

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSGRADO



**ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y SU RELACIÓN CON
ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA COMUNIDAD NATIVA
SANTA ROSA DE LAULATE – ATALAYA - 2023.**

Tesis para optar el grado académico de
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

JUANA, MONTOYA BOLIVAR

Pucallpa, Perú

2023



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSGRADO



ANEXO N° 4

ACTA DE DEFENSA DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACION PARA
OBTENCION DEL GRADO DE MAESTRO O MAESTRO EN CIENCIAS

En la Sala de Grados de la Universidad Nacional de Ucayali siendo las 8:00 horas, del día 13 de Septiembre, ante el Jurado de Tesis o trabajo de investigación constituido por :

Dr. JAIME Pastor SeguraPresidente
Dra. Judith Melgares Mayma Alvarado Secretario
Dr. Luis Fernando Cordero Rocco Vocal

El aspirante al GRADO DE MAESTRO O MAESTRO EN CIENCIAS en

Solus PublicaMención:
Solus Publica

Don(ña) Juana Matoya Bolívar

Procedió al acto de Defensa:

a. Con la exposición de la tesis o trabajo de investigación, titulada:

Estilos de vida saludables y su relación con enfermedades prevalentes en la Comunidad Nativa Santa Rosa de Lourdes - Otaloaya - 2021"

b. Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación del aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSGRADO



- a) Presentación personal.
- b) Exposición: El problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis o trabajo de investigación **las observaciones** siguientes:

- Cruzar información con datos epidemiológicos de los Pigsas.....
- Mejorar sugerencias en participación comunitaria y población.....
- Poblaciones que ayudaría mejorar la salud pública de las poblaciones.....
- Actualizar Referencia Bibliográfica.....

Obteniendo en consecuencia el Maestría la **Nota** de... Buena..... ()

Equivalente a **APROBADO**....., por lo que se recomienda... levantar observaciones.....

(aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente **ACTA** en señal de conformidad, en Pucallpa, siendo las... 9:15... horas del... 13... de... Septiembre..... del 20... 24


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Nº V/0258-2024.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que el trabajo académico de investigación, titulado:

"ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA COMUNIDAD NATIVA SANTA ROSA DE LAULATE – ATALAYA - 2023"

Autor(es) : MONTOYA BOLIVAR, JUANA
Escuela : POSGRADO
Maestría : SALUD PÚBLICA
Asesor(a) : Dr. HERNANDEZ MENDOZA, VICTOR MISAEI

Presenta un porcentaje de similitud de 10%, verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO, De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica que todo trabajo de investigación no debe superar el 10%. En tal sentido, se declara, que el presente trabajo de investigación: **SI Contiene un porcentaje aceptable de similitud**, procediéndose a emitir la presente Constancia de Originalidad de Trabajo de Investigación (COTI) a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 05/06/2024



Mg. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, Juanita Montoya BolívarAutor de la tesis titulada: Estilos de vida Saludable y su relación con enfermedades prevalentes en la Comunidad Nativa Sta Rosa de PaucatoSustentada el año 13 Setiembre 2024Asesor(a): Dr. Víctor Micael Hernández Mendoza

Escuela de Posgrado

Maestría: Salud Pública

Mención:

Autorizo la publicación:

PARCIAL TOTAL De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 07/11/2024Email: Juanita Montoya Bolívar Firma: Juanita Montoya BolívarTeléfono: 980 864 089 DNI: 20071210

DEDICATORIA

A mi madre Marina Bolívar Vásquez. A mis amigos que desinteresadamente me apoyan constantemente y a mi amiga Berta Arévalo Muñoz.

AGRADECIMIENTO

A los comuneros de Santa Rosa de Laulate que participaron de manera voluntaria en este estudio.

Mi más sincero agradecimiento al Ginecólogo Juan José Pagan Atencia, por su valioso apoyo en la realización del estudio.

RESUMEN

El propósito fue, determinar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023. La metodología indica que el nivel fue descriptivo correlacional, transversal, prospectivo y diseño de investigación no experimental; la población se constituyó por 46 jefes de familia (población muestral) Ashánincas de la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate de Atalaya, para recolectar datos se utilizó la escala de estilo de vida y para las enfermedades prevalentes una ficha de recolección de datos. Las características sociodemográficas indicaron que, son adultos 50%, adultos mayores 26% y jóvenes el 24%, el sexo predominante femenino 72%. La escolaridad, 50% sin estudios, primaria incompleta 13%, primaria completa 13%, secundaria completa 13% y secundaria incompleta 11%; el estado civil, conviven 80% y viudos 20%; el trabajo indicó si 59% y no 41%; ocupación, su hogar 46%, campo (chacra) 52% e independiente 2%. La dimensión biológica presenta características saludables 67%, la dimensión psicológica indica no saludable 65% y la dimensión social no saludable 76%. Los estilos de vida indican saludables 74%, mientras que las enfermedades prevalentes están presentes en 43% de evaluados. Se concluye afirmando que los pobladores mantienen estilos de vida no saludables y presentan enfermedad prevalente en menos de un cuarto de los evaluados. Estadísticamente existe relación negativa pero significativa entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023 ($p = 0.050$; $r = -0.278$).

Palabras clave: Estilos de vida, enfermedades prevalentes, comunidad nativa.

ABSTRACT

The purpose was to determine the relationship between lifestyles and prevalent diseases in the native community of Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023. The methodology indicates that the level was descriptive, correlational, transversal, prospective and non-experimental research design; The population was made up of 46 heads of family (sample population) Ashánincas from the native community of Santa Rosa de Laulate de Atalaya, to collect data the lifestyle scale was used and for prevalent diseases a data collection form. The sociodemographic characteristics indicated that 50% are adults, 26% older adults and 24% young people, with the predominant sex being 72% female. Schooling, 50% without studies, incomplete primary 13%, complete primary 13%, complete secondary 13% and incomplete secondary 11%; marital status, 80% cohabiting and 20% widowed; the work indicated yes 59% and no 41%; occupation, their home 46%, countryside (farm) 52% and independent 2%. The biological dimension presents healthy characteristics 67%, the psychological dimension indicates unhealthy 65% and the social dimension indicates unhealthy 76%. Lifestyles indicate healthy 74%, while prevalent diseases are present in 43% of those evaluated. It is concluded by stating that the residents maintain unhealthy lifestyles and present a prevalent disease in less than a quarter of those evaluated. Statistically, there is a negative but significant relationship between lifestyles and prevalent diseases in the native community of Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023 ($p = 0.050$; $r = -0.278$).

Keywords: Lifestyles, prevalent diseases, native community.

INTRODUCCIÓN

A decir de la Organización de las Naciones Unidas, existen acerca de 476 millones de indígenas en todo el mundo, que viven en 90 países distintos. Representan 5.000 culturas diferentes, y una increíble proporción de las casi 7.000 lenguas distintas que se hablan en el mundo (1). Los pueblos indígenas tienen tasas más altas de salud precaria, discapacidad y calidad de vida reducida, con una esperanza de vida mucho menor en comparación con otros ciudadanos de los mismos países a nivel mundial. Su estado de salud se ve gravemente afectado por las condiciones de vida, el empleo y los niveles de ingresos, así como por el acceso a los alimentos, el agua y los servicios de saneamiento. El aislamiento geográfico, la pobreza, la discriminación y la falta de comprensión cultural contribuyen además a crear importantes barreras estructurales que dificultan el acceso de las poblaciones indígenas a la asistencia médica (1).

La OPS prioriza la etnicidad como un tema transversal para toda la Organización, esencial para la equidad en salud, anclado en un enfoque basado en los derechos humanos. En 2017, los Estados Miembros de la OPS aprobaron por unanimidad la primera Política sobre Etnicidad y Salud, que subraya la necesidad de un enfoque intercultural basado en la equidad para mejorar los resultados sanitarios y avanzar hacia la salud universal (2).

En la comunidad nativa de Santa Rosa de Laulate, ubicada en la región de Atalaya, es importante promover estilos de vida saludables que contribuyan a prevenir enfermedades prevalentes en la comunidad. Un estilo de vida saludable se basa en adoptar hábitos y actividades que promuevan el bienestar físico, mental y social de las personas comprendiendo y respetando sus costumbres. Es fundamental fomentar la actividad física regular, una alimentación balanceada

y el cuidado de la salud emocional. Estos aspectos están estrechamente relacionados con la prevención de diversas enfermedades que afectan a la población.

Una de las enfermedades más prevalentes en la comunidad es la diabetes. Adoptar un estilo de vida saludable que incluya una dieta rica en frutas, verduras y alimentos bajos en grasas saturadas puede ayudar a controlar los niveles de azúcar en la sangre y prevenir complicaciones asociadas con esta enfermedad.

Otra enfermedad común en la comunidad es la hipertensión arterial. La práctica regular de ejercicio físico, como caminar o realizar actividades recreativas, contribuye a reducir la presión arterial y mejorar la salud cardiovascular en general.

Además de estas enfermedades, es fundamental abordar también aspectos relacionados con la salud mental y emocional. El estrés y la ansiedad son problemas frecuentes en la comunidad, y pueden tener un impacto negativo en la salud física. Promover actividades de relajación y ofrecer espacios de apoyo emocional puede ser de gran ayuda para prevenir y tratar estas condiciones.

Promover estilos de vida saludables en la comunidad nativa de Santa Rosa de Laulate es fundamental para prevenir enfermedades prevalentes. La adopción de una alimentación balanceada, la práctica regular de ejercicio físico y el cuidado de la salud emocional son aspectos clave para mejorar la calidad de vida de las personas y reducir el riesgo de enfermedades. Como asistente, estoy aquí para brindar información y apoyo en este proceso.

El estudio se orientó en un, de nivel descriptivo correlacional, transversal, prospectivo y diseño de investigación no experimental; la población se constituyó por 46 familias y 160 comuneros (población muestral) Ashánincas de la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate de Atalaya, para la recolección de

datos se utilizó la escala de estilo de vida y para recopilar los datos de enfermedades prevalentes se realizó a través de una ficha de recolección . Desde el punto de vista estructural el estudio consta de los siguientes capítulos: Capítulo I el problema de investigación, capítulo II marco teórico, capítulo III marco metodológico, capítulo IV resultados, capítulo V discusión de los resultados, conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

ÍNDICE GENERAL

	Pg.
DEDICATORIA.....	6
AGRADECIMIENTO.....	7
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
ÍNDICE GENERAL.....	13
CAPÍTULO I.....	12
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1. Descripción del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	15
1.3. Objetivo General y objetivos específicos.....	16
1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis.....	17
1.5. Variables.....	18
1.6. Justificación e importancia.....	20
1.7. Viabilidad.....	21
1.8. Limitaciones.....	22
CAPÍTULO II.....	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	23
2.2. Bases teóricas.....	35

2.3.	Definiciones conceptuales.....	61
2.4.	Bases epistémicos.	63
2.5.	Bases antropológicas.....	67
CAPÍTULO III.....		72
MARCO METODOLÓGICO		72
3.1.	Tipo de investigación.	72
3.2.	Diseño y esquema de la investigación.	72
3.3.	Población y muestra.....	73
3.4.	Instrumentos de recolección de datos.....	73
3.5.	Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	74
CAPÍTULO IV		77
RESULTADOS		77
CAPÍTULO V		84
DISCUSIÓN DE RESULTADOS		84
CONCLUSIONES.....		87
SUGERENCIAS		88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		89
ANEXOS		101

INDICE DE TABLAS

	Pg.
Tabla 1. Cuadro de Operacionalización de variables	19
Tabla 2. Características sociodemográficas de los moradores en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023	77
Tabla 3. Relación entre la dimensión biológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.....	78
Tabla 4. Relación de la dimensión psicológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.....	79
Tabla 5. Relación de la dimensión social con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.....	80
Tabla 6. Relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023.....	82
Tabla 7. Enfermedades prevalentes y el sexo en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023.....	83

CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema.

La salud de las personas, se relaciona con el estilo de vida, porque el estilo de vida que propende la salud obra en pro del bienestar humano y los estilos de vidas no saludables están ligados a factores de riesgo posibles y eso va hacer que las enfermedades estén presentes. La mayoría tiene esenciales los estilos de vida; alimentación apropiada, promoción de la actividad física, control del tabaco y otras adicciones; ambientes saludables en viviendas y trabajo; conducta sexual, salud mental. Los factores de riesgo pueden estar presentes sin manifestaciones clínicas, lo que hace imprescindible la detección oportuna y prevención con programas adecuados encaminados a disminuir su frecuencia e impacto en el estilo de vida. (3). Rojas y Zubizarreta definen los estilos de vida como: “Un conjunto de actividades, comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales o personales, la interacción social, las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona” (4).

A menudo se habla de estilos de vida para referirse a aquellos patrones de comportamiento, tales como la actividad física o los hábitos alimenticios. Los estilos de vida en los que nos centraremos serán; los inadecuados hábitos alimentarios, la falta de actividad física, el consumo

de tabaco. Otros estilos de vida que han sido objeto de estos estudios de los cuales también se preocupan los programas de promoción de la salud o dirección y prevención de enfermedades; el descanso, ocio y el sueño, la higiene, la educación sexual y la planificación familiar, el consumo de alcohol y otras drogas, la automedicación, revisiones sanitarias, seguimientos y cumplimiento de la prescripciones médicas o prácticas de seguridad y protección. Las prácticas de salud y/o riesgo no son comportamientos aislados ni esporádicos, sino diversas formas de conducta más o menos organizada y compleja (5). Nuestro país, nuestra geografía, es diferente con muchos niveles de altitud y muchos grupos lingüísticos, tradiciones laborales, tradiciones culinarias, educación y cultura; Factores como factores de riesgo, cambios biológicos y genéticos, factores sociales y culturales y crecimiento poblacional (6). Factores de riesgo como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el alto consumo de grasas saturadas y la mala alimentación caracterizada por alimentos ricos en energía contribuyen al aumento del sobrepeso y la obesidad, y al agravamiento de enfermedades de salud junto con el sedentarismo.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año. Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años (7).

Las estimaciones indican que un grupo de enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/sida, virus linfotrópico de células T humano tipo 1 y 2 (HTLV1/2) la tuberculosis, la malaria, leishmaniasis, dengue y las enfermedades infecciosas desatendidas, representaron el 6% de la carga total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en todos los grupos etarios y en ambos sexos en la Región de las Américas en el 2017. Ese mismo grupo de enfermedades provocaron 7% de la mortalidad total. Si se incluye la cirrosis relacionada con las hepatitis virales y el cáncer hepático relacionados con la hepatitis y el cáncer cervicouterino, la carga de enfermedad aumenta al 9% del total de defunciones, cabe resaltar que en la actualidad el COVID 19 ha cobrado vidas en nuestra región agravando más la salud de las poblaciones rurales e indígenas. Además de los costos económicos, las enfermedades transmisibles imponen costos sociales intangibles a las personas, las familias y las comunidades. En síntesis, la carga que generan estas enfermedades, con sus costos económicos, sociales y de salud, impide que se alcance la salud plena y destaca la necesidad de redoblar los esfuerzos de eliminación de las enfermedades en la Región (8).

A decir de Grimaldo MP., es importante considerar que los estilos de vida, así como también aquellos procesos sociales, tradiciones, hábitos, las conductas, los comportamientos individuales y grupales en la población conllevan a la generación de la satisfacción de aquellas necesidades humanas con la finalidad de lograr el bienestar y la mejora en las condiciones de vida. Los estilos de vida están determinados por aquellos factores de riesgo y también de los factores que protegen el bienestar, los cuales son procesos dinámicos que requiere del componente social. La

mejor estrategia en el desarrollo de los estilos de vida saludables corresponde al compromiso individual, colectivo, y el logro de la satisfacción de aquellas necesidades fundamentales y también en la mejora de la calidad de vida (9).

La comunidad nativa Santa Rosa de Laulate de la Provincia de Atalaya, tiene una población de 40 familias y 160 comuneros entre niños, adolescentes y adultos, de quienes no se conocen sus estilos de vida ni qué enfermedades padecen, y siendo estas enfermedades causa de la mayor morbilidad en este grupo etario, es necesario conocer qué estilos de vida tienen y qué enfermedades crónicas padecen, el establecimiento de salud más cercano está ubicado a 7 kilómetros de la referida comunidad, siendo el Centro de salud de Atalaya quien atiende las enfermedades y emergencia derivados por el personal de salud que acude a la comunidad con una frecuencia de 2 veces por semana. Frente a la problemática planteada se formula la siguiente pregunta:

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general.

- ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023?

1.2.2. Problemas específicos.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los moradores en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023?

- ¿Cómo se relaciona la dimensión biológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión psicológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023?
- ¿Cómo se relaciona la dimensión social con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023?

1.3. Objetivo General y objetivos específicos.

1.3.1. Objetivo general.

- Determinar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

1.3.2. Objetivos específicos.

- Conocer las características sociodemográficas de los moradores en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023
- Estimar la relación entre la dimensión biológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023
- Establecer cómo se relaciona la dimensión psicológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

- Determinar cómo se relaciona la dimensión social con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

1.4. Hipótesis y/o sistema de hipótesis.

1.4.1. Hipótesis general

Hi : Existe correlación significativa entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Ho : No existe correlación significativa entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

1.4.1. Hipótesis específicas

Hi1 : Existe correlación significativa entre dimensión biológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Ho1 : No existe correlación significativa entre dimensión biológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Hi2 : Existe correlación significativa entre dimensión psicológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Ho3 : No existe correlación significativa entre dimensión social y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Ho3 : No existe correlación significativa entre dimensión social y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

1.5. Variables.

1.5.1. **Variable independiente** : Estilo de vida

Dimensiones: Biológica, psicológica y social

1.5.2. **Variable dependiente** : Enfermedades prevalentes

Dimensiones: Enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónico degenerativas.

1.5.3. **Variable interviniente** : Características sociodemográficas

Dimensiones: Sociales y demográficas

1.5.4. Operacionalización de variables.

Tabla 1. Cuadro de Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Valor final	
V.I Estilo de vida	Son aquellos estilos de vida asimilados y socializados grupalmente y transferida a través de las generaciones, lo cual influye en el pensamiento y acciones, que se reflejan en la salud personal.	Son un conjunto de patrones de comportamientos identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada por aspectos biológicos, psicológicos y sociales.	Biológico	-Alimentación y dieta -Actividad física -Descanso y sueño	Ordinal	Estilos de vida saludables: 30-59 puntos. Estilos de vida no saludables: 0-29 puntos.	
			Psicológico	-Manejo del estrés -Estado emocional	Ordinal		
			Social	-Recreación -Consumo de sustancias nocivas -Responsabilidad en salud	Ordinal		
V.D Enfermedades prevalentes	Se conocen como enfermedades prevalentes a un conjunto de enfermedades, la mayoría de ellas leves, muy habituales y típicas	Son las enfermedades que se producen por factores infectocontagiosos o crónico degenerativas	Enfermedades transmisibles (infectocontagiosas)	-EDA -IRAS -Dengue -COVID	-Parasitosis -Hepatitis - Venéreas -Otros	Ordinal	Si: 1 punto por cada enfermedad
			Enfermedades o transmisibles (crónico degenerativas)	-Obesidad -Diabetes -Dislipidemia -Hipertensión	-Artritis -Cáncer -Cardiopatías -Otros	Ordinal	No: 0 punto por cada enfermedad
Características sociodemográficas	Conjunto de singularidades establecidos por las particularidades en aspectos sociales y demográficos.	Características propias de cada ser humano	Sociales	Escolaridad Estado civil Ocupación	Ordinal		

1.6. Justificación e importancia.

La ausencia de prevención y promoción de la salud en las poblaciones dispersas y poco contactadas, hace difícil poder establecer un aumento en la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónico degenerativas, por lo anterior, es necesario establecer como proceso prioritario determinar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023, orientada a identificar y exponer el problema de salud pública causado, entre otras cosas, por diferentes situaciones acorde con las necesidades de prevención, promoción y atención de los habitantes de la comunidad referida.

En este trabajo se pretende exponer los estilos de vida saludable y enfermedades prevalentes, con ello servir como sustento en la toma decisiones para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades transmisibles y no transmisibles, identificando aquellos estilos de vida que pudieran interferir con la salud de los moradores o comuneros de la zona de estudio.

Los factores de riesgo modificables y vulnerables a estrategias de intervención, que intercepten la historia natural de la enfermedad ya sea evitándola o en caso de ya padecerla, lograr intervenir en etapas tempranas, en las cuales el daño se está recién iniciando y puede ser aún reversible. En estos grupos una oportuna y eficiente intervención retardaría el curso inexorable de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El impacto teórico, permitirá ampliar el campo de conocimiento respecto a las variables de estudio, y ahondar sobre medidas de promoción y prevención destinadas a este grupo poblacional. Además, permitirá

determinar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la referida comunidad, para verificar o rechazar las teorías que sustentan una relación; así mismo, servirá como antecedente para futuras investigaciones respecto a estos temas.

El impacto práctico, considerando los objetivos propuestos en el proyecto de investigación, beneficiaran a los comuneros de Santa Rosa de Laulate, puesto que al conocerse la situación actual de los estilos de vida que practican y las enfermedades prevalentes presentes en su comunidad; los establecimientos de salud de la jurisdicción y en especial la Dirección Regional de Salud de Ucayali, podrán fortalecer la carencia de datos, para implementar acciones o actividades que fortalezcan acciones destinadas a disminuir los factores de riesgo o derivarlos para una atención especializada.

1.7. Viabilidad.

- La pandemia no generó dificultad en la ejecución de proceso de recolección de datos, por lo cual no se pudo realizar de una manera adecuada y eficiente por la limitación a la accesibilidad al lugar de recolección de datos.
- El estudio determinó, la correlación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate, motivo por el cual solamente servirá como parámetro de dicha jurisdicción.
- Los acercamientos previos han facilitado comprender la cosmovisión de los moradores de la zona de intervención, esto es indicativo de que hay un acercamiento con los comuneros lo que facilitó la intervención.

- Considero que el estudio fue viable porque existieron las condiciones necesarias para el desarrollo del mismo.

1.8. Limitaciones

El idioma es un limitante la cual será superada con la ayuda de un intérprete de la zona, después de esa limitante no existe alguna otra que interfiera en la recolección de datos.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Galo M., cuyo objetivo investigativo fue, Caracterizar los estilos de vida en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que acuden al “Centro Médico el Porvenir” Municipio de El Porvenir, Francisco Morazán, Honduras; 2018-2020. El estudio fue realizado en el Centro Médico El Porvenir, Municipio del Porvenir, Francisco Morazán a los 48 pacientes, en la búsqueda de variables de estilos de vida y diagnosticados con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, por lo que se utilizó un cuestionario para la recolección de la información, que refleja las características sociodemográficas, antecedentes patológicos, actividad física y consumo de alimentos de los pacientes con estas enfermedades, la recolección, tabulación y análisis de la información fue realizada por la investigadora en el mes de Enero 2020. Los resultados evidencian que los 48 pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, se demostraron que el 58.3% padecen síndrome metabólico, también se evidenció que el 70.8% de los mismos solo realizan actividades de tipo laboral durante la semana y sus hábitos alimenticios son poco saludables al consumir alimentos con alto contenido calórico y porciones grandes de alimentos. Concluye afirmando que la mayoría de los pacientes son sedentarios, tienen

prácticas alimentarias poco saludables, teniendo un riesgo elevado de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (10).

Soriano A., en su estudio cuyo objetivo fue determinar el estilo de vida y enfermedades crónicas en personal de enfermería del Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña, San Salvador, El Salvador. Enero 2019. La metodología describe que el estudio fue realizado en el Hospital Saldaña, de los Planes de Renderos del Municipio de San Salvador, El Salvador a 106 recursos de enfermería, en la búsqueda de variables estilo de vida y enfermedades crónicas, por lo que utilizó un cuestionario para recolección de la información, que refleja característica sociodemográficas, antecedentes patológico, prácticas física y alimentarias del personal de enfermería dicha recolección, tabulación y análisis de la información fue realizada por investigadora en el mes de Enero 2019. Los resultados indican que de los 106 recursos de enfermería se demostró que 60% de los profesionales padecen una o dos enfermedades crónicas no trasmisibles y que el 40% restante tiene un riesgo elevado del desarrollo, además se evidenció que el 55% del mismo solo realiza actividades de tipo laboral durante la semana y que sus hábitos alimenticios poco saludables a pesar refirieron consumir raciones adecuadas de su dieta diaria. Concluye afirmando que la mayoría el personal de enfermería es sedentario, con prácticas alimentarias poco saludables y con riesgo elevado de padecer una o más enfermedades crónicas no transmisibles (11).

Rodríguez P., Pérez J., García E., Meseguer M., Salmerón R., Tárraga P., en su estudio menciona que el objetivo de la investigación

se ha centrado en evaluar el nivel del estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de las ciudades españolas de Albacete y Murcia 2022, y analizar las diferencias existentes en función del sexo y la edad. La metodología indica que sobre una muestra de 788 sujetos de edades comprendidas entre los 22 y 72 años de edad se aplicó la Escala de Valoración del Estilo de Vida Saludable Adquirido, formada por 52 ítems y estructurada en 7 dimensiones que explicaron una varianza total de 66,87% y un alfa de Cronbach de 0,894. Los resultados evidencian que el 12% de los adultos encuestados tenía un estilo de vida saludable, el 53% tendente hacia la salud y el 35% nada o poco saludable. Las pruebas de χ^2 de Pearson y análisis de residuos muestran una asociación positiva y significativa de las mujeres a la salud y una tendencia a la mejora significativa del estilo de vida con el transcurso de la edad. Los datos inferenciales (pruebas t de Student y ANOVA de un factor) confirman estas diferencias en función del sexo y la edad. Concluyen afirmando que es necesario promover programas preventivos para mejorar la salud en los hábitos de la población, sobre todo en el 35% que posee un nivel poco o nada saludable en su estilo de vida (12).

García-García J., Garza-Sánchez R. y Cabello-Garza M., este estudio analizó las dimensiones relacionadas con el estilo de vida saludable y su relación con variables demográficas durante el confinamiento por COVID-19 en personas en México. Se utilizó un diseño cuantitativo con alcances descriptivos y comparativos, en el que participaron 313 personas de 18 a 63 años, residentes en México, seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. Se aplicó un instrumento con un apartado de datos demográficos y el Cuestionario

del Perfil de Estilos de Vida, Promotor de la Salud II (PEPS II) que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.934. Se encontraron diferencias significativas entre las variables demográficas de género, consumo alcohol y cigarro, así como un perfil de estilo de vida promotor de salud. Se observaron puntuaciones bajas en la dimensión de actividad física y estrés en las mujeres, mientras que en los hombres en la dimensión de responsabilidad en salud y el manejo del estrés. Las dimensiones de actividad física y estrés fueron las más afectadas en el estudio, evidenciando las áreas menos significativas para los mexicanos. A partir de los resultados se propone un modelo de intervención psicosocial que promueva un cambio de actitud hacia estilos de vida más saludables. Concluye proponiendo la necesidad de fortalecer las medidas emergentes con programas prioritarios en materia de salud, que impacten en la prevención y promoción de estilos de vida saludable con la finalidad de preservar la vida y mejorar la capacidad operativa de las instituciones de salud en los sectores más desprotegidos (13).

Cruz-León A., Morales-Ramón F., Arriaga-Zamora R., Núñez-Ramón M., Acopa-Álvarez J., De la Cruz-García C., en su estudio cuyo propósito fue determinar las conductas de estilo de vida relacionados con la salud como el consumo de cigarrillos, alcohol y drogas, hábitos alimentarios, forma física, control del estrés y seguridad que realizan los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. La metodología indica que es un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal en una muestra de 666 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería seleccionados por muestreo no probabilístico. Los resultados revelan que predominó el

género femenino con 83%, el 62.8% presenta un buen estilo de vida, seguido del 30.3% que tiene un excelente estilo de vida; el 79.1% corresponde a los estudiantes que no fuman y el 37.8% de los estudiantes tiene una buena alimentación. Los estudiantes calificaron su forma física como regular en el 41% de los casos, seguida de mala con el 34.5%. En cuanto a la práctica de control del estrés calificaron como buena con un 50.8% y excelente con 26.1%. Concluyen refiriendo que los estudiantes de Enfermería tienen un nivel de estilo de vida bueno relacionado con la salud, los más practicados corresponden a las dimensiones de consumo de alcohol, hábitos alimentarios, control de estrés y seguridad. Es importante considerar la dimensión relacionada con la forma física (práctica de ejercicio físico), ya que se practica ocasionalmente, lo que demuestra que los estudiantes llevan un estilo de vida sedentario (14).

París O. y Cárdenas L., En su estudio cuyo objetivo fue, examinar los factores de riesgo modificables de enfermedades prevalentes de la infancia en los hogares comunitarios tradicionales del bienestar en Cúcuta, Colombia. La metodología sugiere ser un estudio observacional, descriptivo, transversal en el 2018, en 23 hogares del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar en Cúcuta; la información se recolectó a partir del instrumento de identificación de factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia previo prueba inicial. Los resultados señalan que se atendieron 276 menores, 56,8 % niños. Se identificaron factores de riesgo modificables en los hogares, en 22,0 % de estos, los infantes deben mejorar el lavado de manos; con un porcentaje similar, se demostró que se debe insistir en la limpieza del

material didáctico, juguetes, ventiladores y cortinas; en 17,3 % se observaron condiciones regulares en cuanto a la infraestructura; además, 20,0 % de los menores compartían alimentos, se presentó asistencia de infantes con enfermedades en curso y ausencia de protocolos de atención a seguir en tales casos, entre otros. Concluyen afirmando que los factores de riesgo pueden ser intervenidos a través de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia desde sus componentes clínico, comunitario y organización local para su prevención, con el interés y comprensión de la responsabilidad compartida para la atención de esta problemática en salud (15).

Tovar B., cuyo propósito investigativo fue, interpretar la relación de los estilos de vida con la obesidad y la diabetes desde la percepción y experiencias vividas por población indígena y no-indígena en una zona urbana de Nuevo León. Se realizó un estudio mixto; cuantitativo transversal descriptivo por censo (n=379) y cualitativo con un enfoque fenomenológico (12 entrevistas) a jefas de familia del municipio de Juárez, N.L., durante el periodo de junio a noviembre del 2017. El estudio permitió conocer las prevalencias de obesidad y diabetes, así como la identificación de los estilos de vida una comunidad alta marginación. Además, se realizaron comparaciones entre la población indígena y no indígena. Se encontró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 80.6% (33.2% y 46.7% respectivamente), 21.4% de diabetes y un estilo de vida "bueno" (63.6%) en la comunidad. No se encontró diferencia significativa ($p > 0.05$) entre las prevalencias de obesidad (40.7% vs 48.1%) y diabetes (16.4% vs 15.1%) en la población

indígena y no-indígena. Concluye afirmando que, la percepción que las entrevistadas tienen sobre la obesidad y diabetes está relacionada con la alimentación, influenciado por cuestiones emocionales, económicas y familiares, por lo tanto, persisten los estilos de vida no saludables, además de una subestimación hacia estos problemas de salud (16).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Canales N., refiere que esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la autoestima, estilo de vida y espiritualidad-religiosidad de los estudiantes de maestría en educación en una universidad privada, Lima 2020. Es una investigación de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, de diseño no experimental correlacional. La población estuvo conformada por los estudiantes de maestría en educación en una universidad privada, Lima 2020. La muestra se obtuvo de 96 estudiantes de maestría en educación a quienes se les aplicó tres instrumentos; uno denominado Escala de Autoestima de Rosenberg, otro para medir la variable estilo de vida y uno para medir la variable espiritualidad-religiosidad. La presente investigación reveló: que existe una relación inversa entre la autoestima y el estilo de vida, con una correlación negativa baja, concluyendo que la relación es no significativa. Existe una relación directa entre autoestima y espiritualidad-religiosidad con una correlación positiva baja, se concluye que la relación entre la autoestima y el estilo de vida es significativa en los estudiantes. Existe una relación directa entre estilo de vida y espiritualidad-religiosidad con una correlación positiva baja significativa de los estudiantes de maestría en educación en una universidad privada, Lima 2020 (17).

