

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Medicina Humana



*Una Institución Adventista*

**Factores asociados a la percepción del estado de salud en  
pobladores de la Urbanización La Alameda, Lurigancho-Chosica,  
2020**

Por:

Vasti Nátaly Vallejos Quezada  
Aelleen Marjorin Fernandez Soplá

Asesor:

Mc. Luis Felipe Segura Chávez

Lima, febrero del 2020

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Vasti Nátaly Vallejos Quezada y Aelleen Marjorin Fernandez Sopla, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

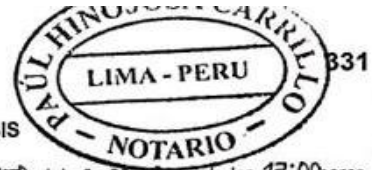
Que el presente informe de investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN POBLADORES DE LA URBANIZACIÓN LA ALAMEDA, LURIGANCHO-CHOSICA, 2020" constituye la memoria que presentan los Bachilleres Vasti Nátaly Vallejos Quezada y Aelleen Marjorin Fernandez Sopla para aspirar al título de Profesional de Médico Cirujano, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad de los autores, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 26 días de febrero del año 2020.



Mc. Luis Felipe Segura Chávez



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a veintiseis día(s) del mes de febrero del año 2020 siendo las 17:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mg. Eddo Evnet Newball Noriega, el secretario: Mg. Rafael Calla Mercado y los demás miembros: Mg. Guido Angelo Huopaya Flores y el asesor Mc. Luis Felipe Segura Chávez

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: Factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la Urbanización La Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Vasti Nátaly Vallejos Quezada  
 b) Aelleen Marjorin Fernandez Sopla  
 conducente a la obtención del título profesional de Medico Cirujano  
 (Nombre del Título Profesional)

con mención en.....

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Vasti Nátaly Vallejos Quezada

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy Bueno	Sobresaliente

Candidato (b): Aelleen Marjorin Fernandez Sopla

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	17	B+	Muy Bueno	Sobresaliente

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

[Firma]  
Presidente  
[Firma]  
Asesor  
[Firma]  
Candidato/a (a)

\_\_\_\_\_  
Miembro

[Firma]  
Secretario  
[Firma]  
Miembro  
[Firma]  
Candidato/a (b)

## DEDICATORIA

A nuestro Dios,  
fuente de la sabiduría en todo tiempo.

Vasti

A mis padres Daniel y Ruth

A mis tíos Esther y Juan

A mi hno. Dany Daniel

Quienes son el motor que me impulsa  
a seguir cada paso en esta etapa de mi vida  
y me motivan a seguir confiando en  
Dios que todo lo puede.

Marjorin

A mis padres

Magno y Elsa

A mi esposo Johan

A mi hermana Lleny

Quienes son de inspiración y me motivan  
a vivir en el presente con alegría y a afrontar el  
futuro con esperanza y confianza.

## **AGRADECIMIENTOS**

Realizar nuestra tesis es más difícil de lo que pensábamos y más gratificante de lo que jamás hubiéramos imaginado. Nada de esto hubiera sido posible sin la dirección de nuestro Creador y sin el apoyo incondicional de nuestros padres.

También hay muchas personas que ayudaron a llevar nuestro trabajo a buen término, y estamos muy agradecidos a todos ellos. Una vez que este trabajo comenzó a transformarse de un concepto de nuestras mentes a un manuscrito, hubo muchas personas involucradas que merecen agradecimiento y ser reconocidas. Algunos de ellos son: Daniel Vallejos Naval, Ruth N. Quezada Moreno, Magno Fernández Villa y Elsa Soplá Labajos; por confiar en nosotras y por el valioso e incansable apoyo que nos brindaron paso a paso durante el desarrollo de nuestro trabajo. Dr. Luis F. Segura Chávez, con sus excelentes sugerencias para hacer de este un mejor trabajo del que podríamos haber realizado sin sus consejos. Dr. Ronny C. Troncos y Dr. Manuel C. Toledo, por permitirnos mantener la visión de un producto terminado.

Sus ideas, sus sugerencias y sus habilidades nos ayudaron a llegar al punto en que pudiéramos decir del manuscrito original: “¡Sí, finalmente lo logramos!” Gracias a nuestro esfuerzo, sus esfuerzos y su aliento, hoy nosotras estamos cumpliendo una milla más en este camino que nos hemos trazado.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO .....	VI
1. Planteamiento del problema .....	10
2. Formulación del problema .....	11
3. Objetivos de la investigación .....	11
3.1. Objetivo general .....	11
3.2. Objetivos específicos.....	11
4. Justificación del problema .....	12
4.1. Aporte teórico .....	12
4.2. Aporte metodológico.....	12
4.3. Aporte práctico y social.....	12
5. Presuposición filosófica .....	13
1. Antecedentes .....	14
2. Marco teórico .....	17
2.1. Estado de salud.....	17
2.1.1. Definición.....	17
2.1.2. Dimensiones del estado de salud .....	18
2.2. Factores de riesgo.....	25
2.2.1. Conductuales.....	25
2.2.2. Fisiológicos.....	27

2.2.3. Sociodemográficos .....	29
2.2.4. Genéticos.....	30
3. Definición de términos .....	31
1. Diseño y tipo de investigación .....	33
2. Delimitación geográfica .....	33
3. Participantes .....	33
3.1. Población.....	33
3.2. Población.....	33
3.3. Muestra .....	34
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión .....	34
4. Variable.....	34
4.2. Operacionalización de variables .....	34
5. Técnica e instrumento de recolección de datos .....	40
6. Proceso de recolección de datos.....	41
7. Procesamiento y análisis de datos .....	41
8. Consideraciones éticas .....	41
1. Resultados .....	43
2. Discusión .....	49

CAPÍTULO V.....	51
REFERENCIAS.....	53
Anexo 2. Consentimiento .....	67



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020. ....	43
Tabla 2. Factores conductuales de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.....	44
Tabla 3. Factores fisiológicos de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.....	45
Tabla 4. Factor genético de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.....	46
Tabla 5. Percepción del estado de la salud de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020. ....	46
Tabla 6. Análisis bivariado de los factores y la percepción del estado de salud de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.....	47
Tabla 7. Análisis multivariado de los factores y la percepción del estado de salud de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.....	48

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diferencias entre dolor agudo y crónico .....	21
Figura 2. Diferencias entre dolor somático y visceral .....	21
Figura 3. Clasificación de Índice de Masa Corporal .....	28
Figura 4. Valores de riesgo de perímetros de cintura y cadera en varones y mujeres .....	29

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar los factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020. **Metodología:** Estudio de diseño no experimental, de corte transversal de tipo explicativa, se encuestaron 230 personas que viven en la urbanización Alameda, los resultados fueron procesados en el programa estadístico STATISTIC. **Resultados:** Los factores grado de instrucción, ingreso económico mensual, el trabajo dependiente y el índice cintura/cadera tuvieron relación con la percepción del estado de salud (p valor menor a 0,05). Los factores ingreso mensual, servicios básicos, el índice cintura/cadera y las dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte y los hábitos alimenticios; se asocian a la percepción del estado de la salud (p valor menor a 0,05). **Conclusión:** Los factores asociados a la percepción del estado de salud son el grado de instrucción, el ingreso económico, el trabajo dependiente, el índice cintura/cadera, la condición, actividad física, deporte y hábitos alimenticios.

Palabras clave: Factores asociados, estado de salud, percepción.

## ABSTRACT

**Objectives:** To determine the factors associated with the perception of the state of health in residents of the Urbanization Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020. **Methodology:** Study of non-experimental design, cross-sectional of explanatory type, 230 people living in the urbanization were surveyed Alameda, the results were processed in the STATISTIC statistical program. **Results:** The factors degree of instruction, monthly economic income, dependent work and waist / hip index were related to the perception of health status (p value less than 0.05). The factors monthly income, basic services, waist / hip index and lifestyle dimensions: condition, physical activity and sport and eating habits; they are associated with the perception of the state of health (p value less than 0.05). **Conclusion:** The factors associated with the perception of health status are the degree of instruction, economic income, dependent work, waist / hip index, condition, physical activity, sport and eating habits.

Keywords: Associated factors, health status, perception

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reportó que, en el 2014, la esperanza de vida de mujeres y hombres en el mundo era de 72,7 y 68,1 años, respectivamente. Asimismo, las principales causas de muerte prematura, en la población general, eran: Cardiopatía isquémica, Infecciones de vías respiratorias inferiores y Accidentes cerebrovasculares (1). Sin embargo, el reporte del 2019, reveló una mejora de la esperanza de vida en 5,5 años; y colocó a los accidentes de carretera como segunda causa de muerte prematura, permaneciendo las enfermedades cardiovasculares en primer lugar (2). Lejos de pensar que estos resultados podrían deberse a un mejor acceso a los servicios sanitarios, a menor índice de pobreza o una práctica de hábitos saludables; según Shields y Shooshtari (3), se deberían a la producción de nuevos medicamentos o tecnología médica para el tratamiento de las enfermedades, ya que se ha observado que la población adulta mayor cada vez percibe una peor calidad de vida debido a enfermedades crónicas.

Por otro lado, últimos informes de la OMS, demostrarían que las enfermedades no transmisibles (ENT) como la HTA, DM tipo 2, cáncer y la obesidad, matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivaldría al 71% de las muertes que se producen en el mundo. De igual manera, el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de estas patologías (1,2,4). Por tanto, su detección precoz se ha convertido en uno de los principales determinantes para su prevención y tratamiento oportuno.

Sin embargo, en algunos países con grandes poblaciones, realizar estudios epidemiológicos basados en la población suelen ser muy costosos y requiere una gran cantidad de recursos humanos y tecnológicos. Del mismo modo, se necesitan exámenes clínicos en algunos estudios, lo que aumenta los recursos necesarios y, por lo tanto, los hace inviables. Además, en poblaciones pequeñas y en nuestro caso, aledañas a nuestro centro de

estudio no se cuenta con estudios de este tipo en la comunidad por lo cual es preocupante y alarmante que no se tome la importancia necesaria que es la prevención implicada en el primer nivel de salud en nuestra propia zona.

Como resultado a esta realidad, la autopercepción individual de la salud ha ido aumentando su importancia como parámetro para la evaluación del estado de salud de la población. Como medida, puede considerarse un fuerte predictor de salud debido a su relación con las condiciones clínicas y otros indicadores de morbilidad y mortalidad (5).

Es importante resaltar la subjetividad más allá de la autoevaluación de la salud porque su medida es el resultado de una compleja red de factores, que incluye características individuales, experiencias personales y también el entorno donde viven estos sujetos. Esto se basaría, en diversos estudios, donde se ha demostrado asociación entre la desigualdad socioeconómica y el capital social con una mala autopercepción de la salud, fortaleciendo la importancia de la teoría de la determinación de la salud social (4).

## **2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020?

## **3. Objetivos de la investigación**

### **3.1. Objetivo general**

Determinar los factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020

### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar los factores sociodemográficos, conductuales, fisiológicos y genéticos de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.
- Determinar la percepción del estado de salud que tienen los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.
- Determinar la asociación de los factores sociodemográficos con la percepción del estado de salud que tienen los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.

- Determinar la asociación de los factores conductuales con la percepción del estado de salud que tienen los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.
- Determinar la asociación de los factores fisiológicos con la percepción del estado de salud que tienen los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.
- Determinar la asociación de los factores genéticos con la percepción del estado de salud que tienen los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.
- 

#### **4. Justificación del problema**

##### **4.1. Aporte teórico**

El estudio brindará bibliografía actualizada sobre las variables de estudio. Además, podrá ser utilizado como antecedente en próximas investigaciones.

##### **4.2. Aporte metodológico**

El cuestionario “Estado General de Salud (MOS)” versión abreviada, fue validada por juicio de expertos favoreciendo su uso en población peruana. Del mismo modo, la base de datos ofrecerá un diagnóstico situacional de la salud de los pobladores de la Alameda.

##### **4.3. Aporte práctico y social**

Los resultados permitirán al comité administrativo de la comunidad, a la municipalidad de Lurigancho-Chosica y al puesto de salud de la zona; implementar programas que mejoren la calidad de vida de sus ciudadanos.

##### **4.4. Aporte ambiental**

Esta investigación nos permitirá obtener conceptos claros sobre la percepción del estado de salud en la comunidad mediante el cual permitirá un mejor manejo del primer nivel en salud.

##### **4.5. Aporte profesional**

Este proyecto nos permitirá elaborar posteriormente la tesis para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano.

## 5. Presuposición filosófica

White (6) afirma que:

*“Vi que era un sagrado deber cuidar de nuestra salud y animar a otros al mismo deber... Tenemos como responsabilidad hablar y luchar contra la intemperancia de cualquier especie —intemperancia en el trabajo, en el comer, en el beber, en el uso de remedios— y presentar los grandes remedios de Dios: el agua pura y potable, en la enfermedad, en la salud, en la higiene y en gran abundancia... Vi que no debemos callarnos sobre el asunto de la salud, sino despertar nuestra mente para esto. No sé ni es seguro ni agradable a Dios que, después de violar las leyes de la salud, busquemos al Señor, pidiendo que vele sobre nuestra salud y nos guarde de las enfermedades, cuando nuestros hábitos contradicen nuestras oraciones”.*



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 1. Antecedentes

Machón, Vergara, Dorronsoro, Vrotsou y Larrañaga (7) realizaron una investigación en el 2016, en España, titulado: “Salud autopercibida (SPH) en personas mayores funcionalmente independientes: factores asociados”. El estudio fue transversal y se realizaron entrevistas personales con personas mayores funcionalmente independientes no institucionalizadas en la provincia de Gipuzkoa. Se preguntó a los participantes: "En general, ¿diría que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?". Las respuestas se agruparon en dos categorías: buenas y malas. La regresión logística binaria se utilizó para identificar los factores asociados con la falta de SPH. Los resultados revelaron que, de un total de 634 individuos, el 55% fueron mujeres y la edad media fue de 74,8 años. Alrededor del 18% de los encuestados calificaron su salud como pobre. En el modelo multivariado ajustado por edad y sexo, la mala salud informada se asoció significativamente con la polifarmacia ( $\geq 3$  medicamentos por día) (OR: 5,76; IC del 95%: 3,60–9,18), la presencia de discapacidad sensorial (OR: 1,87, 95 % CI: 1.15–3.04), mala calidad del sueño (OR: 1.82, IC 95%: 1.02–3.28), mal patrón de nutrición (OR: 2.37, IC 95%: 1.08–5.21), no participar en actividades cognitivamente estimulantes (OR: 4.08, IC 95%: 1.64–10.20), o actividades sociales grupales (OR: 2.62, IC 95%: 1.63–4.23).

Peláez, Acosta y Carrizo (8), realizaron un estudio en el 2015, en Argentina, titulado: “Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores”. El diseño fue transversal y de regresión bivariada y múltiple, estuvo conformada por 452 personas adultas mayores, de los cuales 308 fueron de estrato social, cultural y económico medio y 134 alto. El instrumento empleado fue de elaboración de los propios autores. Los resultados evidenciaron que más de la mitad de los participantes percibían su salud como positiva. Asimismo, la percepción negativa de la salud se asoció con la falta de un seguro médico, no contar con un ingreso fijo o inferior a los 250 dólares, depender de ayuda de terceros para realizar sus actividades diarias, padecer de alguna enfermedad crónica, grado de instrucción bajo y estar

insatisfecho con su vida. Por otro lado, al análisis multivariado, las enfermedades crónicas predijeron significativamente la autopercepción del estado de salud.

Machado y colaboradores (9) realizaron una investigación en el 2013, en Brasil, titulado: "Factores asociados con la autopercepción de la salud entre las mujeres brasileñas de 50 años o más: un estudio de base poblacional". El estudio fue transversal, utilizando datos autoinformados de una encuesta de hogares realizada en una muestra de 622 mujeres de 50 años o más. Se evaluaron los factores sociodemográficos y clínicos asociados con la percepción de las mujeres sobre su propia salud (muy buena, buena, regular, pobre o muy pobre). Los resultados indicaron que la probabilidad de asociación de enfermedades crónicas con la percepción de la salud de una mujer como regular, pobre o muy pobre aumentó en un 97% cuando al menos dos morbilidades estaban presentes, mientras que para cada punto (kg / m<sup>2</sup>) aumentó en el cuerpo índice de masa, la probabilidad de asociación con su percepción de su salud como más pobre aumentó en un 2% (IC 95%, 1.01-1.04). La probabilidad de asociación disminuyó en un 50% si tenía más de 8 años de escolaridad (IC 95%, 0.36-0.70), en un 29% si tenía seguro médico (IC 95%, 0.59-0.86) y en un 32% si realizó ejercicio físico semanalmente (IC 95%, 0,54-0,86).

Limm y colaboradores (10), realizaron un estudio en el 2012, titulado: "Factores asociados con las diferencias en la salud percibida entre los desempleados de las duración alemanes". El método fue transversal, la muestra estuvo conformada por 365 personas, utilizándose el cuestionario SF-12 para medir su autopercepción de salud y diversas características sociodemográficas y de salud. Los datos de salud percibidos de la muestra se compararon con la población de referencia alemana SF-12. Se aplicaron análisis bivariados y modelos de regresión lineal múltiple para identificar aquellas variables significativamente asociadas con la salud percibida. Los resultados revelaron que la población del estudio informó peor salud percibida en comparación con la población general. Los análisis mostraron que la salud mental percibida fue significativamente peor en las mujeres, entre las personas con puntajes elevados de depresión y ansiedad, y en los participantes que informaron niveles reducidos de actividad física. La salud física percibida fue significativamente menor entre las personas mayores, los participantes con un IMC más alto y los participantes con puntajes elevados de depresión y ansiedad. Tanto la salud mental como la física fueron peores entre los desempleados asignados a un centro de empleo en comparación con los que se dedican al mercado laboral secundario.

Kaleta, Polańska, Dziańkowska, Hanke y Drygas (5) elaboraron un estudio en el 2009, en Polonia, titulado: "Factores que influyen en la autopercepción del estado de salud". El método fue transversal y la muestra estuvo conformada por 1 056 adultos seleccionados al azar con edades entre los 20 y 74 años del distrito de Lodz. Los resultados informaron que, más del 30% de los sujetos describieron su salud como pobre o muy pobre. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con respecto a la autopercepción de la salud ( $p > 0.05$ ). Las personas mayores informaron con mayor frecuencia su salud como pobre y muy pobre en comparación con los menores de 25 años. Las personas con un nivel educativo más bajo percibieron su salud como peor en comparación con aquellos con diploma universitario (hombres  $RR = 5.3$ ;  $p < 0.001$ ; mujeres  $4.6$ ;  $p < 0.001$ ). El riesgo de indicar la salud como pobre o muy pobre fue mayor para los hombres y mujeres desempleados en comparación con los empleados ( $p < 0.001$ ). Los hombres que no indicaron actividad física en el tiempo libre describieron su salud como pobre o muy pobre que los hombres con un nivel satisfactorio de actividad física recreativa ( $RR = 2.2$ ;  $p < 0.01$ ). Los hombres actuales y ex fumadores describieron su salud como peor en comparación con los no fumadores (fumadores actuales  $RR = 1.5$ ;  $p > 0.05$ ; ex fumadores  $RR = 1.8$ ;  $p > 0.05$ ).

Mikilajczyk y colaboradores (11) realizaron una investigación en el 2008, titulado: "Factores asociados con el estado de salud autoevaluado en estudiantes universitarios: un estudio transversal en tres países europeos". Los datos fueron recogidos de la Encuesta internacional de salud estudiantil, realizada en 2005 en universidades de Alemania, Bulgaria y Polonia ( $n = 2103$ ; edad media = 20,7 años). El estado de salud autoevaluado (SRHS) se evaluó con una sola pregunta utilizando una escala de cinco puntos que variaba de "excelente" a "pobre". El estudio también midió una amplia gama de variables que incluyen: salud física y psicológica, estudio, contactos sociales / apoyo social y estado sociodemográfico. Los resultados reportaron que las quejas psicosomáticas fueron los indicadores más importantes para formar un marco de calificación para el SRHS de los estudiantes. Hubo pocas diferencias en los efectos de las variables asociadas con SRHS por género (bienestar: una medida de salud psicológica) y las variables asociadas con SRHS por país (bienestar y autoeficacia). Las variables restantes mostraron efectos homogéneos para ambos sexos y para los tres países.

Gallegos, García, Duran, Hortensia y Durán (12), en el 2006, realizaron un estudio titulado: "Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México". El diseño fue transversal y de regresión múltiple. La fuente de datos fue la Encuesta Nacional de Salud 2000 que contó con una base de 7322 adultos mayores. Los resultados indicaron que, el 19,8%

percibió su salud entre malo y muy malo. Asimismo, los factores que explicaron su mala salud fueron: la edad, ser mujer, no estar afiliado a ningún tipo de seguro de salud, ser divorciado, trabajar en el hogar, presentar alguna incapacidad, presentar alguna patología crónica y haber sufrido algún accidente.

Díaz (13), en el 2001, realizó una investigación en México, titulado: "Percepción del estado de salud y estilo de vida en trabajadores de una Refinería". El diseño fue correlacional y estuvo conformado por 196 trabajadores a los que se les aplicó los cuestionarios: Perfil de Estilos de Vida Promotor a la Salud (PEPC II) y la Encuesta General de Salud (MOS). Los resultados demostraron que, los factores: percepción del estado de salud, ingreso económico, IMC y ejercicio explican los estilos de vida de los trabajadores. Asimismo, se encontró diferencias en la responsabilidad con la salud de acuerdo a la edad.

## **2. Marco teórico**

### **2.1. Estado de salud**

#### **2.1.1. Definición**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la salud como "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", existe una serie de controversias respecto a esta definición, ya que anteriormente solo se definía a la salud como la ausencia de enfermedad, sin embargo solo calificarlo de esta manera sería una definición en círculo, que en realidad no define nada, es por ello que se actualizó su definición; sin embargo Laín Entralgo crítico de esta definición propone que esta definición está totalmente errada, debido a que el mismo ambiente en que dos personas pueden vivir, puede ser perjudicial para uno pero muy acogedora para otra, es decir por ejemplo, si una persona alérgica a la humedad vive en zona costera, nunca gozará de un estado de salud óptimo, debido al problema que tiene, dado que la costa de por sí es una zona bien húmeda, por otro lado una persona no alérgica a la humedad, residirá sin problemas en una zona costera; es por esto que Entralgo plantea, que la definición de estado de salud no debe ser totalmente universal, sino adecuada a cada individuo entorno a los antecedentes que este presenta, el lugar en donde reside y el entorno que este lo rodea (14).

Para poder explicar mejor el concepto de Entralgo, se debe tomar varios aspectos, uno de estos es el contenido morfológico, esto equivale a que no exista lesión anatómica, celular, subcelular o bioquímica; Entralgo tomó a lo bioquímico como aspecto microscópico del ser

humano, esto quiere decir que el ser humano no tenga ningún tipo de alteración en el momento prenatal y la concepción, ya sea de causa genética o hereditaria, el individuo debe tener la ausencia de cualquier alteración de esta índole ya desde el momento de la concepción (14,15). El segundo criterio que toma Entralgo, es el aspecto etiológico, él explica que al encontrar un virus, bacteria, hongo u otro agente patógeno en el cuerpo del individuo ya estaría gozando de un mal estado de salud; sin embargo podríamos discutir este aspecto con el científico Entralgo, debido a que existen los llamados "portadores sanos", es decir puede existir agentes patógenos dentro del cuerpo de la persona, pero no le causan mayor alteración en su estado de salud (15) .

El tercer aspecto que toma Entralgo es el funcional, engloba las constantes vitales de cada ser humano, estas deben estar en valores normales y ser constantes sin ningún tipo de alteración en sus valores; a su misma vez, se debe tener un orden tanto cualitativamente como cuantitativamente de las funciones orgánicas del ser humano, de haber algún tipo de alteración en el funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas, el individuo no estará gozando de un buen estado de salud (14).

Hay otros dos componentes que engloba su definición de estado de salud, este es el conductual y el utilitario; el primero tiene que ver que el individuo mantenga un comportamiento aceptado para el resto de la población en ambientes en donde tenga que ser respetada la sociabilidad, de no ser así el individuo tendrá algún problema de índole psicológico o psiquiátrico; el segundo es un punto bien curioso pero también discutido en la teoría de Entralgo, ya que este menciona que el ser utilitario es lo que el individuo debe dar de lo que espera la sociedad de este; es decir vivir de acuerdo a las expectativas de otras personas, sin embargo, esta no sería una buena práctica de buen estado de salud, ya que el hombre o mujer, viviría para satisfacer los gustos y demandas de los demás y no forjar su propia felicidad (15).

En resumen, de acuerdo con los criterios objetivos, un ser humano debe aparecer "ileso" (es decir, sin lesión), limpio, normorreactivo, útil e integrado, para que el médico que juzga su estado lo considere sano (14,15).

### **2.1.2. Dimensiones del estado de salud**

#### *Función física*

La función física del ser humano engloba mucho más, de lo que el individuo pueda realizar físicamente de manera externa, a lo que explícitamente se refiere la función física es a las

funciones internas de cada ser humano, es decir las funciones orgánicas que hacen posible la vida (15,16). Esto se puede dividir en 2 grandes grupos, el primero en funciones vitales y el segundo en funciones no vitales; dentro de las funciones vitales tenemos que definir que son todas aquellas que son muy importantes para que el ser humano pueda vivir, ya que sin ella la vida no sería posible, estas son:

- Nutrición, guardan relación con la respiración, alimentación, excreción de cada célula de nuestro organismo
- Relación, son las que ejercen control sobre el cuerpo humano por parte del sistema nervioso central y periférico
- Reproducción, es necesaria para la conservación de la especie (16).

Y en segundo lugar las funciones no vitales, son las que no son esenciales para vivir, por ejemplo, el caminar, el jugar, el hablar, el escuchar, sin embargo hay una controversia en torno a estas funciones no vitales ya que si bien es cierto no son indispensables para vivir, el hecho de no practicarlos conlleva a una serie de enfermedades que afectan la vida del ser humano, por ejemplo el sedentarismo, que se ha asociado a enfermedades cardiovasculares y arteriales periféricas (14,16).

#### *Rol físico*

En la actualidad, se sabe el papel importante que cumple el ejercicio físico dentro del buen estado de salud de cada persona, el ejercicio se debe practicar por lo menos treinta minutos, cinco veces por semana, para así evitar problemas cardiovasculares; arteriales periféricos, alteraciones venosas, problemas musculares; pero no solo influye en el control de ciertas enfermedades, sino también en el aspecto emocional y psíquico de la persona; una persona que realiza ejercicio regularmente tiene un mayor porcentaje de memoria a corto y largo plazo, mayor capacidad de aprendizaje, menos problemas con la concentración y déficit de atención; asimismo tienden a tener un mayor control de sus impulsos emocionales (17).

El papel del ejercicio físico como ya se describió es útil en múltiples ámbitos del ser humano, hoy en día el sedentarismo, es decir el no hacer práctica de deporte, va en aumento a nivel mundial, este conlleva a un mayor porcentaje de sufrir síndrome de apnea del sueño, que es un problema que va en aumento en nuestro medio y que incluso en unos años podría llegar a ser un problema de salud pública; por lo tanto el ejercicio físico conlleva a un mejor estado de salud, no solo físico sino también emocional, intelectual, cognitivo y psicológico de la persona que lo practica (16,17).

### *Dolor corporal*

Actualmente, la definición de dolor es una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial. Hay múltiples clasificaciones del dolor, tenemos que según su temporalidad, lo podemos clasificar en dolor agudo y dolor crónico, el primero se refiere a un dolor de comienzo reciente, de duración breve y que cede en cuestión de minutos u horas, de acuerdo a la magnitud del factor que lo causó; entre estos factores tenemos los dolores viscerales, que engloba dolor específico de algún órgano, dolores musculoesqueléticos, como fracturas, artropatías, contusiones; además de ello el dolor por quemaduras o dolor posoperatorio (18). Por otro lado, el dolor crónico se extiende más allá de la lesión tisular o la afectación orgánica con la que, inicialmente, existió relación. También puede estar relacionado con la persistencia y repetición de episodios de dolor agudo, con la progresión de la o las enfermedades que sufre el individuo, o con la aparición de complicaciones de las mismas y con cambios degenerativos en estructuras óseas y musculoesqueléticas. Ejemplos de lo dicho son el cáncer, fracturas patológicas secundarias, artrosis y artritis, neuralgia postoperatoria, etc. (16,17).

Asimismo, podemos clasificar al dolor según sus manifestaciones en dolor somático y visceral, el dolor somático se refiere al dolor de tipo localizado en un área específica del cuerpo humano, de carácter pulsátil y es constante, generalmente son los dolores que provienen de la piel, músculo, hueso. El dolor visceral por su parte es un dolor sordo, es decir no tiene origen localizado, difuso, descrito usualmente por los individuos que lo aquejan como un dolor pesado o fraccionado, este tipo de dolor proviene de mucosa o serosa de los órganos internos del cuerpo, así como de músculo liso que envuelve a los diferentes órganos y algunos vasos sanguíneos que pueden verse comprometidos (17,19).

DIFERENCIAS	DOLOR AGUDO	COLOR CRÓNICO
1. Finalidad	Inicial-Biológica	Inicial-Destructiva
2. Duración	<b>Temporal</b>	Persistente
3. Mecanismo generador	Unifactorial	Multifactorial
4. Componente afectado	Orgánico +++ Psíquico +	Orgánico + Psíquico +++
5. Respuesta orgánica	Adrenérgica: aumento de FC, FR, TA, sudoración, dilatación pupilar	Vegetativa: anorexia, estreñimiento, menor libido, insomnio
6. Componente afectivo	Ansiedad	Depresión
7. Agotamiento físico	NO	SI
8. Objetivo terapéutico	Curación	Alivio y Adaptación

Figura 1. Diferencias entre dolor agudo y crónico

Fuente: Moroto y Núñez, 2006 (19)

DIFERENCIAS	DOLOR SOMÁTICO	DOLOR VISCERAL
1. Nociceptores	Periféricos	Inespecíficos
2. Estructuras lesionadas	Piel, músculos, ligamentos. Huesos...	Vísceras (serosas, mesos)
3. Transmisión del dolor	Sistema nervioso periférico	Sistema nervioso autónomo
4. Estímulos generadores del dolor	Térmicos, barométricos, químicos, mecánicos	Isquemia e hipoxia, inflamación o distensión
5. Carácter del dolor	Superficial, localizado	Profundo, interno, mal localizado
6. Reacción vegetativa	Escaso	Intenso
7. Componente emocional	Escaso	Intenso
8. Clínica acompañante	No suele existir	Dolor referido, hiperestesia local, espasmos musculatura estriada
9. Respuesta analgésica	AINE: ++/+++ OPIOIDES: +/++	AINE: +/++ OPIOIDES: ++/+++

Figura 2. Diferencias entre dolor somático y visceral

Fuente: Moroto y Núñez, 2006 (19)



### *Salud general*

El estado de salud general es un estado que engloba múltiples ámbitos de la vida del ser humano, es decir muchos piensan que la salud solo engloba el estado físico de la persona, pero esto no es así; si bien es cierto el ejercicio físico de una persona es un factor muy importante para el bienestar de esta, hay muchos otros factores que engloban un buen estado de salud general, estos son los factores emocionales, psíquicos, mentales, sociales y psicológicos que cada persona independientemente tiene; entonces cualquier alteración o déficit en estos aspectos que desarrolla el ser humano equivale a un mal estado de salud general, ya que puede estar bien en muchos de estos, pero si hay un desequilibrio en solo alguno de ellos, la persona no se desenvolverá de la manera normal como esta lo viene realizando cotidianamente (20).

### *Vitalidad*

La vitalidad, se puede definir como una cualidad de los organismos vivos, relacionada directamente con el movimiento y su calidad, con sus acciones y la energía requerida para los procesos vitales. En una perspectiva, del desarrollo, en el niño, la vitalidad, emerge como una característica conectada a su personalidad, relacionada con experiencias placenteras, originadas en la identificación corporal en la infancia y su desarrollo tiene que ver con formas relacionales desde el nacimiento, sugiriendo no sólo raíces corporales, sino cerebrales y neurobiológicas, especialmente en el hemisferio derecho del cerebro, de manera que la vitalidad es también un marcador importante de la organización del auto yo (21). Las definiciones de vitalidad, convergen en algunos puntos, como por ejemplo, el hecho de estar relacionado con condiciones físicas como la energía, y la disposición positiva; la vitalidad conlleva un sentido del ser de restauración y de regeneración, contiene el sentimiento positivo y la posesión de energía personal y elementos psicológicos como el entusiasmo, la inspiración y la motivación y los recursos internos. Normalmente, en la vida cotidiana, se habla de tener vitalidad, de recargar energía y de sentirse vivo, esta sensación subjetiva puede ser evaluada por el individuo que se corresponde con un estado de actividad para poder responder a las demandas y exigencias de la vida diaria de manera eficaz. El individuo, tiene una necesidad psicológica básica originada en la acción, estrechamente relacionada con la vitalidad, que contiene un elemento como la motivación intrínseca, la cual es un comportamiento autónomo por naturaleza referida al placer derivado de una acción, relacionada con comportamientos

como la curiosidad, la exploración y la experimentación con lo novedoso. La motivación tiene que ver con lo que mueve a la persona a actuar, pensar y a desarrollarse (20,21).

### *Función social*

En lo que respecta a la función social, aunque parezca menos importante como factor para una buena salud, es totalmente todo lo contrario a lo creído, la función social no solo depende de la educación es decir, el estatus económico y social en donde te ubique la profesión que has optado por desarrollar, que es una variable importante ya que según lo escogido puedes darte los gastos que puedas cubrir, sin embargo en muchos casos por más bien posicionado que esté el individuo se ha visto que el porcentaje de pobre estado de salud no varía e incluso hay un porcentaje un poco mayor de esta pero que no es tan significativo para los estudios. A lo que respecta la función social principalmente es al ámbito en donde el individuo se desarrolla y qué papel ejerce sobre la comunidad, mientras el individuo se desarrolle en un ambiente acorde a sus expectativas de vida y ejerza bien su profesión su estado de salud va a estar totalmente óptimo(21,22). Al respecto refiere Díaz, la función social debe ser preservadora, estabilizadora y controladora de la existente situación social, ya que permite transmitir, conservar, promover y consolidar los patrones de conducta, las ideas y valores socialmente aceptados, creándose en este proceso una cualidad superior, traducida en nuevos valores para la interpretación de nuevas realidades que construye cada generación. Para cumplir sus funciones sociales las categorías de calidad y pertinencia serán claves si se busca construir un nuevo escenario educativo en cualquier sociedad, es por ello que no solamente es un ámbito económico sino del papel que desarrolla el individuo en el lugar donde le toque hacerlo (22).

### *Rol emocional*

Las emociones humanas tienen un misterioso poder sobre la salud del ser humano, las emociones negativas son perjudiciales para la salud, por ejemplo, el estrés es un factor importantemente negativo en la vida del ser humano, ya que es el principal factor etiopatogénico de distintas enfermedades, sin embargo, el hecho de como responda el individuo al estrés es lo que afecta más en su salud, si este responde de una manera negativa obviamente (23). Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud. El estrés afecta a la salud dada la reducción que provoca de conductas saludables como el ejercicio físico o la precaución ante el contagio de enfermedades y la inducción a la realización de hábitos no saludables como el consumo de alcohol o tabaco (22,23). Los episodios

emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades. Además del riesgo en la aparición de enfermedades, las emociones también pueden incidir en su curso, precipitando el comienzo de una crisis, su agravamiento y hasta su cronificación (como en el caso del asma, la hipertensión o el dolor de cabeza (21,22). Es por ello que el estado emocional de una persona debe estar influenciado por el ambiente familiar, laboral o académico que está viva, para así poder estar en un ambiente ameno, agradable y sobretodo de soporte al individuo en el momento en que lo necesite, ya que si no es así, estos trastornos emocionales conllevarán a una secuencia de acciones que serán perjudiciales para el ser humano (23).

### *Salud mental*

Salud mental se define como la ausencia de trastornos mentales, sin embargo, es mucho más que solo este concepto, engloba factores externos que pueden influenciar en la alteración de la salud mental; como son el apoyo familiar, los episodios traumáticos vividos en la infancia, accidentes previos, maltrato infantil o psicológico por parte de los padres, etc. (24). Por otro lado, en la definición de salud de la OMS, define que la salud mental incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente (22). 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. Comprende una 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. Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le acuerda a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención (22–24).

## **2.2. Factores de riesgo**

### **2.2.1. Conductuales**

Existen varias prácticas externas del ser humano que atentan contra el bienestar físico, psicológico, psíquico, mental e intelectual de este. Entre los factores que tenemos está el consumo de tabaco, que hoy en día es la principal etiología de múltiples enfermedades que son prevalentes en el ser humano, como el daño endotelial de principales vasos sanguíneos de nuestro cuerpo, riesgo de hipertensión arterial, infarto al miocardio, entre otros. Sin embargo, el principal componente del tabaco es la nicotina, la cual tiene como efecto principal ser agonista de los receptores  $\alpha 4\beta 2$  de acetilcolina, por lo que al ganar la unión de la acetilcolina con su receptor, la nicotina se une a este receptor causando distintas alteraciones, además de ello, la nicotina tiene la capacidad de poseer una vida media larga, la cual hace que el efecto de esta sustancia sea mucho más prolongada, específicamente en el sistema mesolímbico, aquí aumenta la secreción de dopamina en el área Tegmental Ventral y Núcleo Accumbens, produciendo efectos estimulantes y psicomotores, lo que refuerza positivamente el uso de la droga (circuito de la recompensa); es decir al estimular esta la liberación excesiva de esta hormona, el individuo sufrirá cambios en la conducta y el comportamiento, así como necesidad de dependencia de la droga a usar (25).

Otro de los factores que afecta la salud es el consumo de alcohol, desde épocas memorables el consumo de alcohol ha sido un problema social, el cual en la actualidad se ha convertido en el hábito más tóxico del mundo; generando así un daño, que es definido como “daño biológico, psicológico o social inherente a la ingestión inadecuada del tóxico”, el alcoholismo se clasifica en 2 formas, una de ellas es el alcoholismo primario que es la incapacidad del paciente para evitar el consumo de este tóxico; tiene también manifestaciones secundarias de afecciones que preceden a la toxicomanía y participan en su patogenia; esquizofrenia, demencia arteriosclerótica, personalidad antisocial. En estas enfermedades existe una falta de crítica o indiferencia ante las consecuencias de su consumo inadecuado; actitud explicada por la enfermedad de base o por la inexistencia de valores éticos como sería el caso del alcoholismo secundario en un antisocial, al que no le importan las consecuencias sociales de su conducta. Cuando la persona es alcohólica, el consumo del alcohol repercute en forma muy negativa sobre la producción de hormonas hipofisarias y testiculares; y aparece disminución del vello facial, afinamiento de la voz, atrofia testicular e incremento del volumen de las mamas en el hombre, lo que se denomina ginecomastia. El consumo excesivo de

alcohol conduce, a largo plazo, a la aceleración de los procesos arterioscleróticos que afectan el calibre de las arterias que conducen la sangre al pene (cuerpos cavernosos), produciendo así disfunción eréctil en el hombre. En los casos más graves se puede producir desmielinización de la médula espinal, proceso que implica complicaciones en la transmisión de los impulsos nerviosos. Además, existen grandes riesgos durante el embarazo si se consume alcohol, porque hay un alto porcentaje de hijos de mujeres alcohólicas que consumieron cantidades importantes durante la gestación, que presentaron deformaciones, lo que se conoce con el nombre de síndrome del feto alcohólico, por la alta solubilidad del alcohol y del acetaldehído, que permite su circulación libre en la sangre de la madre y del feto (26).

Respecto a los buenos hábitos alimentarios que una persona debe de practicar para gozar de una buena salud, se encontraría en primer lugar no consumir sustancias tóxicas que puedan afectar la salud, como es el caso de los ya mencionados, alcohol, tabaco y consumos de drogas en cualquiera de sus formas. Además de ello, una dieta saludable que consiste en consumir frutas, verduras, legumbres, hortalizas, frutos secos, brinda protección frente a la malnutrición en todas sus formas, incluyendo la desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles, como la diabetes, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer. La alimentación y la nutrición son procesos que favorecen a un desarrollo cognitivo, crecimiento óptimo y disminuyen el riesgo de sobrepeso, obesidad y desarrollo de enfermedades no transmisibles a futuro, es imperioso desde la niñez que los niños adquieran hábitos alimentarios saludables, esto sin lugar a duda depende del factor padre y madre, ya que de ellos depende el bienestar del niño en esta etapa de la vida. Sin embargo, cambios en los estilos de vida como las comidas rápidas en la actualidad, hamburguesas, cremas, helados, ha generado cambios en los hábitos alimentarios, que incluso como ya se describió anteriormente llegan a tener un gran papel en el desarrollo de enfermedades de diversas índoles, que amenaza la existencia del ser humano (27).

La actividad física también es muy importante para el bienestar de la salud del ser humano, la OMS, ya describió que para gozar de buena salud por lo menos se debe practicar 30 minutos de ejercicio, cinco veces a la semana, esto para evitar problemas ateroscleróticos, cardiovasculares, venosos, respiratorios y musculares que pueden afectar poderosamente la vida del ser humano. Una persona sedentaria tiene 45% de mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades que una persona que practica ejercicio físico, además la expectativa de vida de una persona que practica deporte es de más menos 5 a 10 años, de una persona que no lo practica (28).

La radiación ultravioleta constituye la principal responsable de las dermatosis lumínicas, sus efectos biológicos son muy diversos y dependen de su longitud de onda, penetración en la piel y tiempo de exposición, pudiendo aparecer poco después de la exposición solar o años más tarde. Entre ellos destaca el eritema y la quemadura solar, la fotodermatosis y la inmunosupresión; y siendo más peligroso, la fotocarcinogénesis y el fotoenvejecimiento; es por ello que, viendo el problema global de afección de los rayos ultravioletas, es que es indispensable el uso de protectores solares, ya que la prevalencia de cáncer de piel está aumentando hasta en un 20% dentro de los últimos 30 años (29).

Por último dentro de las conductas de riesgo no se puede obviar a las conductas sexuales, principalmente las que se hacen sin protección; hoy en día el practicar sexo es una práctica cotidiana sin reglas, ni tabúes, es por ello que al ser una conducta tan practicada, muchos jóvenes inician a una edad muy temprana su actividad sexual, siendo estos inexpertos aún en la materia e ignorantes de las posibles consecuencias de sus actos, por ende son la población que más comúnmente se infecta de las famosas llamadas enfermedades por transmisión sexual (ETS), estas incluyen la sífilis, candidiasis, gonorrea, y el Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH), que es actualmente un problema muy importante de salud pública, este a pesar de los avances en la prevención y terapia sigue siendo la enfermedad más prevalente del grupo de las ETS, sin tratamiento la expectativa de vida es de 5 a 10 años, con tratamiento esta sube a 10 años más o menos; lo cual constituye una práctica de mala salud, que actualmente cobra muchas vidas mundialmente (30).

### **2.2.2. Fisiológicos**

Actualmente, la OMS, estima que más de 1,3 billones de adultos en el mundo tiene sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] entre 25,0 y 29,9 kg/m<sup>2</sup>), y que más de 600 millones de personas son obesas (IMC  $\geq$  30,0 kg/m<sup>2</sup>); si bien, el IMC es uno de los marcadores de obesidad más utilizados a nivel mundial, por su bajo costo, amplia cobertura e importante asociación con el desarrollo de comorbilidades, enfermedades cardiovasculares y mortalidad, existen otros marcadores de obesidad, como el perímetro de cintura, perímetro de cadera, que también presentan una alta validez; e incluso algunos estudios sugieren que el perímetro de cintura se asocia a un mayor riesgo de desarrollar ECV, cáncer y mortalidad total en comparación al IMC (31). Los valores de perímetro de cadera para llegar a ser óptimos deben ser menores a 82 centímetros en la mujer y menores a 95 centímetros en los varones; de la misma manera los valores deseados para el perímetro de cintura en la mujer son de menor o

igual a 88 centímetros, y en los varones menor o igual a 102 centímetros, esto para disminuir el riesgo de sufrir enfermedades metabólicas y cardiovasculares a largo plazo. Las distintas investigaciones muestran que si la población, a nivel nacional, disminuyera en 5% su peso corporal (equivalente a 3,8 kg para hombres y 3,4 kg para mujeres) todos los factores de riesgo cardiovasculares disminuirían significativamente. Esta reducción en el riesgo variaría entre 8% y 23% para mujeres, mientras que en hombres la reducción variaría entre 9% y 30%, siendo el riesgo de síndrome metabólico seguido por c-HDL disminuido y TG-elevados, los que presentarían la mayor disminución por cada 5% menos de peso corporal.

Englobando al Síndrome metabólico, una de las enfermedades más comunes de esta entidad es la diabetes en su mayoría la tipo 2, que es debido a una producción deficiente de las células beta pancreáticas, debido a una resistencia a la insulina por parte de los tejidos diana, debido a daños en el receptor de esta hormona, dando así menor acúmulo de insulina y menor entrada de glucosa a los tejidos, sin embargo las personas se preocupan por la enfermedad y como tratarla, y no en cómo prevenirlo que debería ser el eje central para todas las enfermedades.

La prevención está en controlar los valores normales de perímetro de cintura y cadera y a la vez disminuir el consumo de harinas, azúcar, caramelos, chocolates, pan, ya que estos estimulan a una resistencia a la insulina, lo que provocará con el tiempo la diabetes, que es una enfermedad silenciosa que cobra muchas vidas en la actualidad (32).

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

Figura 3. Clasificación de Índice de Masa Corporal

Fuente: Hernández, Moncada, Domínguez, 2018 (33).

<b>Circunferencia de Cintura</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
Riesgo	>88 cm	>102 cm
<b>Índice cintura/cadera (ICC)</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>
Riesgo	>0,82	>0,95

**Figura 4. Valores de riesgo de perímetros de cintura y cadera en varones y mujeres**

Fuente: Hernández, Moncada, Domínguez, 2018 (33).

Otra factor fisiológico son las presiones arteriales tanto sistólica como diastólica, los valores normales de estas son para la presión diastólica menor o igual a 80 milímetros de mercurio (mmHg), y para la sistólica menor o igual a 120 mmHg; cabe recordar que muchos factores influyen en los valores de estas distintas presiones como lo son el consumo de alcohol, tabaco, consumo excesivo de sal, uso de drogas, fármacos, sedentarismo, bajo nivel de ejercicio físico, alimentación rica en grasas, pobre consumo de legumbres, hortalizas, verduras y frutas, consumo excesivo de productos enlatados, coloides como la mayonesa, frituras, etc. Es en estos casos en los que la presión arterial se puede elevar, dando como resultados daño endotelial de los vasos sanguíneos, insuficiencia cardiaca, daño renal, aneurismas, infarto al miocardio, entre otros; los cuales generan un estado de pobre bienestar físico y mental de la persona, es por ello que se debe cuidar mucho llegar a tener esta enfermedad, y como se describió anteriormente la alimentación, el ejercicio físico y el consumo de sustancias tóxicas englobados pueden dar lugar a la hipertensión arterial (34).

### **2.2.3. Sociodemográficos**

Existen muchos de estos factores como por ejemplo la edad, hay enfermedades muchos más prevalentes en la infancia como son el asma, las rinitis, asimismo enfermedades que dan en adultos como son la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), tuberculosis, ETS; y enfermedades que son prevalentes en ancianos como cáncer, quistes hepáticos, osteoporosis, fracturas patológicas, etc. (35). De la misma manera el sexo es otro factor que aloja distintas enfermedades como por ejemplo, en la mujer usualmente son menos prevalentes las enfermedades cardiovasculares y arteriales periféricas hasta la edad adulta, ya que los estrógenos brindan una protección contra este tipo de enfermedades, sin embargo



al llegar a la menopausia y con los niveles bajos de estas hormonas, la prevalencia de este grupo de enfermedades aumenta considerablemente en la mujer, por otro lado en el hombre son más comunes los cánceres de estómago y colon que las mujeres, así como enfermedades respiratorias debido al hábito de tabaquismo que es más prevalente en los hombres (35,36). En la actualidad, muchos estudios han investigado si el grado de instrucción, estado civil y lugar de trabajo con el consecuente ingreso mensual, influyen en algo sobre el estado de salud, sin embargo no muestran una relación significativa entre estas, dando a entender que todos los factores descritos no generan algo de influencia en la salud del ser humano, sin embargo, podemos inferir en el grado de instrucción, ya que este, dependiendo y no en todos los casos de qué carrera desea el individuo estudiar, o en que desea desempeñarse, encontrará un trabajo y posición de acuerdo a sus decisiones, por ende recibirá un salario de acuerdo a su posición laboral, este factor es muy influyente más si el individuo tiene responsabilidades como mantener una familia, pensión de hijos, crianza de animales, debido a que generan gastos ya sea necesario o no, y si hay desequilibrio entre estas partes el aspecto emocional de la persona decae, al punto de entrar en un ambiente de estrés, generando así diversas alteraciones en las diferentes vías y sistemas del cuerpo humano, presentando ectópicamente sensación de mala salud del individuo, esto genera cambios en el humor, mal control de sus emociones, dañándose a sí mismo y a las personas que lo rodean (36).

Por otro lado en lo que respecta a los servicios básicos para la vida, que incluye el agua potable, luz, desagüe, entre otros, si hay relación inversa con ciertas enfermedades, como lo son enfermedades infecciosas como dengue, zika, chikungulla, enfermedades víricas y parasitarias, intoxicación por metales pesados al consumir agua no potable, enfermedades transmitidas por los roedores, como la infección por la yersinia pesti, entre otras; por lo que un menor grado de limpieza y adquisición de servicios básicos de casa constituye un mayor riesgo para adquirir enfermedades ya mencionadas. (36)

#### **2.2.4. Genéticos**

Existe poca probabilidad de impedir algún tipo de malformación genética o hereditaria que un recién nacido pueda sufrir, sin embargo dentro de los factores genéticos que un individuo pueda tener, juega un rol muy importante en su futuro hablando del aspecto de patologías obviamente, al tener un antecedente familiar hace que el individuo tenga un 40% de probabilidades mayor de desarrollar la enfermedad que sus predecesores padecen, de uno que no tiene ningún tipo de antecedente patológico, sin embargo las probabilidades no son tan

exactas y hay casos especiales que escapan de las estadísticas, es por ello que hay diferentes probabilidades de padecer la enfermedad dependiendo del grado familiar de parentesco que tiene el individuo con su familiar, por ejemplo si es familiar directo, padre, madre, el individuo tendrá un 45% de probabilidades de desarrollar la misma enfermedad, si es familiar secundario, abuelos, tíos, el individuo tiene un 30% de desarrollar la enfermedad, y si es familiar terciario, el individuo tiene un 13% de desarrollar la enfermedad, es por ello que a más alejado sea el parentesco de la persona con el individuo, menor será la probabilidad de desarrollar la misma enfermedad. Algunas de estas enfermedades más prevalentes genéticamente son la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, cáncer, malformaciones anatómicas, síndrome de Down, entre otros (37).

### **3. Definición de términos**

- Estado de salud: La OMS (14) ha definido la salud como: “un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.
- Factores conductuales: Según Cortés, Ramírez, Olvera y Arriaga (38) es: “Comportamiento o actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin”.
- Factores fisiológicos: Según Salech, Jara y Michea (39) “son aquellos relacionados con el organismo o la biología del sujeto”
- Factores sociodemográficos: “Son todas las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia” (35,36).
- Factores genéticos: “es la transmisión a través del material genético existente en el núcleo celular, de las características anatómicas, fisiológicas o de otro tipo, de un ser vivo a sus descendientes”(40).

### **4. Hipótesis**

#### **4.1. Hipótesis alterna (Ha):**

Al menos uno de los siguientes factores: sociodemográficos, conductuales, fisiológicos y genéticos se asocian a la percepción de estado de salud de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.

#### **4.2 Hipótesis nula (Ho):**

No se asocia ninguno de los siguientes factores: sociodemográficos, conductuales, fisiológicos y genéticos a la percepción del estado de salud de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODO**

#### **1. Diseño y tipo de investigación**

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utiliza métodos estadísticos para probar hipótesis; de diseño no experimental, ya que se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; y por último, de tipo explicativa porque permite establecer posibles relaciones causales (41).

#### **2. Delimitación geográfica**

La Urbanización Alameda de Ñaña pertenece al distrito de Lurigancho-Chosica y cuenta con 3 etapas.

#### **3. Participantes**

##### **3.1. Población**

Según la Municipalidad de Chosica, Ñaña cuenta con un aproximado de 192 182 habitantes.

##### **3.2. Población**

El tipo de muestreo fue probabilístico, es decir, todos los elementos de la población tendrán la misma posibilidad de ser escogidos y de tipo sistemático, ya que se escogerá un individuo inicial de forma aleatoria entre la población y, a continuación, se seleccionará para la muestra a cada enésimo individuo disponible en el marco muestral (42).

### 3.3. Muestra

Se aplicó la siguiente fórmula para obtención de la muestra:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot \sigma^2}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot \sigma^2}$$

N Total de la población  
Z Nivel de confianza  
 $\sigma$  Desviación estándar  
e Porcentaje de error

$$n = \frac{192\ 182(1,96)^2 (0,5)^2}{(192\ 182-1)(0,05)^2 + (1,96)^2 (0,5)^2} \quad n = 384$$

#### 3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

##### *Inclusión*

- Personas mayores a 18 años
- Personas que vivan en las etapas I, II y III de la Urb. Alameda

##### *Exclusión*

- Personas con alguna enfermedad mental o física que les impida llenar el cuestionario
- Personas que se encuentren de visita
- Personas que no firmen el consentimiento informado

## 4. Variable

### 4.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
-----------	------------	-------------	-------------	--------



		Percepción de la salud	<p>19. En general diría que su salud es:</p> <p>15. Estoy algo enfermo (a)</p> <p>16. Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco</p> <p>17. Mi salud es excelente</p> <p>18. Me he sentido mal recientemente</p>	<p>a. Excelente b. Muy buena c. Buena d. Regular e. Deficiente</p> <p>a. Todo el tiempo b. La mayor parte del tiempo c. Buena parte del tiempo d. Algo del tiempo e. Poco tiempo f. Nada del tiempo</p>
		Dolor	<p>20. ¿Qué tanto dolor corporal ha experimentado usted durante las últimas cuatro semanas?</p>	<p>a. Ninguno b. Muy suave c. Suave d. Moderado e. Severo</p>
Factores conductuales	<p>Se refiere a las acciones del individuo para mantener su salud, teniendo como fundamento la práctica de estilos de vida saludable.</p> <p>Este factor se medirá a partir del cuestionario de estilos de vida para población adulta creado por Arrivillaga (2005) y adaptado por Palomares (2014) en Lima-Perú(44).</p> <p>La escala de puntuación será:</p>	<p>Condición, actividad física y deporte.</p> <p>Recreación y manejo del tiempo libre.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Haces ejercicio, practicas algún deporte, caminas, trotas, manejas bicicleta, nadas, bailas, o haces aeróbicos, por un tiempo mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana.</li> <li>Terminas el día con vitalidad y sin cansancio.</li> <li>Mantienes tu peso corporal estable.</li> <li>Practicas ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (yoga, meditación, relajación autodirigida, taichí, kun fu, danza).</li> <li>Practicas actividades físicas de recreación (juegos, deportes, caminatas, bicicleta, natación, patinaje, baile)</li> <li>Compartes con su familia y/o amigos el tiempo libre.</li> </ol>	<p>Ordinal</p> <p>Siempre (3)</p> <p>Frecuentemente (2)</p> <p>Algunas veces (1)</p> <p>Nunca (0)</p>





			<p>27. ¿Comes en tu refrigerio frutas, frutos secos, verduras o yogur?</p> <p>28. ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en grasa o "light"?</p> <p>29. ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?</p> <p>30. ¿Consumes embutidos (jamón, mortadela, salchicha, tocino)?</p> <p>31. ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?</p> <p>32. ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus alimentos?</p> <p>33. ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?</p> <p>34. ¿Comes frente al televisor, computadora o leyendo?</p> <p>35. ¿Las preparaciones de tus comidas suelen ser al vapor, sancochado, guisado, estofado, a la plancha o sudado.</p> <p>36. ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al horno, al vapor, a la parrilla?</p> <p>37. ¿Desayunas todos los días?</p> <p>38. ¿Consumes comidas rápidas hamburguesa, hotdog, tacos, alitas, pizza, etc?</p> <p>39. Vas al odontólogo por lo menos una vez al año.</p> <p>40. Vas al médico por lo menos una vez al año.</p> <p>41. Cuando te expones al sol, usas protector solar.</p> <p>42. Chequeas al menos una vez al año tu presión arterial.</p> <p>43. Te realizas exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.</p>	
--	--	--	---	--

		Autocuidado y cuidado médico	<p>44. Te automedicas y/o acudes al farmaceuta en casos de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.</p> <p>45. Observas tu cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.</p> <p>46. Como conductor o pasajero usas cinturón de seguridad</p>	
Factores fisiológicos	Se refiere a mediciones que pueden predecir posibles enfermedades en el futuro, considerándose las antropométricas, la presión arterial y el padecimiento de alguna enfermedad crónica.		<p>1. Índice de masa corporal</p> <p>2. Circunferencia abdominal</p> <p>3. Circunferencia de cadera</p> <p>4. Presión arterial</p> <p>5. Enfermedad crónica</p>	<p>Valor numérico</p> <p>a. HTA</p> <p>b. DM 2</p> <p>c. Dislipidemia</p> <p>d. Cáncer</p> <p>e. Otros</p>
Factores sociodemográficos	Son las características sociales, demográficas y económicas de los individuos.		<p>1. Género</p> <p>2. Edad</p> <p>3. Grado de instrucción</p> <p>4. Estado civil</p> <p>5. Religión</p>	<p>a. Femenino</p> <p>b. Masculino</p> <p>Valor numérico</p> <p>a. Sin instrucción</p> <p>b. Primaria incompleta</p> <p>c. Primaria completa</p> <p>d. Secundaria incompleta</p> <p>e. Secundaria completa</p> <p>f. Superior</p> <p>a. Soltero</p> <p>b. Casado</p> <p>c. Conviviente</p> <p>d. Viudo</p> <p>e. Divorciado</p> <p>a. Adventista</p> <p>b. Católico</p> <p>c. Testigo de Jehová</p> <p>d. Otros</p>

			6. Ingreso mensual 7. Tipo de trabajo 8. Servicios básicos de sanidad: agua, luz, desagüe. 9. Tipo de seguro	Valor numérico a. Independiente b. Dependiente c. No cuenta con trabajo a. Sí b. No a. Sí b. No
Factores genéticos	Es la predisposición genética que tiene el individuo a padecer enfermedades en el futuro. Se basa en la herencia.		6. Antecedentes familiares de enfermedad	a. HTA b. DM 2 c. Dislipidemia d. Cáncer e. Otros

## 5. