS DE VIDA EN RIESGO RELACIONADO CON LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN
PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, MICRO RED CONO SUR, JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Enfermedad crónica, estilo de vida, riesgo, percepción de salud,
enfermedad, paciente

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1,2}?

2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

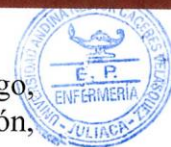
Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒

Internacional

☐

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA – P07

Firma de Autor



huella digital

01 - JUNIO – 2026

Fecha