Palacios E., el objetivo del estudio fue determinar la relación entre los factores de riesgo para Diabetes Mellitus tipo II y los estilos de vida en pacientes que asisten al Centro de Salud Bellavista durante el 2019. El diseño de investigación fue de tipo correlacional transversal , ya que se trabajó en un solo grupo, en el que se investiga la relación entre los factores de riesgo para Diabetes Mellitus tipo II y los estilos de vida en pacientes que asistieron al Centro de Salud Bellavista durante el 2019. Los resultados evidencian que el ciclo de vida en este grupo estudiado con 50% es el grupo adulto, que el mayor porcentaje del grupo estudiado pertenece al sexo femenino en un porcentaje de 67.8%, que el mayor porcentaje se encuentra entre secundaria incompleta con 45 personas, en cuanto a los factores de Riesgo estudiados podemos observar que el IMC mayor de 25 representa el mayor porcentaje: Obesidad con 49.2% y sobrepeso con 35.6%; lo que significa que el 84.8% de los pacientes diabéticos estudiados tienen este factor de riesgo presente. En cuanto a estilos de vida hemos encontrado que 61 pacientes que representan el 51.7% tienen estilos de vida inadecuados (Es la suma de estilo de vida Bajo y estilo de vida en zona de peligro) y 48.3% que son 57 pacientes estilos de vida adecuados (Es la suma de los estilos de vida calificados como Fantástico, buen trabajo y estilo de vida adecuado); Se concluyó que existe relación entre el estilo de vida categorizado como bajo y en zona de peligro con factores de riesgo como IMC mayor de 25 (Sobrepeso y obesidad). Por consiguiente se acepta la hipótesis que dice que existe relación entre el estilo de vida que tiene un paciente diabético y factores de riesgo (18).

Prado D., estudio que analizó la situación de salud de los pobladores del paradero 6½ del Asentamiento Humano Nueva Esperanza del distrito de Villa María del Triunfo, diciembre 2018. Metodología: Es de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo y diseño no experimental. La población estuvo conformada por 14 familias que conformaron un total de 71 personas; se utilizó como instrumento un cuestionario validado y confiable que consta de 7 preguntas empleado para medir la situación de salud de la población. Resultados: De las 71 personas que participaron en el estudio, 44 (61,97%) no presentaron enfermedad, 8 (11,27%) presentaron IRAS, 8 (11,27%) presentaron EDAS, 7 (9,86%) presentaron Hipertensión, mientras que el número de casos de pobladores que presentaron TBC, Hepatitis, Diabetes, Cáncer fueron un solo caso en cada enfermedad. Conclusiones: La mayoría de los pobladores no presentan ninguna enfermedad, sin embargo, se han reportado casos de pobladores con enfermedades prevalentes como IRAs, EDAs e HTA e igualmente, se encontró un gran porcentaje de menores de edad sin vacuna alguna; por lo tanto, la mayoría de familias presenta una pérdida tangible de 3 integrantes en su familia en los últimos años (19).

Ventura A. y Zevallos A., refieren que su objetivo principal fue determinar los estilos de vida de las personas mayores que asisten a los círculos del adulto mayor de los establecimientos de primer nivel de atención del distrito de Lambayeque respecto a alimentación, actividad física, descanso y sueño. Estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Participaron 100 personas adultas mayores; para selección se utilizó muestreo aleatorio simple; se aplicó el cuestionario

“Estilos de vida en alimentación, actividad física, descanso y sueño”; instrumento fue validado por juicio de expertos. Los resultados indican que 82% tienen estilos de vida saludable, con respecto a alimentación 99%; en relación a actividad física 49% y 71% en descanso y sueño. Se concluye que los adultos mayores tienen hábitos saludables en alimentación con respecto a número de comidas, consumo de frutas, ingesta de lácteos y menestras; respecto actividad física no es común la realización de ejercicios semanales, ni la participación en actividades recreativas; para descansar y dormir se concentran en pensamientos agradables, además se sienten satisfechos con la vida y duermen entre 5 a 6 horas (20).

Vicente P., en su estudio cuyo objetivo fue determinar la influencia del estilo de vida en la calidad de vida relacionada con la salud, en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Tacna. La metodología señala que se realizó un estudio observacional, prospectivo y transversal en el año 2007, en el que participaron 200 estudiantes, hombres y mujeres entre los 17 y 44 años de edad provenientes de una universidad privada. Se midieron el estilo de vida y la calidad de vida relacionada con la salud, a partir de dos cuestionarios de autorreporte: el test de estilo de vida de Lange y el SF 36 respectivamente. Los resultados muestran que el estilo de vida de los estudiantes se caracteriza principalmente por ser adecuado (73 de 200), de los que el 44,07% están en segundo año; son de sexo femenino (37,40%), tienen edades entre 21 a 25 años (42,25%), pertenecen al nivel socioeconómico inferior (48,15%) y viven con otros familiares que no son sus padres (41,67%). La calidad de vida relacionada con la salud de los

estudiantes se caracteriza principalmente por ser buena (102 de 200), de los que el 35,29% están en segundo año; son de sexo femenino (56,49%), tienen edades entre 21 a 25 años (50,70%), pertenecen al nivel socioeconómico bajo inferior (51,85 %). Concluye afirmando que encontró que el estilo de vida influye en la calidad de vida relacionada con la salud de los universitarios (21).

Lipa L., teniendo como objetivo determinar la relación entre estilos de vida, estrés y el rendimiento académico de los adolescentes. La investigación fue de tipo transversal, prospectivo y analítico. La población estudiada estuvo constituida por 1070 estudiantes y la muestra de 286 estudiantes. Para los estilos de vida se aplicó el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender y el cuestionario de estrés académico de Arturo Barraza Macías. Así mismo del rendimiento académico se evaluó según las fichas de registro de notas del año. Para los resultados se trabajó con el SPSS versión 22.0, la ji cuadrada con el nivel de significancia del 5% y coeficiente de contingencia. Los resultados prevalecen que el nivel de estilos de vida fue: El 82% de estudiantes un estilo de vida moderadamente saludable, 13% un nivel de estilo de vida no saludable y el 6% un nivel de estilo de vida saludable. Respecto al nivel de estrés fue: el 52% de estudiantes un nivel de estrés bajo, el 48% un nivel de estrés medio y 0% nivel de estrés alto. Finalmente, el rendimiento académico fue: El 55% de estudiantes un rendimiento académico bueno, 45% un rendimiento académico regular y 0% un rendimiento académico deficiente y muy bueno. Para la prueba de hipótesis se aplicó diseño estadístico de ji cuadrada con el nivel de confianza de 95%. Concluye afirmando que

entre los estilos de vida y estrés no existe relación en el rendimiento académico, sin embargo, el coeficiente de contingencia según Elorza; existe una correlación positiva muy débil del rendimiento académico y el nivel de estilos de vida; respecto al rendimiento académico y el nivel de estrés existe una correlación negativa muy débil (22).

2.1.3. Antecedentes locales.

Cotrina L. y Quío A., el propósito fue conocer el estilo de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud San Fernando, Pucallpa – 2020. El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, se utilizó un diseño descriptivo simple, de corte transversal y observacional. La población estuvo conformada por 150 adultos mayores de ambos sexos. La técnica fue la encuesta y la observación. Como instrumento se utilizó un cuestionario. La información se procesó en el programa estadístico SPSS versión 25. Resultados: El 50,3% tuvo de 60 a 69 años, el 53,3% fue de sexo masculino, el 48% fueron casados y el 84% no trabajan. En la dimensión biológica respecto a alimentación/nutrición y descanso/sueño, presentaron un estilo de vida saludable el 82,7% y 84,7% respectivamente. En cuanto a la dimensión social el 84,7% mantiene armonía con familia/amigos y el 57,3% realiza actividad/ejercicio, por tanto, la mayoría mantienen un estilo de vida saludable. Respecto a la dimensión psicológica, el 64% y el 50% tienen un estilo de vida no saludable tanto al manejo del estrés y al estado emocional. Se concluye que la mayoría de los adultos mayores encuestados tienen un estilo de vida saludable en la dimensión biológica y dimensión social lo cual es favorable para su salud, y contrariamente

en la dimensión psicológica se evidencia un inadecuado manejo del estrés y estado emocional que perjudican la salud del adulto mayor (23).

2.2. Bases teóricas.

2.2.1. Estilo de vida

Giraldo indica que los estilos de vida, son el conjunto de decisiones que cada persona acepta sobre su salud y las puede controlar. Las decisiones adecuadas y las prácticas personales saludables definitivamente van a favorecer su salud (24).

El concepto de estilo de vida se utiliza para referir la forma particular de vivir resultante de la interacción entre condiciones de vida, en un sentido muy amplio, y las maneras individuales de actuar, determinadas por factores sociales, culturales y personales. Madeleine Leininger, impulsora del modelo enfermero trans – cultural, habla de estilos de vida a propósito de la definición de cultura; la define como: Conjunto de las actitudes, creencia y estilos de vida aprendidos y compartidos por un grupo y que se transmiten de generación en generación y que actúan determinando cómo las personas piensan y actúan, algo que es perceptible en la salud de las personas (25).

El estilo de vida se conforma por el conjunto de actitudes y comportamientos que las personas toman y perpetúan en forma particular o en común para satisfacer sus necesidades, pasar a ser personas y alcanzar el tan anhelado desarrollo como personas (26).

Referirse al estilo de vida es la representación o estilo que permite comprender la vida considerando costumbres, tradiciones o hábitos individuales, como colectivas que permite la construcción de conductas

habituales como puede ser ocupación de tiempo libre, alimentación, hábitos que mejoran la higiene, vivienda, urbanismo, objetos, posesión bienes, considerando también la interacción interpersonal y con el medio ambiente (27).

A. Tipos de estilos de vida

Según Aguilar G. (28), quien refiere en su estudio que existen dos tipos de estilos de vida, los cuales son:

a) Estilo de vida saludable:

Determinados como conocimientos sociales, tradiciones, costumbres y conductas de las personas y grupos poblacionales que guían la satisfacción de necesidades básicas del ser humano: De acuerdo con Virginia Henderson: Respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, descanso, vestirse, temperatura, limpieza y peligros, comunicación, creencias, trabajo, recreo y aprendizaje, con el objetivo de alcanzar el bienestar físico, social y espiritual del individuo (28).

Al asumir responsablemente Estilos de vida saludables se previenen desórdenes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano (28). Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludable son,

- Sentido de vida, propósitos de la vida y plan de acción, lo cual ayudara a fijarse metas en la vida.
- Autoestima, el sentido de pertenencia y la entidad, lo que permite no caer en depresión

- Dar y ofrecer afecto, mantener la integración (social y familiar), para tener y brindar un ambiente armonioso en el ámbito familiar y social.
- Mantener el autocuidado, permitiendo sentirnos útiles con uno mismo y con los demás.
- Mantenimiento de la salud y control de factores de riesgo (obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, el estrés y enfermedades como la hipertensión y la diabetes).
- Uso adecuado del tiempo libre y el ocio, conservarse activo, ayuda a sentir el bienestar, el disfrutar del descanso al finalizar el cumplimiento de las metas del día, nos hará sentir una satisfacción más gratificante.
- Adecuada relación y comunicación a nivel familiar y social, relacionarse con los seres queridos más íntimos, la familia y con otras personas en su ambiente favorece el aspecto humano social anulando la soledad.
- Acceso a programas de bienestar, de atención en salud, de educación, de actividades culturales, lúdicas, etc. Con lo que se asegura, la relajación y con ello también, el contacto social al igual que el aprendizaje de nuevas cosas.
- Procurar llevar un ritmo de vida poco productor de frustraciones o de emociones negativas (saber controlar, evitar las situaciones de riesgo para el estrés).

- Someterse a las revisiones médicas cada cierto espacio de tiempo, esto permite tener un mejor seguimiento del estado de salud (28).

b) Estilo de vida no saludable:

Son aquellas conductas y prácticas que adoptan los individuos, que afectan su salud y la mejora en su calidad de vida y/o estilo de vida. Es el estilo de vida no saludable conlleva a que la persona sufra el deterioro funcional en lo biológico, psicológico y social (3) (28). Entre estos tenemos:

- Inadecuada alimentación, conlleva al deterioro mental y corporal.
- Inadecuada higiene, afecta la salud y las relaciones sociales.
- Afectaciones del sueño, genera alteraciones nerviosas y afecta el desarrollo de actividades diarias.
- Baja actividad física, hace que la salud se deteriore y así también hace a la persona propensa al cansancio continuo, no pudiendo desarrollar actividades de su vida diaria (28).

B. Dimensiones del estilo de vida

Según Aguilar G. (28), refiere que los estilos de vida presentan 3 dimensiones: biológica, regida por las necesidades básicas; la psicológica, regida por las emociones y el intelecto y la social, regida por las relaciones interpersonales (3).

2.2.1.1. Dimensión Biológica

Las personas desarrollan su vida en consideración a las necesidades básicas como alimentarse, realizar actividad física, procurar un descanso y sueño adecuado (29) (30).

A. Alimentación y dieta

Existe mucha complejidad en la conducta alimentaria y esto se deriva gracias a una serie de eventos influenciados desde la compra de alimentos, la preparación y también el consumo. Esto está determinado por factores individuales y medio ambientales, así es característico que debido a las diferentes actividades que una persona realiza, omite alguna comida, muchas veces el desayuno, es reemplazado por la comida chatarra, que predisponen a una inadecuada alimentación (31). La OMS indica que la dieta debe contener 12% con proteínas considerando dos terceras partes de origen animal y un tercio de origen vegetal, 30 a 35% grasas sin sobrepasar 10% en saturados y solo un 15 a 18% de grasas mono insaturadas. Los carbohidratos deben aportar más del 50% del total de energía y por debajo del 8 al 10% de azúcares refinados. También recomienda realizar tres comidas al día, controlar el consumo de sal y evitar el alcohol. Una alimentación saludable se refleja en una dieta equilibrada, es decir, una dieta que contenga todos los nutrientes, especialmente hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y proteínas. Una dieta regular se caracteriza por la presencia de carbohidratos, vitaminas y minerales en la dieta, ya que son importantes para el organismo; Y la peor forma de comer es cuando los carbohidratos y los lípidos dominan la dieta. (32).

a) Proteínas: Las necesidades de proteínas son necesarias para el crecimiento de músculos y huesos. Las proteínas deben constituir del 12 al 15% de la energía dietética total. La calidad de las proteínas va a depender del tipo de aminoácidos

esenciales. Se considera que los alimentos que contienen aminoácidos esenciales, estando presentes en la leche y los huevos, tienen un alto valor biológico. La carne, el pescado y las proteínas animales en general también son muy buenas fuentes de proteínas (33) (34).

b) Carbohidratos: Su función primordial es proporcionar energía, especialmente para el cerebro y el sistema nervioso. Los carbohidratos deben proporcionar entre el 50% y el 15-60% de la energía dietética total. Los carbohidratos se clasifican en simples y complejas (35) (36):

- Carbohidratos Simples: Se absorben rápidamente, por lo que aportan energía rápida. Estos son: miel, mermeladas, alimentos, galletas, comidas, pasteles, postres, verduras y frutas. Su uso debe ser moderado, de lo contrario puede provocar un exceso de energía, lo que provocará un aumento de peso.
- Carbohidratos Complejos. Se absorben lentamente y los encontramos en alimentos como: Cereales, frijoles, harina, pan, pasta, patatas, arroz, etc.

c) Vitaminas: Se encuentra generalmente en verduras y frutas. Es necesario para mantener la salud y prevenir enfermedades cardíacas y cáncer. También contiene fibra, que ayuda a la digestión y reduce los niveles de colesterol y azúcar en sangre. El consumo debe ser diario: 3 frutas (1 de cada una para el desayuno, el almuerzo y la cena) (37)

d) **Minerales:** Generalmente las encontramos en frutas, verduras, carnes, menestras. La falta de minerales puede ocasionar calambres, alteraciones del ritmo cardiaco, irritabilidad nerviosa, lesiones en la piel, etc. Una dieta equilibrada debe contener todos los grupos de alimentos y las cantidades suficientes de nutrientes para que el organismo pueda realizar todas sus funciones (reguladoras, plásticas y energéticas). El consumo de ellos no debe ser excesivo ni deficiente, pues esto conduce a desequilibrios como puede ser niveles altos de colesterol, hipertensión, diabetes, anemia, problemas cardiovasculares, así como trastornos nutricionales como la obesidad, etc. (37).

B. Actividad física

El cuerpo humano es una máquina estructurada para moverse. A diferencia de lo que ocurre con cualquier dispositivo fabricado por el hombre, la inactividad provoca más desgaste en nuestro cuerpo que el ejercicio (38). Se ha demostrado que aquellas personas que efectúan ejercicios moderados durante 30 minutos todos los días, todos los días de la semana, se benefician de la salud. El riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares es menor (39). Ejercitarse combate la hipertensión arterial, previene enfermedades como la obesidad y mantiene todo el cuerpo sano. Sin embargo, en la actualidad los adultos mayores están experimentando problemas con el sedentarismo debido al miedo al ejercicio, y las consecuencias de este sedentarismo son sobrepeso y obesidad, atrofia muscular, dolor en cintura y cuello, obstrucción

arterial, incremento de colesterol, afección digestiva y riesgo de contraer diabetes, cáncer de colon, entre otros males (39).

C. Descanso y sueño

El sueño está ligado al tiempo de descanso en nuestro organismo y la mente, periodo en el cual nuestra voluntad y la conciencia están contenidas parcial o totalmente y también las funciones corporales se encuentran suspendidas parcialmente. Se considera que las personas por lo menos deben descansar en promedio siete a ocho horas a diario. El sueño es un proceso fisiológico y biológico durante el cual el cuerpo y la mente se rejuvenecen y procesan nuevas informaciones. Se caracteriza por la actividad del cerebro, que permanece sumamente activo durante este período (40). Sin embargo, el sueño también tiene aspectos psicológicos y sociales, como la recuperación emocional y la socialización. El sueño se compone de varias etapas, incluyendo la fase de sueño profundo, en la que las funciones cerebrales se desactivan casi por completo, y la fase de sueño light, en la que se pueden notar movimientos ocultos debidos a la actividad del sistema nervioso central. El descanso y sueño también es beneficioso para la salud, afectando al sistema inmunitario, al apetito, a la respiración, a la presión arterial y a la salud cardiovascular. Además, la falta de sueño puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades como la obesidad, enfermedades del corazón e infecciones (41).

2.2.1.2. Dimensión Psicológica

Esta dimensión engloba emociones e intelecto; es una necesidad de brindar y recibir afecto, emociones, alejar tensiones, tristezas y el

estrés, también es necesario confiar en uno mismo, sentido de pertinencia, para poder llevar una vida a plenitud para ti y los demás.

a) Manejo del estrés

Está referido a los esfuerzos de un adulto para aliviar y reducir el estrés que ocurre cuando las cosas parecen difíciles o inmanejables, mediante presión, urgencia o acciones simples o complejas para afrontar el estrés. El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que alteran las emociones de una persona. La respuesta fisiológica a este proceso es el deseo de escapar del estímulo o afrontarlo agresivamente. Casi todos los órganos y funciones del cuerpo están relacionados con la mente, incluidos el cerebro, los nervios, el corazón, la presión arterial, los niveles hormonales, la digestión y la función nerviosa (28).

La ansiedad es un riesgo para la salud, el bienestar y el bienestar de las personas de todas las edades; Sin embargo, esta condición es cada vez más notoria en las personas mayores, la etapa de la vida donde la prevención y el control son más importantes. Como población que envejece, los adultos mayores de 65 años tienen más probabilidades de enfrentar problemas que escapan a su control, como enfermedades crónicas, muerte de familiares y amigos, discapacidad y situaciones cercanas a la muerte, y la mayoría utiliza estrategias dirigidas a controlar el estado emocional. Esto se debe por que los ancianos valoran los sucesos estresantes como inmodificables en mayor proporción que los adultos (28) (3).

b) Estado emocional

Tener auto confianza, mantener estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pudieran influir positivamente en el bienestar en cualquier etapa del ciclo vital. Las emociones nos acompañan durante la vida, sentimos agrado con nuestras amistades o un ser al cual queremos mucho, cuando paseamos o a visitamos con la intención de pasarlo bien, también nos enojamos cuando los sucesos no salen como quisiéramos y nos sentimos alegres frente al éxito. Estas emociones son la respuesta a los estímulos significativos producidos sistemáticamente en tres componentes: Neurológico, fisiológico y bioquímico, produciendo un enorme cambio corporal que preparan al cuerpo para enfrentar los requerimientos y exigencias de nuestro entorno (42). Lo conductual o expresivo, vislumbra conductas exteriores: Expresiones fisionómicas, movimientos del cuerpo, conducta verbal (tono de voz, intensidad, entre otros) influenciado por componentes sociales, culturales y educacionales; esto sufre variaciones en el transcurso de la vida, siendo los adultos quienes ejercen mayor control de sus emociones en comparación con los niños. Lo cognitivo experiencial en la emoción, encierra dos aspectos esenciales en la emoción; la experiencia, vinculado con lo afectivo, los sentimientos emociones; lo dulce de práctica emocional en estados individuales evaluados por el sujeto como agradables o desagradables, positivos o negativos, favorables o desfavorables. Las emociones positivas como estar o alegres, propician la interacción social, siendo lo opuesto aquellas emociones perjudiciales como estar triste, con rabia y el estar

aburridos, las cuales dificultan la comunicación y la integración social (42).

2.2.1.3. Dimensión social

Comprenden las relaciones sociales que se desarrollan en el ambiente. La vida del ser humano se afecta por interacciones sociales que favorecen o dificultan la calidad de vida en los diferentes espacios del desarrollo. Una vida llena de experiencias en función a relaciones funcionales en el ámbito social, incrementa la posibilidad de tener un desarrollo integral, armónico y saludable, el cual se conformó con actividades y experiencias elegidas libremente, según su preferencia con la finalidad de descansar, divertirse, crear o desarrollarse. Diferente a las sanas conductas encontramos al aburrimiento y la escasa o nula creatividad en la organización del tiempo libre, lo cual puede conllevar a conductas adictivas vinculadas al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias dañinas (43).

- a) Recreación: Está integrado a las actividades y prácticas elegidas libremente según las predilecciones de cada sujeto; las cuales satisfacen las necesidades propias; además incluye el descanso, diversión, recreación y el desarrollo de cada sujeto (44).
- b) Consumo de sustancias nocivas: Está referida al uso de sustancias psicoactivas puede tener graves consecuencias tanto para la salud como para la sociedad (45), entre las más comunes tenemos:
 - Beber alcohol: Es una práctica que forma parte de los estilos de vida, lo cual está muy extendido y en términos culturales muy aceptado en gran parte de los países occidentales. No es tan sólo una conducta personal, está vinculado fuertemente por prácticas

sociales y el contexto social, económico y cultural en el cual nos desarrollamos, los cuales cambian según contextos, influenciando en el uso/abuso de alcohol. Muchos problemas de salud se vinculan al consumo de licores, existiendo una relación entre la dosis del consumo de alcohol, la frecuencia y gravedad en las múltiples enfermedades generadas por este consumo. se necesita comprender que si el consumo de alcohol es mayor le se elevan las tasas de morbimortalidad (46).

- Tabaquismo: Es una de las principales causas prevenibles de mortalidad en el planeta. Se calcula que en el mundo existen 1000 millones de fumadores, en el 2030 se esperan otros 1000 millones de jóvenes adultos iniciándose en el consumo de tabaco. Estar habituado a consumir cigarrillos frecuentemente conlleva a estar predispuesto a consumir otras drogas más potentes y también está asociada a problemas de salud, como el cáncer de pulmón, boca, vejiga y garganta, patologías cardíacas y pulmonares. El consumo de tabaco se asociado al placer y al vínculo social, evidenciado en determinadas situaciones y lugares como: festividades, sobremesa, por mencionar algunos (46).

c) Responsabilidad en salud

Ser responsable indica ser la clave del éxito en los estilos de vida, involucra a que el sujeto reconozca, y controle su vida; es quien decide que estilos de vida llevara en el trayecto de su vida y depende de él si los practica o no en su propia salud. El estado de salud depende de los tipos de comportamientos que realice cada sujeto. Entonces el comportamiento sería la descripción de cómo se

interactúa con los individuos y el medio ambiente. Referente al comportamiento de salud, está en referencia a las acciones y reacciones que influyen en la salud individual y colectiva. El ser responsable capaz de modificar los comportamientos riesgosos en comportamientos saludables (47).

2.2.2. Enfermedades prevalentes

En epidemiología, se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado (48).

Podemos distinguir tres tipos de prevalencia:

- Prevalencia puntal: hace referencia al número de casos de un evento de salud en un momento determinado.
- Prevalencia de periodo: el número de casos de un evento de salud en función de un período de tiempo, a menudo de 12 meses.
- Prevalencia de vida: el número de casos del evento de salud en referencia al tiempo de vida total (48).

La prevalencia de una enfermedad cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento (48).

Es un parámetro útil porque permite describir un fenómeno de salud, identificar la frecuencia poblacional del mismo y generar hipótesis explicatorias. La utilizan normalmente los epidemiólogos, las personas encargadas de la política sanitaria, las agencias de seguros y en diferentes ámbitos de la salud pública (48).

2.2.2.1. Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles, conocidas como enfermedades contagiosas o infecciosas, son aquellas que son causadas por agentes infecciosos específicos o por productos tóxicos (49). Las enfermedades transmisibles afectan desproporcionadamente a las comunidades con recursos limitados y se vinculan con una compleja variedad de determinantes de la salud que se superponen, como la disponibilidad de agua potable y saneamiento básico, las condiciones de la vivienda, los riesgos del cambio climático, las inequidades por razones de género, los factores socioculturales y la pobreza, entre otros (8).

Las Enfermedades Transmisibles, son aquellas producidas por agentes infecciosos microscópicos o no que pueden pasar de un organismo enfermo o portador (persona o animal) a otro que no tenga resistencia, es decir que sea susceptible de enfermar. En la producción de las enfermedades transmisibles intervienen 3 factores que forman la cadena de transmisión o epidemiológica, conocida también como la triada de la enfermedad (50).

Agente Infeccioso

Medio Ambiente

Huésped

a) Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)

Las enfermedades diarreicas son consecuencia de la exposición a alimentos y agua contaminada. A nivel mundial es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. El año 2017 ocupó el segundo lugar como causa de muerte¹⁸⁴ en el Perú, situación prevalente especialmente en las

zonas rurales con poco acceso a los servicios básicos y de salud. Según la ENDES (2014) en el Perú la prevalencia de diarrea en niños menores de 5 años fue de 12,1%. Los factores de riesgo que favorecen la presencia de esta enfermedad son: la falta de acceso a agua segura y medios inapropiados de eliminación de excretas, que son condiciones regularmente imperantes en las zonas rurales donde habita la población indígena (51).

b) Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una de las principales causas de consulta externa a nivel mundial. La neumonía es una de sus complicaciones que origina aproximadamente el 15% de todas las defunciones en niños menores de 5 años. En el Perú, las IRA son la primera causa de mortalidad en los menores de 5 cinco años (51).

c) Metaxénicas

Las enfermedades metaxénicas son transmitidas por vectores, es transmitida al huésped humano por un portador animado no humano denominado vector. En la cadena de transmisión intervienen tres factores: un hospedero, por lo general es una persona enferma, un vector invertebrado que propaga la enfermedad, generalmente un artrópodo y el agente biológico que puede ser un virus, una bacteria o un parásito. Los vectores pueden actuar biológica o mecánicamente. Los vectores mecánicos sólo transportan el microorganismo, en cambio, en los vectores biológicos, el agente se desarrolla y multiplica antes de volverse infectivo para el hospedero vertebrado. Los vectores mecánicos

transmiten el agente de un hospedero a otro sin que se desarrolle en el vector alguna fase vital de su ciclo biológico (52).

d) Parasitosis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en el 2018, el 25% de la población mundial estaba infectada con parásitos, específicamente del grupo perteneciente a los helmintos, afectando sobre todo a países subdesarrollados (53). Las parasitosis son infecciones intestinales que ocurren por la ingesta de quistes, huevos o larvas, siendo los helmintos aquellos parásitos que tienen entre 1 mm y 1 metro o incluso más, clasificándose en nemátodos o gusanos cilíndricos (*Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichura*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancilostoma*, y *Strongiloides*) y en platelmintos o gusanos planos (*Hymenolepis nana*, *Tenia saginata* y *Tenia solium* o cisticerco). El impacto de las parasitosis por helmintos se vincula con anemia, deterioro del estado nutricional, físico y cognitivo, debido a que afectan la mucosa intestinal, sus funciones de absorción y digestión, producen sangrado crónico intestinal, pérdida de proteínas y de hierro, incremento de la malabsorción de nutrientes, diarrea y disentería (54).

e) Infecciones de transmisión sexual

Son aquellas que se transmiten de una persona infectada a otra que está sana, por contacto sexual (vaginal, oral o anal) especialmente si no se utiliza preservativo o condón. Estas infecciones pueden ser ocasionadas por diversos microorganismos como virus, parásitos, hongos o bacterias. Se transmite a través de las relaciones sexuales con alguien que tiene una ITS. Algunas ITS

también pueden ser transmitidas de la madre al hijo (durante la gestación, el parto o la lactancia) y por transfusiones de sangre (52).

f) COVID – 19

Este es el nombre oficial que la OMS le dio en febrero del 2020, a la enfermedad infecciosa causada por el nuevo coronavirus, es decir por el SARS-CoV-2. La denominación viene de la frase en inglés "coronavirus disease of 2019" (enfermedad del coronavirus de 2019) (55).

2.2.2.2. Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles o crónicas, son afecciones de larga duración que, por lo general, evolucionan lentamente y no se transmiten de persona a persona. Estas enfermedades afectan a todos los grupos de edad y representan un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes e hipertensión arterial, entre otros; constituyendo un problema de salud pública por ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable (49).

El término, enfermedades no transmisibles (ENT) se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo (7).

Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo

de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables. Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental (7).

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes “prematargas” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ENT, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol. Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre, y obesidad. Son los llamados “factores de riesgo metabólicos”, que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ENT por lo que respecta a las muertes prematuras (56).

a) Sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para

identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). La definición de la OMS es la siguiente: Un índice de masa corporal IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso y un índice de masa corporal IMC igual o superior a 30 determina obesidad. El índice de masa corporal IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas (52).

b) Diabetes

La diabetes sacarina es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina. Con el tiempo, la enfermedad puede causar daños, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, entre muchos otros males. Se conocen dos tipos de diabetes sacarina: Diabetes de tipo 1 y diabetes de tipo 2 (52) (57).

c) Dislipidemia

Las dislipidemias son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud. Es un término genérico para denominar cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol: colesterol total (Col-total), colesterol de alta

densidad (Col-HDL), colesterol de baja densidad (Col-LDL) o triglicéridos (TG) (58).

Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC). Niveles muy altos de TG, especialmente cuando hay hiperquilomicronemia, han sido señalados como de riesgo en la patogenia de la pancreatitis aguda.

d) Hipertensión arterial

Enfermedad crónica, en la cual se incrementa de manera constante de la presión sanguínea en las paredes de las arterias. Se considera hipertensa a una persona si su presión arterial es igual o superior a 140/90 mmHg, en dos o más mediciones (52).

e) Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, autoinmune de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial. Se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico extraarticular en cualquier momento de su evolución. Los pacientes experimentan dolor crónico y discapacidad; sin tratamiento, la esperanza de vida se reduce. Es imprescindible identificar a los pacientes de manera precoz, para el control de la inflamación, permitiendo prevenir la destrucción articular y discapacidad (59).

El dolor y la inflamación dan lugar a una rápida pérdida del tejido muscular en torno a la articulación afectada, lo que contribuye a la pérdida de la función articular. Si la inflamación de la membrana sinovial no se puede suprimir, el resultado será la aparición de daño

articular erosivo, el que está relacionado con la intensidad y la duración de la inflamación. También se debe considerar que otras estructuras tienen revestimientos sinoviales, tales como las vainas de los tendones, y la inflamación de éstos pueden resultar en la rotura del tendón. Desde las fases iniciales de la enfermedad, la artritis reumatoide afecta de manera significativa a las actividades diarias de las personas que la padecen, no solo en sus aspectos físicos, como son las actividades ocupacionales o de recreo, sino también en los aspectos sociales, psicológicos y económicos (60).

f) Cáncer

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial, según la OMS, se estima que el año 2012 aproximadamente 8,2 millones de muertes se debieron a dicha enfermedad. En el Perú, el cáncer ocupa el tercer lugar como causa de muerte. Los reportes del subsistema de vigilancia epidemiológica de cáncer indican que las regiones con mayor índice de casos de cáncer notificados se encuentran en Lima, La Libertad, Lambayeque, Callao y Piura; la región Loreto se encuentra ubicada en el vigésimo lugar, con el menor número de casos notificados (118 casos en promedio por año) en el período 2006-2011. Este bajo índice de casos registrados en el departamento de Loreto responde a “factores estructurales relacionados con el sistema de salud, como la falta de recursos humanos capacitados, la infraestructura inadecuada, pocos centros de tratamiento (solo un hospital), las bajas coberturas de tamizaje y la demora en la entrega de resultados”. Por tanto, está relacionado con un menor acceso a los

servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento que afecta a la población indígena (61).

g) Cardiopatías

Tipo de enfermedad que afecta el corazón o los vasos sanguíneos. El riesgo de ciertas cardiopatías aumenta por el consumo de productos del tabaco, la presión arterial alta, el colesterol alto, una alimentación poco saludable, la falta de ejercicio y la obesidad. La cardiopatía más común es la cardiopatía coronaria (arterias coronarias estrechas u obstruidas), que a veces produce dolor de pecho, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Otras cardiopatías son la insuficiencia cardíaca congestiva, los problemas del ritmo cardíaco, las cardiopatías congénitas (enfermedades cardíacas desde el nacimiento) y la endocarditis (inflamación de la capa interna del corazón). También se llama enfermedad cardíaca y enfermedad cardiovascular (62).

h) Lesiones

Es cualquier alteración dañosa producida en el cuerpo particularmente en los tejidos por una causa externa o una enfermedad, pero existen marcadas diferencias respecto de lo que se entiende por lesión desde el punto de vista médico y desde el punto de vista jurídico. Estas diferencias son por un lado conceptuales y por otro, derivadas, de que, desde el punto de vista del derecho no existe un concepto unívoco de lesión, sino que existen diferentes conceptos según lo contemplemos desde el punto de vista penal, civil, laboral, etc. (63).

Desde el punto de vista médico el término lesión tiene un componente anatomopatológico, es decir representaría una

alteración en la morfología de las células y tejidos lo que nos lleva a la definición médica clásica que considera lesión a toda alteración anatómica o funcional ocasionada por agentes externos o internos. Pueden estar causadas por una causa interna y por tanto se descartan intervenciones ajenas al organismo o también por una causa externa y por tanto de naturaleza violenta, lo que va a exigir la intervención judicial. Estas causas de origen externo pueden desencadenar alteraciones físicas, como son las heridas, erosiones, contusiones, intoxicaciones, etc., o bien producirse alteraciones funcionales como son las alteraciones psíquicas (demencia postraumática, trastorno ansioso depresivo, etc.). Actualmente y a partir de la reforma penal del año 1989 debe entenderse por lesión "todo menoscabo de la integridad corporal o de las salud física o mental originada por cualquier medio o procedimiento". Se trata, por tanto de un concepto extraordinariamente amplio en el que se incluyen, por un lado lo que desde el punto de vista médico consideramos como lesión y, por otro, y en algunos casos, lo que se viene conceptuando bajo la denominación de enfermedades; es decir, en el orden penal tiene la misma relevancia a efectos de castigo y a efectos de reparación las lesiones con clara alteración de las estructuras morfológicas, que las traducidas a nivel de síntomas y que desde el punto de vista médico llamamos enfermedades (63).

i) Salud mental

Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y

emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental. En efecto, los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma y por lo tanto constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, los sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, las víctimas de la violencia, los migrantes y refugiados, las poblaciones indígenas, las mujeres maltratadas y el anciano abandonado. En todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas. Con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones (64).

2.2.3. Características en las comunidades nativas de la amazonia

Es habitual representar a los pueblos indígenas como únicamente aquellos que forman parte de la amazonia y algunos pequeños sectores de los andes. Estas poblaciones, ampliamente dispersas, heterogéneas y con características muy originales definidas, étnica, histórica y geográficamente, conforman un grupo de poblaciones cuyas

características son descritas en conjunto (65). En el año de 1974 son reconocidas las comunidades nativas con personería jurídica y se le confiere el derecho a la propiedad de sus tierras proponiéndoles que no prescribirán, además inalienables y además serán inembargables con el aval del Decreto Ley 20653 (66).

Según Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), en Perú existen 314 435 personas originarias de la amazonia. La población indígena de la amazonia peruana está compuesta con 51 pueblos étnicos los que se dividen en alrededor de 14 familias lingüísticas. Estas son los Arawak, Jíbaro, Pano, Peba Yagua, Cahuapana, Harakmbut, Huitoto, Tacana, Tucano, Tupi-Guaraní y los Záparo. Al interior de estas familias idiomáticas, las etnias que contienen mayor población son Asháninkas, (23,0%), Aguaruna (15,7%), Quichua (7,3%) y Chayahuita (6,9%) respectivamente (65).

El II Censo Nacional de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana llevado a cabo el año 2007 (65) se logró registrar a 332 975 individuos evidenciando que, un 52,2% hombres y el 47,8% mujeres. Se observa que una quinta parte de la población (17,9%) tiene menos de 5 años, identificando así una pirámide poblacional de base ancha, las cuales difieren con las características poblacionales a nivel nacional. Los casamientos en mayores de 12 años, una característica frecuente en esta población. Más de la mitad (62,1%) de pueblos originarios amazónicos mayores de 12 años ya se encuentra en una unión conyugal, en condición de casado o conviviente. Es importante considerar que la población tiene también una gran proporción de personas sin Documento Nacional de Identidad (DNI) (14,9%), siendo

evidente la brecha de género en este aspecto con una diferencia de 6 puntos porcentuales entre la proporción de mujeres indocumentadas (18,1%) y la de los hombres sin documento de identidad (12,2%) (65).

Respecto a la historia sobre estas comunidades, se conoce que fueron especialmente gregarias, acostumbraban consumir los recursos de áreas específicas y luego tenían que migrar a diferentes zonas transitorias. Actualmente, debido a los cambios en la sociedad y la economía ocurridos en la Amazonía, estas características de movilidad han ido desapareciendo, este cambio de su estilo de vida, el cual no es propio según la historia y sus costumbres, generando escasez en sus recursos y generando focos de infección debido principalmente a la acumulación de desperdicios y un deficiente o nulo saneamiento básico en estas comunidades (67).

Resulta increíble que el 10% del total de 5 comunidades nativas tiene un puesto de salud, considerando la totalidad de establecimientos de salud localizados en distritos de la amazonia con comunidades nativas, el 88,6% está conformado por puestos de salud, 9,2% lo conforman centros de salud y 1,3% conformado por hospitales. Estos datos reflejan un bajo nivel en la resolución de enfermedades, y también un deficiente nivel de acceso en situaciones de emergencia (67).

La atención en estas zonas es realizada especialmente por técnicos sanitarios y en pocos casos la atención la brinda un personal profesional que realiza el Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS). Estos, profesionales pese a su formación médica científica, tienen insuficiente experiencia y además necesitan del enfoque intercultural, para instaurar lazos que permitan generar programas de

desarrollo para una adecuada atención en salud para estas poblaciones. Aquellas comunidades donde no cuentan con un centro de salud, bordean el 90%, la atención primaria es responsabilidad de un promotor voluntario quien solamente cuenta con un botiquín (68).

2.2.4. Características generales de las comunidades nativas amazónicas

El Sistema de Sanitario en Comunidades Nativas de la Amazonia Peruana, entre los años 2004 al 2011 pasó de 37,3% a 65,9% de individuos que tenían acceso a un seguro de salud, lo cual significa un incremento favorable. Al examinar los antecedentes de la población rural se observa que 73% está afiliada al seguro integral de salud. Observando estos datos la población nativa amazónica, pese a su evidente condición de pobreza lo cual ameritaría que tengan acceso a los beneficios del seguro integral de salud, todavía persiste una sub cobertura. Pese a esta situación , es muy probable que adquieren esta cobertura solo sea por puro formalismo, puesto que cuando acuden a los establecimientos de salud a veces no hay quien brinde la atención, además no pueden ser referidos en situaciones de emergencia a un establecimiento con mayor resolución, inclusive los medicamentos llegan a estas zonas y es muy frecuente no tener las vacunas y suero antiofídico por no tener instaurada una adecuado sistema de cadena de frío (69).

2.3. Definiciones conceptuales.

- Análisis de la situación de salud: es la suma de conceptos, métodos y actividades útiles para la medición y el monitoreo de proceso salud enfermedad y servicios, que utiliza diferentes metodologías que permiten

un análisis estratégico y síntesis de información, con el fin de facilitar la gestión en salud de manera propositiva, oportuna y participativa, en colaboración con diversos actores y sectores sociales.

- Comunidad: es un grupo de individuos que tienen ciertos elementos en común tales como idioma, costumbres, valores etc.
- Estados de salud de la población: Describe la importancia de la información de morbilidad y mortalidad de una comunidad, referido al estado completo de bienestar físico y social de una persona, mediante la adaptación al medio biológico y sociocultural. (5).
- Factor de riesgo “Es considerado un determinante de peligro en todo suceso o contexto que aumenta las probabilidades de un individuo de constreñir una dolencia o infección, así mismo es cualquier problema de salud, implican que las personas que sufren alguna condición peligrosa, presentan un lance de salubridad superior a los individuos que no presentamos esta condición” (70).
- Morbilidad Es la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado, pueden ser enfermedades trasmisibles, no trasmisibles, generado por vacunaciones incompletas o debido a basura acumulada la cual genera mosquitos y también reparten enfermedades (5).
- Mortalidad Es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un período de tiempo, según género, etapa de vida, la investigación sobre la mortalidad tiene por objeto establecer la evolución y estructura de las muertes ocurridas en una población y en un espacio geográfico determinado a lo largo del tiempo (5).

2.4. Bases epistémicos.

a) Modelo de promoción de la salud de Nola, J. Pender

Este enfoque de promoción de la salud integra conceptos de enfermería y ciencias del comportamiento con factores que influyen en la salud y anima a las personas a adoptar conductas destinadas a prolongar la vida. El modelo de promoción de la salud (HPM) integra tres dimensiones: características y experiencias personales, cogniciones y cogniciones conductuales específicas y resultados conductuales (25).

- Características y experiencias particulares: cada individuo tiene características y experiencias personales que son únicas y afectan las acciones posteriores. Las experiencias previas se relacionan con la probabilidad de efectuar conductas que promuevan la salud. El cambio de hábitos, predispone al individuo a realizar la conducta, puesto que la conducta previa modela todos estos conocimientos y afectos que componen la conducta, así como aquella conducta que promueve la promoción de la salud. Es necesario que se clasifiquen los factores personales, como biológicos, psicológicos y socioculturales (25).
- Conocimiento y efecto definido de la conducta: esta condición de variable dentro del MPS se considera significativa en lo emocional y motivacional, establecen el centro de la intervención, están condicionadas a modificarse a través de las acciones de enfermería.
- Resultado conductual: esta categoría incluye, el compromiso con un plan de acción que inicia un evento conductual e impulsa al individuo hacia la acción, involucra los procesos cognitivos subyacentes específicos en un tiempo y lugar y con personas específicas. Sin

importar las preferencias contrarias, identifica estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta (25).

b) Modelo de adaptación de Sor Callista Roy (1939)

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente “valoración”, meta de la enfermería “diagnóstico de enfermería”, salud “planificación”, entorno “ejecución” y dirección de las actividades “evaluación”. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- 1) Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
- 2) Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.
- 3) Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Creemos que los humanos tenemos cuatro procesos o procesos adaptativos: cognitivo, autorreflexivo, funcional y relacional. El resultado final más deseable es un estado en el que los procesos promuevan el logro de objetivos personales, incluida la salud y el crecimiento. Reproducción y territorio. Este modelo proporciona un sistema para clasificar los factores estresantes relacionados con el ajuste general y un sistema para clasificar las evaluaciones de enfermería. Según Roy, salud significa ser una persona integrada y completa. También se considera una capacidad humana para actuar y ser un órgano adaptativo. El propósito del modelo es promover la adaptación individual fortaleciendo diversas habilidades de afrontamiento y adaptación (25).

- c) El concepto de “Campo de salud” una perspectiva canadiense (Marc Lalonde)

Al analizar el sector salud, surgió un problema fundamental, que consiste en la falta de un marco conceptual unificado que permita separar sus principales componentes. Sin ese marco, era difícil comunicar o dividir el sector de la salud en segmentos flexibles adecuados para el análisis y la evaluación. Se comprendió que había una necesidad urgente de organizar los miles de piezas en un orden que fuera intelectualmente aceptable y lo suficientemente simple como para localizar rápidamente casi cualquier idea, problema o función relacionada con la salud: una especie de mapa del campo de la salud. era necesario. Este concepto refleja la división del sector de la salud en cuatro partes principales: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y gestión de la salud. Estos componentes se identificaron examinando las causas y los factores subyacentes de la morbilidad y la mortalidad en Canadá y analizando cómo cada factor afecta el nivel de salud del país (71).

La sección de biología humana recoge todos los hechos relacionados con la biología básica del ser humano y la salud física y mental que emerge en el cuerpo como resultado de la creación orgánica del ser humano. Esto incluye la genética humana, el envejecimiento y los procesos de envejecimiento, y varios sistemas internos del cuerpo, como los huesos, los músculos, los nervios, el corazón, el sistema endocrino y el sistema mineral. Este problema afecta las enfermedades y muchos problemas de salud, incluidas muchas enfermedades crónicas (influenza, diabetes, aterosclerosis, cáncer, etc.), enfermedades genéticas, disfunción familiar y retraso mental (71).

El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud (71).

Relacionado con conceptos del ámbito de la salud, el estilo de vida hace referencia al conjunto de decisiones que los individuos toman y tienen control sobre su salud. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y malos hábitos de las personas derivan en problemas que son provocados por la propia persona. Cuando estos problemas están relacionados con enfermedad o muerte, se puede argumentar que la calidad de vida de la persona se ve afectada por esta (71).

La cuarta categoría de conceptos, la gestión de la atención sanitaria, es la cantidad, la calidad, la secuencia, la naturaleza y las relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención sanitaria. Esto incluye consultorios médicos y de enfermería, hospitales, residencias de ancianos, farmacias, servicios de salud comunitarios en general, ambulancias, atención dental y otros servicios de salud como optometría, quiropráctica y pediatría. La cuarta parte del sector salud se llama sistema de salud (71).

Características del concepto de salud (campo de la salud)

Este concepto tiene muchas características que lo convierten en una herramienta poderosa para analizar los problemas de salud,

identificar las necesidades de salud de los canadienses y elegir los medios para satisfacer esas necesidades. Una de las consecuencias obvias del concepto fue que aspectos de la biología, el medio ambiente y el estilo de vida humanos adquirieron una importancia comparable para la gestión de la atención sanitaria. Este hecho en sí mismo supone un cambio drástico, dada la superioridad absoluta de la gestión sanitaria en los conceptos antiguos de salud (72).

Otra característica de un concepto es su amplitud, su capacidad para abarcar el todo. Cualquier problema de salud puede ser causado por uno de sus componentes o por una combinación de los cuatro. Por tanto, este aspecto del concepto es importante porque garantiza que todos los aspectos de la salud se consideren adecuadamente. También requiere que todos los participantes en la salud, ya sea individual o colectivamente, como pacientes, médicos, investigadores y gobiernos, sean conscientes de su papel y su impacto en los niveles de salud (72).

Finalmente, este concepto ofrece una novedosa visión de la salud, una visión que libera la creatividad para identificar y explorar aspectos hasta ahora descuidados. Por ejemplo, un resultado que podría obtenerse utilizando el concepto como herramienta analítica es la importancia de los comportamientos y hábitos de los canadienses en relación con su propia salud (72).

2.5. Bases antropológicas.

a) Filosofía en el estilo de vida

El fundamento filosófico en el estilo de vida es una expresión que se refiere a los principios, valores e ideas que rigen el estilo de vida de

una persona o de un grupo, con el fin de orientar su comportamiento en busca de la autorrealización. Esto implica que el fundamento filosófico es esencial para el desarrollo de un estilo de vida satisfactorio y plenamente realizado (73). Algunos pasos para incorporar el fundamento filosófico en tu estilo de vida indican que se debe:

- Identificar principios y valores: Es necesario empezar a reflexionar sobre tus creencias más profundas y tus valores más importantes. Estos pueden incluir cosas como la honestidad, la lealtad, el respeto, la integridad, la curiosidad, la creatividad, la bondad, la felicidad, entre otras (74).
- Establecer objetivos: Una vez identificados los principios y valores, puedes empezar a formar tus objetivos de vida. Estos objetivos pueden centrarse en cada una de las áreas importantes de tu vida, como salud, familia, amigos, trabajo, crecimiento personal, etc. (74).
- Planificar tu vida: Con los objetivos claros, puedes empezar a planificar tu vida de manera que se alineen con tus principios y valores. Esto puede implicar tomar decisiones que mejor se ajusten a tus valores, o buscar oportunidades de trabajo, amigos, etc. que se alineen con tus objetivos (74).
- Aplicación en la vida cotidiana: La filosofía debe ser más que una teoría, debe ser aplicada en tu vida diaria. Intenta incorporar los principios y valores identificados en tu día a día, y busca oportunidades de reflexión y aprendizaje (75).
- Apreciación del vivir: Finalmente, es importante recordar que el propósito principal de la vida es el disfrute. No olvides disfrutar del proceso de alcanzar tus objetivos, y apreciar el presente en lugar de

estar constantemente pendiente del futuro (76). Siguiendo estos pasos, puedes crear un estilo de vida que es alineado con tus principios y valores, y que también es satisfactorio y plenamente realizado.

b) Hacia un nuevo humanismo: filosofía y antropología de la vida cotidiana

Este enfoque filosófico está centrado en la vida cotidiana y las experiencias humanas en general, profundamente consciente de la condición de la humanidad y de la interrelación existente entre los seres humanos (76). Este tipo de pensamiento es profundamente antropológico, es profundamente humano, tiene una vertiente social incuestionable e incluye en su consideración además del trabajo, la familia, y el descanso. El Pensamiento Antropológico se caracteriza por ser profundamente antropológico, esto significa que pone el énfasis en la humanidad y en la interrelación entre los seres humanos. Asimismo, este tipo de pensamiento es profundamente humano, considerando la vida y los problemas humanos en general, y tiene una vertiente social incuestionable, es decir, comprende el papel y las experiencias de los seres humanos en la sociedad (76).

Además de considerar la vida cotidiana y las experiencias humanas en general, este tipo de pensamiento también incluye la vertiente social incuestionable y abarca el sufrimiento humano en su amplia gama, incluyendo el físico, psicológico y moral-espiritual. Este contenido incluye el sufrimiento por la injusticia, la violencia y la lucha por la verdad, la justicia, el bien y la paz. Este pensamiento, no se limita a la vida laboral, sino que incluye el trabajo, la familia y el descanso (76).

Este enfoque filosófico se centra en la condición humana y los problemas humanos en general, y los aspectos más diversos de la vida y el papel y las experiencias de los seres humanos en la sociedad. Es necesario profundizar en la vida cotidiana y a reflexionar sobre cómo los diferentes aspectos de la vida humana se relacionan y cómo pueden influir uno sobre otro. Además, es importante recordar que este tipo de pensamiento engloba una muy amplia variedad de experiencias humanas, desde el sufrimiento físico y psicológico hasta la lucha por los derechos humanos (76).

c) Enfoque de la sociedad en la enfermedad.

Se refiere a la importancia de considerar los factores sociales, culturales y económicos en el desarrollo y tratamiento de enfermedades que aquejan a la población (77) (78). Algunos puntos que a considerar sostienen que la Teoría de la Representación Social viene de la sociología y puede ser útil para entender cómo la sociedad y los grupos sociales representan e interpretan la salud y la enfermedad (77). Así mismo Determinantes de la Salud Social propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen. Esto incluye el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen las condiciones de vida cotidianas” (79).

Enfoque Social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población, debe ser considerada como un paciente a tratar, y el enfoque social es una herramienta útil para entender y abordar los problemas de salud (80). Del mismo modo el enfoque interdisciplinario indica que la salud debe ser vista desde múltiples perspectivas,

incluyendo la medicina, la sociología, la economía y la política. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de los factores sociales que pueden afectar al bienestar y al estado de salud de todos los pacientes (81) (82). La salud como estado de complejo bienestar, según la OMS, “la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado completo de bienestar físico, psíquico y social”. Los factores sociales y otros determinantes de la salud pueden afectar este bienestar (83).

En resumen, el enfoque de la sociedad en proceso de enfermar es una perspectiva crucial para el quehacer por la salud. Los profesionales de la salud deben entender y considerar los factores sociales y económicos en su práctica diaria.

CAPÍTULO III

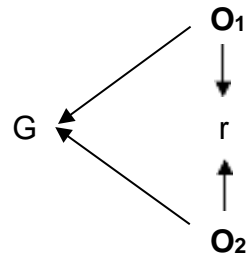
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación.

- No Experimental. Porque no se manipuló la variable independiente: Estilos de vida, por lo tanto, no estuvo sujeto a cambio en el estudio.
- Descriptivo. Porque se describió la variable tal como se encontró.
- Correlacional. Se identificó la relación que existen entre los estilos de vida y enfermedades prevalentes.
- Prospectivo. Porque los datos se recolectaron en una línea de tiempo.
- Transversal. Porque se obtuvieron los datos en un momento dado (84).

3.2. Diseño y esquema de la investigación.

El estudio correspondió a un diseño no experimental, cuyo esquema se presenta a continuación:



Dónde:

G Representa el grupo de sujetos en muestra

O₁ Representa la variable 1: Estilo de vida.

O₂ Representa la variable 2: Enfermedades prevalentes.

r Representa la relación de las variables en estudio.

3.3. Población y muestra.

3.3.1. Población: Hernández, Fernández y Baptista, definen a la Población como: “Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones” (84). Se trabajó con una población muestral, debido a que se analizó a la totalidad de la población que se constituyó por 46 jefes de familia y 160 comuneros Ashánincas de la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate de Atalaya.

3.3.2. Muestra: La selección de la muestra se realizó por muestreo no probabilístico (n=46), por conveniencia, se seleccionaron a los elementos que conformarán la muestra considerando los siguientes criterios.

Criterios de inclusión:

- Participación voluntaria en el estudio de investigación por parte de los moradores de la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya.
- Jefe de familia con mayoría de edad que tenga comprensión del idioma castellano.
- Personas lucidas, orientadas en tiempo espacio y persona.

Criterios de exclusión:

- Jefe de familia que no tenga comprensión del idioma castellano.

3.4. Instrumentos de recolección de datos

Los estilos de vida, son un conjunto de patrones de comportamientos identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El instrumento utilizado para recopilar los datos de la variable estilos de vida fue la escala de estilo de vida, elaborado por: Walker, K. Sechrist (85).

Estilos de vida (Escala de estilo de vida):

- Estilos de vida saludable: 30-59
- Estilos de vida no saludable: 0-29

Considerando que:

- Nunca (N), es una conducta que no realiza, 0 veces.
- Algunas veces (Av.), es una conducta que pocas veces realiza, de 1 a 3 veces.
- Siempre (S), conducta que realiza diariamente o a cada instante.

Las enfermedades prevalentes operacionalmente son las enfermedades que se producen por factores infectocontagiosos o crónico degenerativas. Para recopilar los datos de enfermedades prevalentes se realizó a través de una ficha de recolección como se detalla a continuación:

- Con enfermedades prevalentes
- Sin enfermedades prevalentes

Considerando que:

- Responde afirmativamente (Si) indica que presenta enfermedades transmisibles o no transmisibles al momento de la aplicación del instrumento y se le asigna un punto (1) por cada respuesta.
- Responde negativamente (No) indica que no presenta enfermedades transmisibles o no transmisibles al momento de la aplicación del instrumento y no se le asigna punto (0) por cada respuesta en blanco.

3.5. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.

- La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, elaborado por Walker, Sechrist y

Walker SN., Kerr MJ., Pender NJ. y Sechrist KR. (85), bajo la guía de profesionales expertos en la temática de investigación, la estructura del instrumento consigna de presentación, instrucciones, datos generales y datos específicos donde se consideran las dimensiones biológica, psicológica y social conteniendo un total de 29 preguntas (Anexo 1). Para las enfermedades prevalentes se utilizó una ficha de recolección de datos en la cual se consignaron los antecedentes familiares, un listado con enfermedades actuales para identificar las enfermedades infectocontagiosas y las enfermedades crónico degenerativas conteniendo 16 preguntas (Anexo 2).

Ambos instrumentos fueron validados previamente por Walker, K. Sechrist, la confiabilidad del instrumento indica coeficiente de alfa de Cronbach (0.881) para el instrumento: Escala de Estilo de Vida y para la ficha de recolección: Enfermedades Prevalentes un coeficiente de Kuder Richarson 20 (0.845).

- Para la aplicación del instrumento definitivo se llevó cabo el trámite administrativo respectivo mediante una carta dirigida al Líder de la Comunidad (APU) Cleofaz Quintori Soto, solicitándole las facilidades y autorización para poder intervenir en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya. Posteriormente se aplicó el instrumento a los moradores de la referida comunidad de manera personal, voluntaria y anónima previa comunicación de que los datos se utilizaron para fines de la investigación manteniendo en todo momento el anonimato y la confidencialidad, además se solicitó su consentimiento informado (Anexo 3).

- Luego de la recolección de datos, éstos se procesaron mediante el uso de paquete estadístico de SPSS V-27 y el software Excel 2010 previa elaboración de base de datos. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico, los antecedentes de investigación. Para la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva, la frecuencia simple y la frecuencia porcentual y siendo valorado el estilo de vida como saludable y no saludable, también para enfermedades prevalentes como sano o enfermo. Para la correlación de las variables, Prueba de Ji cuadrado el Coeficiente de Correlación de Spearman, lo que permitió la contrastación de las hipótesis.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

Tabla 2. Características sociodemográficas de los moradores en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Características sociodemográficas		N	%
Curso de vida	Joven	11	24
	Adulto	23	50
	Adulto mayor	12	26
	Total	46	100
Sexo	Femenino	33	72
	Masculino	13	28
	Total	46	100
Escolaridad	Sin estudios	23	50
	Primaria incompleta	6	13
	Primaria completa	6	13
	Secundaria incompleta	5	11
	Secundaria completa	6	13
	Total	46	100
Estado Civil	Conviviente	37	80
	Viudo (a)	9	20
	Total	46	100
Cuántas parejas viven en casa	0	1	2
	1	33	72
	2	6	13
	3	3	7
	4	1	2
	5	2	4
	Total	46	100
En la actualidad usted trabaja	No	19	41
	Si	27	59
	Total	46	100
Indique a que se dedica	Su hogar	21	46
	Campo	24	52
	Independiente	1	2
	Total	46	100

Fuente: Base de datos del estudio, relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

La tabla 2, nos permite conocer las características sociodemográficas de los moradores en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, referente al curso de vida son adultos 50%, adultos mayores 26% y jóvenes el 24% de los evaluados. En lo referente al sexo predominante fue femenino con 72% y masculino con 28%. La escolaridad indicó que el 50% de los evaluados no presentan escolaridad, con primaria incompleta 13%, con primaria completa 13%, con secundaria completa 13% y con secundaria incompleta 11%. El estado

civil indicó que son convivientes el 80% y viudos el 20%. En referencia a la cantidad de parejas que viven en la casa se obtuvo que vive una pareja 72%, dos parejas 13%, tres parejas 7%, cinco parejas 4% y cero y cuatro parejas con 2% respectivamente. Referente a la pregunta, en la actualidad usted trabaja, manifestaron que si lo hacen 59% y no lo hace el 41%. Frente a la pregunta, indique a que se dedica las respuestas fueron, su hogar 46%, campo (chacra) 52% e independiente 2%. Es importante recalcar que no reconocen la labor domestica como un trabajo.

Tabla 3. Relación entre la dimensión biológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Enfermedad prevalente	Estilo de vida en su dimensión biológica				Total	
	No saludable		Saludable		N	%
	N	%	N	%		
Sin enfermedad	4	9	22	48	26	57
Con enfermedad	11	24	9	20	20	43
Total	15	33	31	67	46	100

Fuente: Base de datos del estudio, relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

La tabla 3, permite estimar la relación entre la dimensión biológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, referente a los estilos de vida en su dimensión biológica no son saludables en el 33% y si lo son en el 67%. En cuanto a las enfermedades prevalentes, sin enfermedad 57% y con enfermedad 43%. Es importante recalcar que la relación se concentra en el estilo de vida en su dimensión biológica y con enfermedad con 24%. Lo evidenciado en la tabla nos indica que mantienen estilos de vida no saludables en su dimensión biológica y presentan enfermedad prevalente en casi un cuarto de los evaluados.

Se realizó el ritual de la significancia estadística en donde la hipótesis nula indica que no existe correlación significativa entre dimensión biológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, frente a esta hipótesis se ha considerado el 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa, el estadístico de prueba utilizado fue Chi-cuadrado de Pearson con el cual se estableció el valor de $P= 0.004$, este resultado nos indica que los datos son muy significativos y el valor de correlación de Pearson que se obtuvo fue de -0.214 , esto nos indica que la correlación es baja, negativa, muy significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula, interpretándose que existe relación negativa pero muy significativa entre la dimensión biológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.

Tabla 4. Relación de la dimensión psicológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Enfermedades prevalentes	Estilo de vida en su dimensión psicológica				Total	
	No saludable		Saludable		N	%
	N	%	N	%		
Sin enfermedad	16	35	10	22	26	57
Con enfermedad	14	30	6	13	20	43
Total	30	65	16	35	46	100

Fuente: Base de datos del estudio, relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

La tabla 4, permite establecer la relación entre la dimensión psicológica con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, referente a los estilos de vida en su dimensión psicológica no son saludables en el 65% y si lo son en el 35%. En cuanto a las enfermedades

prevalentes, sin enfermedad 57% y con enfermedad 43%. Es importante recalcar que la relación se concentra en el estilo de vida en su dimensión psicológica y con enfermedad con 30%. Lo evidenciado en la tabla nos indica que mantienen estilos de vida no saludables en su dimensión psicológica y presentan enfermedad prevalente en más de un cuarto de los evaluados.

Se realizó el ritual de la significancia estadística en donde la hipótesis nula indica que no existe correlación significativa entre dimensión psicológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, frente a esta hipótesis se ha considerado el 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa, el estadístico de prueba utilizado fue Chi-cuadrado de Pearson, no se pudo establecer correlación significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula, interpretándose que no existe relación significativa entre la dimensión psicológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.

Tabla 5. Relación de la dimensión social con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023

Enfermedades prevalentes	Estilo de vida en su dimensión social				Total	
	No saludable		Saludable		N	%
	N	%	N	%		
Sin enfermedad	21	46	5	11	26	57
Con enfermedad	14	30	6	13	20	43
Total	35	76	11	24	46	100

Fuente: Base de datos del estudio, relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

La tabla 5, permite determinar la relación entre la dimensión social con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, referente a los estilos de vida en su dimensión social no son

saludables en el 76% y si lo son en el 24%. En cuanto a las enfermedades prevalentes, sin enfermedad 57% y con enfermedad 43%. Es importante recalcar que la relación se concentra en el estilo de vida en su dimensión social y con enfermedad con 30%. Lo evidenciado en la tabla nos indica que mantienen estilos de vida no saludables en su dimensión social y presentan enfermedad prevalente en más de un cuarto de los evaluados.

Se realizó el ritual de la significancia estadística en donde la hipótesis nula indica que no existe correlación significativa entre dimensión social y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, frente a esta hipótesis se ha considerado el 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa, el estadístico de prueba utilizado fue Chi-cuadrado de Pearson, no se pudo establecer correlación significativa, por lo que se acepta la hipótesis nula, interpretándose que no existe relación significativa entre la dimensión social y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.

Tabla 6. Relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

Enfermedades prevalentes	Estilo de vida				Total	
	No saludable		Saludable		N	%
	N	%	N	%	N	%
Sin enfermedad	4	9	22	48	26	57
Con enfermedad	8	17	12	26	20	43
Total	12	26	34	74	46	100

Fuente: Base de datos del estudio, relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

La tabla 6, permite determinar la relación entre los estilos de vida con las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, referente a los estilos de vida no son saludables en el 26% y si lo son en el 74%. En cuanto a las enfermedades prevalentes, sin enfermedad 57% y con enfermedad 43%. Es importante recalcar que la relación se concentra en el estilo de vida y con enfermedad con 17%. Lo evidenciado en la tabla nos indica que mantienen estilos de vida no saludables y presentan enfermedad prevalente en menos de un cuarto de los evaluados.

Se realizó el ritual de la significancia estadística en donde la hipótesis nula indica que no existe correlación significativa entre estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, frente a esta hipótesis se ha considerado el 95% de nivel de confianza, 5% de error alfa, el estadístico de prueba utilizado fue Chi-cuadrado de Pearson con el cual se estableció el valor de $P = 0.050$, este resultado nos indica que los datos son significativos y el valor de correlación de Pearson que se obtuvo fue de -0.278 , esto nos indica que la correlación es baja, negativa, pero significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula, interpretándose que existe relación negativa pero significativa entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.

Tabla 7. Enfermedades prevalentes y el sexo en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

Enfermedades prevalentes			Sexo				Total	
			Femenino		Masculino			
			N	%	N	%	N	%
Enfermedades transmisibles	EDA	No	22	48	8	17	30	65
		Si	11	24	5	11	16	35
		Total	33	72	13	28	46	100
	IRAS	No	20	43	7	15	27	59
		Si	13	28	6	13	19	41
		Total	33	72	13	28	46	100
	Parasitosis	No	23	50	7	15	30	65
		Si	10	22	6	13	16	35
		Total	33	72	13	28	46	100
Enfermedades no transmisibles	Diabetes	No	33	72	12	26	45	98
		Si	0	0	1	2	1	2
		Total	33	72	13	28	46	100
	Hipertensión	No	32	70	12	26	44	96
		Si	1	2	1	2	2	4
		Total	33	72	13	28	46	100
	Artritis	No	32	70	11	24	43	94
		Si	1	2	2	4	3	6
		Total	33	72	13	28	46	100

Fuente: Base de datos del estudio, relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya - 2023

La tabla 7, permite conocer a detalle las enfermedades prevalentes y el sexo de los moradores en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, referente a las enfermedades transmisibles las enfermedades diarreicas estuvieron presentes en el 35% de los evaluados, las infecciones respiratorias en 41% y las parasitosis en 35%. Respecto a las enfermedades no transmisibles artritis con 7%, hipertensión 4% y diabetes 2%. Respecto al sexo fue predominante el femenino con 72% y masculino con 28%

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los estilos de vida en las comunidades nativas a menudo están estrechamente vinculados a tradiciones culturales muy arraigadas, prácticas de subsistencia, acceso limitado a alimentos saludables, así como a factores socioeconómicos. Es importante entender y abordar estas dinámicas de manera holística y respetuosa de la cultura para poder brindar una atención adecuada y promover la salud en estas comunidades. El propósito del estudio fue Determinar la relación entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, examinaremos las concordancias y discrepancias de los resultados encontrados frente a los resultados encontrados por otros autores.

Las características sociodemográficas de los moradores en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023, referente al curso de vida, son adultos 50%, adultos mayores 26% y jóvenes el 24% de los evaluados. En lo referente al sexo predominante fue femenino con 72% y masculino con 28%. La escolaridad indicó que el 50% de los evaluados no presentan escolaridad, con primaria incompleta 13%, con primaria completa 13%, con secundaria completa 13% y con secundaria incompleta 11%. El estado civil indicó que conviven el 80% y viudos el 20%. Referente al trabajo, manifestaron que si lo hacen 59% y no lo hace el 41%. La ocupación indicó, su hogar 46%, campo (chacra) 52% e independiente 2%. Sobre los datos sociodemográficos, Tovar B. (16), encontró que solo el 17.3% no presenta escolaridad, con primaria 29.9%, con secundaria el 41% y el 12% con preparatoria o más, datos muy discordantes en esa línea; el estado civil se concentró en vivencia en pareja al 82% de los evaluados dato que está muy similar a lo encontrado en el estudio; referente al aspecto laboral refirieron que están activos económicamente el 34.3%, dato que difiere a lo

encontrado en esta investigación. Soriano A. (11), indica que la mayor población evaluada fue femenina con 81%, mayor a la encontrada en el estudio que también es femenina, el 57% de los evaluados por Soriano corresponden a la etapa de vida adulto dato muy cercano al encontrado en el estudio, el grado académico encontrado corresponde a profesionales dato que difiere totalmente por las características de la población, en cuanto al estado civil Soriano encontró que el 51% son casados dato que difiere con este estudio donde se encontró que la mayoría son convivientes. Lo encontrado por Galo M. (10)., respecto a las características sociodemográficas, indica que el sexo predominante es femenino, la mayor población se concentra en las edades de 51 a más años, en cuanto a la escolaridad, el 33.3% es analfabeta, con primaria completa 37.5% donde se concentra la mayor población, el estado civil se concentra en casado con 52.1% y unión libre o conviviente con 39.6%. Palacios E., encontró que 50% pertenece al grupo adulto, que el mayor porcentaje pertenece al sexo femenino 67.8%, que el mayor porcentaje se encuentra entre secundaria incompleta con 45% (18).

En lo perteneciente a la dimensión biológica no presentan características saludables el 33% y si lo son 67%. Lo encontrado por Tovar B. (16), indica que solo el 83.6% de la comunidad indígena son saludables, dato superior al encontrado en este estudio. En referencia a la dimensión psicológica no son saludables en el 65% y si lo son en el 35%. Cruz-León A., et al, refieren que 23.1% no gestionan adecuadamente el control del estrés (14). Canales N., indica que la autoestima es alta en el 54.2% de los evaluados (17). En lo que respecta a la dimensión social no son saludables en el 76% y si lo son en el 24%. Cruz-León A., et al, con respecto a social indican sentir seguridad excelente en el 76.9% y el 18.3 % la considera buena (14).

Concerniente a los estilos de vida se encontró que no son saludables en el 26% y si lo son en el 74%. Tovar B. (16), indica que 72.7% de la comunidad indígena presentan estilos de vida saludables, datos que son concordantes con este estudio. Rodríguez P., et al (12), afirman que es necesario promover programas preventivos para mejorar la salud en los hábitos de la población, sobre todo en el 35% que posee un nivel poco o nada saludable en su estilo de vida. Cruz-León A., et al, encontraron que solo el 7% de los evaluados presentaron estilos de vida entre regulares y malos (14). Canales N., refiere que los estilos de vida son regulares en 85% y deficiente en el 11.5% de los evaluados (17). Palacios E., encontró que 51.7% presentan estilos de vida inadecuados (18).

En cuanto a las enfermedades prevalentes, sin enfermedad 57% y con enfermedad 43%. Tovar B. (16), indica que solo el 16.4% de la comunidad indígena presentan enfermedad prevalente, dato inferior al encontrado en este estudio. Por su parte Soriano A., indica que las enfermedades prevalentes están presentes en el 59% de los evaluados, dato superior al encontrado en esta investigación. Galo M., evidencia que el 58.3% de los evaluados presenta síndrome metabólico (10). Prado D., identificó que el 9.86% presento enfermedades prevalentes.

En cuanto a la significancia y correlación, se obtuvo fue de -0.278, esto nos indica que la correlación es baja, negativa, pero significativa, por lo que se rechaza la hipótesis nula. Tovar B. (16), no encontró valores significativos en la contratación de su hipótesis. Canales N., Encontró valores significativos respecto a los estilos de vida (17). Palacios E., también encontró valores significativos presentes en los estilos de vida (18).

CONCLUSIONES

- Los comuneros mantienen estilos de vida no saludables en su dimensión biológica y presentan enfermedad prevalente en casi un cuarto de los evaluados. Estadísticamente existe relación negativa pero muy significativa entre la dimensión biológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023 ($p = 0.004$; $r = -0.214$).
- Los moradores mantienen estilos de vida no saludables en su dimensión psicológica y presentan enfermedad prevalente en más de un cuarto de los evaluados. Estadísticamente no se pudo establecer correlación significativa motivo por el cual no existe relación significativa entre la dimensión psicológica y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.
- Los habitantes mantienen estilos de vida no saludables en su dimensión social y presentan enfermedad prevalente en más de un cuarto de los evaluados. Estadísticamente no se pudo establecer correlación significativa por lo que no existe relación significativa entre la dimensión social y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023.
- Los pobladores mantienen estilos de vida no saludables y presentan enfermedad prevalente en menos de un cuarto de los evaluados. Estadísticamente existe relación negativa pero significativa entre los estilos de vida y las enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2023 ($p = 0.050$; $r = -0.278$).

SUGERENCIAS

- A los moradores ser responsables del cuidado de su salud manteniendo estilos de vida que favorezcan su alimentación, actividad física y descanso apropiado.
- A los profesionales de salud de la jurisdicción de la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya, organizar actividades de promoción y prevención destinadas a identificar problemas de salud mental que puedan aquejar a los comuneros.
- A las autoridades ediles y comunales gestionar en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya, actividades recreativas, deportivas y sociales destinadas a evitar el consumo de sustancias psicoactivas, mejorando así la salud de los moradores.
- A los directivos de la Red Integrada de Salud de Atalaya, fortalecer de manera constante las habilidades de los profesionales de la jurisdicción, para afrontar de manera efectiva las enfermedades prevalentes en su jurisdicción y en especial a la población estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Somos indígenas: "La cultura se une a la atención de la salud", esencial para la atención médica y la revitalización de los pueblos indígenas. [Online].; 2023 [cited 2023 Agosto 15. Available from: <https://www.un.org/es/impacto-acad%C3%A9mico/somos-ind%C3%ADgenas-la-cultura-se-une-la-atenci%C3%B3n-de-la-salud-esencial-para-la-atenci%C3%B3n-m%C3%A9dica-y-la-#:~:text=Los%20pueblos%20ind%C3%ADgenas%20tienen%20tasas,ciudadanos%20de%20los%20mismos%20pa%C3>.
2. Organización Panamericana de la Salud. La OPS promueve su abordaje sobre salud y Pueblos Indígenas a otras regiones. [Online].; 2023 [cited 2023 Agosto 15. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/21-7-2023-ops-promueve-su-abordaje-sobre-salud-pueblos-indigenas-otras-regiones>.
3. Jauregui Sánchez M. Estilos de vida e hipertensión arterial, en los adultos mayores atendidos en el puesto de salud de Pedro Castro Alva, Chachapoyas. Tesis. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Enfermería; 2017. Report No.: S/ISBN.
4. Rojas Tejas J, Zubizarreta Estévez M. Promoción y salud. Rev Cubana Enfermer. 2007 Diciembre; XXIII(1).
5. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud. [Online].; 2018 [cited 2021 Junio 14. Available from: <bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3358.pdf>.
6. Agusti C. Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. Segunda ed. Agusti C, editor. Lima: Editorial San Cristóbal de Huamanga.; 2013.

7. Organización Panamericana de la salud. Enfermedades no transmisibles: hechos y cifras. [Online].; 2019 [cited 2021 Junio 14. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.
8. Organización Panamericana de la salud. Enfermedades Transmisibles. [Online].; 2021 [cited 2021 Junio 14. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles>.
9. Grimaldo MP. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud. *Psicología y salud*. 2012 Diciembre; XXII(1).
10. Galo Amador ML. Estilos de vida en pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial que acuden al Centro Médico el Porvenir, Municipio de el Porvenir , Francisco Morzán, Honduras 2018-2020. Tesis maestría. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Salud Pública; 2020. Report No.: S/ISBN.
11. Soriano de Hernández AP. estilo de vida y enfermedades crónicas en personal de enfermería del Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña, San Salvador. Tesis de maestría. San Salvador: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Salud Pública; 2019. Report No.: S/ISBN.
12. Rodríguez García PL, Pérez Soto JJ, García Cantó E, Meseguer Zafra M, Salmerón Ríos R, Tárraga López PJ. Valoración del estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de 22 a 72 años de edad / Health-related lifestyle assessment among Spanish adults from 22 to 72 years. *Clínica e Investigación en Arterioesclerosis*. 2023 Enero–febrero; XXXV(1).
13. García-García JA, Cabello-Garza ML, Garza-Sánchez RI. Dimensiones de los estilos de vida saludable durante el confinamiento por COVID-19 en población mexicana. *Revista in Prospectiva*. 2022 Julio; N(34).

14. Cruz-León A, Morales-Ramón F, Arriaga-Zamora R, Núñez-Ramón MA, Acopa-Álvarez J, CdICG. Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes de Enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2022 Diciembre; XXX(4): p. 96-102.
15. París Pineda OM, Cárdenas Sandoval LK. Factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia en hogares de atención integral. Revista Cubana de Pediatría. 2022 Marzo; XCIII(4).
16. Tovar Jasso BB. Estilos de vida, obesidad y diabetes en población indígena y no indígena en zona urbana de Nuevo León. Tesis maestría. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León, Ciencias de la salud; 2018. Report No.: S/ISBN.
17. Canales Anampa NE. Relación entre autoestima, estilo de vida y espiritualidad-religiosidad de los estudiantes de maestría en educación en una universidad privada, Lima 2020. Tesis de Maestría en Educación con Mención en Investigación y Docencia Universitaria. Lima: Universidad Peruana Unión, Unidad de Posgrado de Ciencias Humanas y Educación; 2021. Report No.: S/ISBN.
18. Palacios Pintado EB. Relación entre los factores de riesgo para Diabetes Tipo II y los estilos de vida en pacientes que asisten al Centro de Salud Bellavista 2019. Tesis de Maestría. Callao: Universidad Nacional del Callao, Gerencia en salud; 2020. Report No.: S/ISBN.
19. Prado Ponte DE. Diagnóstico de la situación de salud del Asentamiento Humano Nueva Esperanza del distrito de Villa María del Triunfo. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Enfermería; 2019. Report No.: S/ISBN.
20. Ventura Suclupe AdP, Zevallos Cotrina ADR. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. ACC CIETNA: Para el cuidado de la salud. 2019 Junio; VI(1).

21. Vicente Calderón PS. Influencia del estilo de vida en la calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes de la escuela profesional de estomatología. Universidad Alas Peruanas Filial – Tacna – 2018. Tesis de maestro en ciencias. Arequipa: Universidad San Agustín de Arequipa, Salud Pública: Epidemiología y Demografía; 2019. Report No.: S/ISBN.
22. Lipa Tudela L. Estilos de vida y estrés en relación con el rendimiento académico en los adolescentes de la Institución Educativa Secundaria María Auxiliadora - Puno, 2017. Tesis doctoral. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Ciencias de la Salud; 2018. Report No.: S/ISBN.
23. Cotrina Hoyos LT, Quío Rubina AM. Estilo de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de San Fernando Pucallpa. Tesis. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali, Enfermería; 2020. Report No.: S/ISBN.
24. Giraldo Osorio A, Toro Rosero MY, AMML, Valencia Garcé CA, Palacio Rodríguez S. La promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2010 Junio; 15(1).
25. Marriner A, Alligood MR. Modelos y Teorías en Enfermería. Primera ed. Marriner A, Alligood MR, editors. LaHabana: Ciencias Médicas; 2007.
26. Morales J. Vida saludable. [Online].; 2016 [cited 2021 Junio 18. Available from: <https://www.interuniversidades.com/blogs/27700/811/vida-saludable>.
27. López Miñarro PÁ. Salud y actividad física. [Online]. Murcia; 2009 [cited 2021 Junio 18. Available from: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/5151/1/Actividad%20f%20y%20salud.pdf>.

28. Aguilar Molina R. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo. Tesis. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Enfermería; 2014. Report No.: S/ISBN.
29. López Fernández C. Dimensión biológica. [Online].; 2015 [cited 2023 Junio 29]. Available from: https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_biologica.
30. Equipo editorial, Etecé. Dimensiones del ser humano. [Online].; 2021 [cited 2023 07 03]. Available from: <https://concepto.de/dimensiones-del-ser-humano/>.
31. Universidad abierta y a Distancia de México. Sistemas y salud. [Online].; 2016 [cited 2023 Julio 02]. Available from: https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE2/PES/01/FSSA/unidad_02/descargables/FSSA_U2_Contenido.pdf.
32. Organización Mundial de la Salud. Alimentación sana [Online].; 2018 [cited 2023 Julio 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
33. Milton Laskibar I, González Martínez L. ¿Son iguales de adecuadas las proteínas de origen animal y vegetal para ganar masa y fuerza muscular? [Online].; 2022 [cited 2023 Julio 2]. Available from: <https://theconversation.com/son-igual-de-adecuadas-las-proteinas-de-origen-animal-y-vegetal-para-ganar-masa-y-fuerza-muscular-185896>.
34. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. Proteínas. [Online].; 2019 [cited 2023 Julio 2]. Available from: <https://www.fao.org/nutrition/requirements/proteinas/es/>.
35. Gal NJ, Ford AL, Dahl WJ. Datos sobre carbohidratos. [Online].; 2022 [cited 2023 Julio 2]. Available from: <https://edis.ifas.ufl.edu/publication/FS250>.

36. Bhupathiraju SN, Hu F. Hidratos de carbono, proteínas y grasas. [Online].; 2023 [cited 2023 Julio 2. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-nutricionales/introducci%C3%B3n-a-la-nutrici%C3%B3n/hidratos-de-carbono,-prote%C3%ADnas-y-grasas>.
37. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Primera ed. Latham MC, editor. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura (FAO); 2002.
38. National Institutes of Health -. Healthy Movements Your Body's Mechanics. [Online].; 2013 [cited 2023 Julio 2. Available from: <https://newsinhealth.nih.gov/2013/07/healthy-movements>.
39. Casajús Mallen A, Vicente-Rodríguez G. Ejercicio físico y salud en poblaciones especiales. Primera ed. Narváez J, editor. Madrid: Consejo Superior de Deportes; 2011.
40. Institutos Nacionales de la Salud EEUU. Los beneficios de dormir. Por qué hay que descansar bien durante la noche. [Online].; 2013 [cited 2023 Julio 2. Available from: <https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/los-beneficios-de-dormir>.
41. ASCCC Oeri y Bakhtawar. Cómo funciona el sueño. [Online].; 2022 [cited 2023 Julio 2. Available from: [https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/Biopsicolog%C3%ADa_\(OERI\)-_PROYECTO_DE_REVISI%C3%93N/11%3A_vigilia_y_sue%C3%B1o/1.02%3A_Qu%C3%A9_es_el_sue%C3%B1o](https://espanol.libretexts.org/Ciencias_Sociales/Psicologia/Biopsicolog%C3%ADa_(OERI)-_PROYECTO_DE_REVISI%C3%93N/11%3A_vigilia_y_sue%C3%B1o/1.02%3A_Qu%C3%A9_es_el_sue%C3%B1o).
42. Orejudo Hernández S, Royo Má F, Soler Nages JL, Aparicio Moreno L. Inteligencia emocional y bienestar. Primera ed. Orejudo Hernández S,

Royo Má F, Soler Nages JL, Aparicio Moreno L, editors. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2014.

43. López Fernández C. Dimensión social. [Online].; 2017 [cited 2023 Julio 02. Available from: https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_social.
44. Rodríguez Pardo R, Pablo Cepero R, García Rizo J. Actividades físicas recreativas para satisfacer los intereses y las. EFDeportes.com, Revista Digital. 2011 Febrero; XV(153).
45. Organización Panamericana de la Salud. Abuso de sustancias. [Online].; 2013 [cited 2023 Julio 2. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>.
46. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Pautas dietéticas para el alcohol. [Online].; 2022 [cited 2023 Julio 2. Available from: <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/moderate-drinking.htm>.
47. Vilaça Mendes E. Las redes de atención de. Primera ed. OPS , editor. Brasilia: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
48. Rare Commons. Prevalencia, comorbilidad e incidencia de una enfermedad. [Online].; 2016 [cited 2021 14 Junio. Available from: <https://www.rarecommons.org/es/actualidad/prevalencia-comorbilidad-incidencia-enfermedad>.
49. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades transmisibles y no transmisibles 2020. Primera ed. INEI , editor. Lima: INEI; 2021.
50. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por el virus del ZIKA. [Online].; 2016 [cited 2021 Junio 14. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/es/>.

51. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. S/E ed. INEI , editor. Lima: INEI; 2014.
52. Instituto Nacional de Salud. Programa de entrenamiento en salud pública dirigido a personal del servicio militar voluntario. Primera edición ed. INEI , editor. Lima: Creative Sidekick; 2018.
53. Organización Mundial de la Salud. Infecciones por helmintos transmitidas por el suelo. [Online].; 2020 [cited 2021 Junio 14. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>.
54. Medina Claros AF, Mellado Peña MJ, García López M, Piñeiro Pérez R, Martín Fontelos F. Parasitosis intestinales. [Online].; S/A [cited 2021 Junio 14. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis_0.pdf .
55. Ministerio de Salud. NTS N° 160-MINSA/2020 - Norma técnica para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú. [Online].; 2020 [cited 2021 Junio 14. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1097064/rm_306-2020-minsa.pdf.
56. Organización Mundial de la salud. Enfermedades no transmisibles. [Online].; 2021 [cited 2021 Junio 14. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
57. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Primera edición ed. MINSA , editor. Lima: MINSA; 2016.

58. Maza Cave MPdl, Díaz Corvalán J, Gómez Lagos R, Maíz Gurruchaga A. Dislipidemias. Primera edición ed. Escobar Fritzsche MC, editor. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2000.
59. Ortega Álvarez FR. Guía de práctica clínica Artritis reumatoide. Primera ed. Ortega Álvarez FR, editor. Lima: EsSalud; 2011.
60. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE "Artritis Reumatoide". Primera edición ed. MINSAL , editor. Santiago: MINSAL; 2013.
61. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía viviendo en el ámbito de las Cuatro Cuencas y el Río Chambira. Primera edición ed. MINSA , editor. Lima: Impresiones Nanay EIRL; 2020.
62. Instituto Nacional del Cáncer. Cardiopatía. [Online].; S/A [cited 2021 Junio 20. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/cardiopatia>.
63. Santiago Sáez A. Patología forense lección: Lesiones y contusiones. [Online].; 2017 [cited 2021 Junio 14. Available from: <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1653-2019-04-27-107-2017-12-06-Tema%201.%20Delito%20y%20falta%20de%20lesiones.pdf>.
64. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental. Primera ed. OMS , editor. Ginebra: Tushita Graphic Vision Sàrl; 2004.
65. Instituto Nacional de Estadística e Informática. II Censo de comunidades indígenas de la amazonía peruana. Primera ed. INEI , editor. Lima: INEI; 2007.
66. Congreso de la República Peruana. Ley de Comunidades Nativas y de Desarrollo Agrario de la Selva y de Ceja de Selva. [Online].; 1974 [cited 2021 Junio 14. Available from:

[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/0D41EC1170BDE30A052578F70059D913/\\$FILE/\(1\)leydecomunidadesnativasley22175.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/0D41EC1170BDE30A052578F70059D913/$FILE/(1)leydecomunidadesnativasley22175.pdf).

67. Defensoría del Pueblo. La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado. Primera edición ed. Pueblo Dd, editor. Lima: Consorcio Comercial Huascarán S.A.C.; 2008.
68. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de los pueblos indígenas de la Amazonía del Perú. Primera edición ed. MINSA , editor. Lima: MINSA; 2003.
69. Chirinos Rivera A, Zegarra Leyva M. Educación Indígena en el Perú. [Online].; 2004 [cited 2021 Junio 14. Available from: <http://disde.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/170/075.%20Educaci%c3%b3n%20ind%c3%adgena%20en%20el%20Per%c3%ba.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
70. Lim SS, Gaziano TA, Gakidou E, Reddy KS, Farzadfar M, Lozano R. Prevención de la enfermedad cardiovascular en individuos de alto riesgo en los países de ingresos bajos y medianos ingresos: efectos sobre la salud. Lancet. 2007 Diciembre; CCCVXX(964).
71. Organización Panamericana de la salud. Promoción de la salud: una antología. In Publicación científica No. 557; 1996; Washington. p. 3-5.
72. Palladino AC. El concepto "Campo de salud" una perspectiva canadiense. [Online].; 2010 [cited 2021 Julio 19. Available from: <https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/El%20concepto%20de%20Campo%20de%20Salud%20-%20Una%20perspectiva%20canadiense.pdf>.
73. Significados.com. Significado de Filosofía de vida. [Online].; 2013 [cited 2023 Julio 1. Available from: <https://www.significados.com/filosofia-de-vida/>.

74. Rojas J. Sentido de la vida: ¿qué nos dice la filosofía? [Online].; 2023 [cited 2023 Julio 1. Available from: <https://lamenteesmaravillosa.com/sentido-de-la-vida-que-nos-dice-la-filosofia/>.
75. Llorente A. ¿Cómo aplicar las ideas de la filosofía en la vida cotidiana? El filósofo alemán Wolfram Eilenberger te lo explica. [Online].; 2019 [cited 2023 Julio 1. Available from: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-46914172>.
76. Cuéllar H. Hacia un nuevo humanismo: filosofía de la vida cotidiana. Enclaves del pensamiento. 2009 Junio; III(5): p. 11-34.
77. Hueso Montoro C. El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. Index Enfermería. 2006 Diciembre; XV(55).
78. Uribe Cano JM. El concepto de salud y enfermedad: una reflexión filosófica. .
79. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud. [Online].; 2023 [cited 2023 Julio 1. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
80. García González R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. Revista Cubana de Salud Pública. 2011 Diciembre; XXXVII(1).
81. Álvarez Cordero R. La enfermedad como problema social. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2011 Junio; LIV(3).
82. Ruiz D. La salud y la enfermedad desde una perspectiva social e histórica. [Online].; 2018 [cited 2023 Julio 1. Available from: <https://www.revistacrisis.com/debate/la-salud-y-la-enfermedad-desde-una-perspectiva-social-e-historica>.

83. Cortés García CM. a investigación social en salud: un punto de encuentro para las ciencias sociales y las ciencias de la salud. Revista de la Facultad de Medicina. 2010 Diciembre; LVIII(4).
84. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Primera ed. Hernández R, Fernández C, Baptista P, editors. México (DF): Editorial McGraw-Hill; 2014.
85. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. Una versión en español del perfil de estilo de vida que promueve la salud. Investigación en enfermería. 1990 Enero; XXXIX(5).

ANEXOS



ANEXO 1. Cuestionario de Escala “Estilo de Vida” UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

ESCUELA DE POSTGRADO INSTRUMENTO ESCALA DE ESTILO DE VIDA

Elaborado por: Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR (85)

I. Presentación

Buen día, mi nombre Juana Montoya Bolívar, estudiante de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Ucayali. La presente investigación se realizará con la finalidad de obtener información, sobre los estilos de vida y enfermedades prevalentes. Para lo cual solicito de manera especial, se sirva contestar con veracidad las preguntas que a continuación se exponen, expresándole que los datos son de carácter anónimo y de fines exclusivos para la investigación.

II. Instrucciones:

- Complete los espacios en blanco y marque con un (X) la respuesta que considere adecuada.
- Nunca (N), es una conducta que no realiza, 0 veces.
- Algunas veces (Av.), es una conducta que pocas veces realiza, de 1 a 3 veces.
- Siempre (S), conducta que realiza diariamente o a cada instante.

III. Datos Generales:

1. Edad.....(Años).
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Indique hasta que año estudió.....
4. Estado Civil: Casado(a) () Soltero(a) () Conviviente () Viudo (a) ()
Divorciado (a) ()
5. Cuantas parejas viven en casa:
6. En la actualidad usted trabaja: Si () No ()
7. Si la respuesta anterior es afirmativa indique en que trabaja.....

Escala de Estilo de vida:

N°	Ítems	Criterios		
		nunca (N) 0	a veces (AV) 1	Siempre (S) 2
Biológico – Alimentación y dieta		N	AV	S
1.	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena			
2.	Todos los días, consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, leche, menestras y cereales.			
3.	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.			
4.	Consume usted 2 a 3 frutas diarias.			
5.	Consume alimentos bajo en grasas			
6.	Consume alimentos con mucha azúcar (dulces).			
7.	Consume alimentos con mucha sal			
Biológico – Actividad física		N	AV	S
8.	Realiza Ud., ejercicio físico por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana (correr, trotar, caminar, otros)			
9.	Diariamente realiza actividad física que incluya el movimiento de todo su cuerpo (caza, Pesca)			
Biológico – Descanso y sueño		N	AV	S
10.	Duerme usted de 5 a 6 horas diarias como mínimo.			
11.	Tiene usted diariamente un horario fijo para acostarse a dormir.			
Psicológico - Manejo del estrés y estado emocional		N	AV	S
12.	Identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.			
13.	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación con las personas que lo rodean, en su entorno laboral, social o familiar.			
14.	Con que frecuencia presenta tensión en el cuello y espalda, opresión en el pecho, tensión en mandíbulas.			
15.	Cuando Ud. se siente estresado realiza alguna de estas alternativas: medita, realiza ejercicios de relajación y de respiración profunda, otros.			
16.	Plantea frecuentemente alternativas de solución frente a situaciones de tensión o preocupación que se le presenta.			
17.	Con frecuencia mantiene relaciones interpersonales que le den satisfacción.			
Social - Recreación		N	AV	S
18.	Acude Ud. con frecuencia a eventos y/o reuniones sociales.			
19.	Realiza actividades recreativas.			
20.	Comparte Ud. con su familia en su tiempo libre.			
Social - Consumo de sustancias nocivas		N	AV	S
21.	Con qué frecuencia consume Ud. cigarrillos			
22.	Con qué frecuencia consume Ud. bebidas alcohólicas			

23.	Consume medicamentos sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos). O Vegetales: Cuales			
Social - Responsabilidad en salud		N	AV	S
24.	Realiza sus chequeos de salud de forma preventiva una vez cada año.			
25.	Cuando se expone al sol, usa protectores solares.			
26.	Controla frecuentemente su presión arterial.			
27.	Controla frecuentemente su peso corporal.			
28.	Se examina los senos o testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios; y/o realiza exámenes de detección de cáncer de mama, papanicolaou o examen de próstata.			
29.	Toma las medidas de bioseguridad necesarias para evitar riesgo biológico en su práctica laboral (batas, guantes, mascarilla, etc.)			



**ANEXO 2. Ficha de recolección de datos.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**



ESCUELA DE POSTGRADO

FICHA DE RECOLECCIÓN: ENFERMEDADES PREVALENTES

I. Instrucciones:

- Complete los espacios en blanco y marque con un (X) la respuesta que considere adecuada.

Antecedentes familiares	Si	No
En su entorno familiar presentan antecedentes de enfermedades		
Describa cuáles son esas enfermedades:		

Enfermedades actuales	Si	No	
Infectocontagiosas (Transmisibles)	- EDA		
	- IRAS		
	- Dengue		
	- COVID		
	- Parasitosis		
	- Otros (Describa cual)		
Cónico degenerativas (No transmisibles)	- Obesidad		
	- Diabetes		
	- Dislipidemia		
	- Hipertensión		
	- Artritis		
	- Cáncer		
	- Cardiopatías		
	- Otros (Describa cual)		

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



ANEXO 3. Consentimiento Informado
UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
ESCUELA DE POSTGRADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO



A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: Estilos de vida saludable y su relación con enfermedades prevalentes en la comunidad nativa Santa Rosa de Laulate – Atalaya – 2021. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

FIRMA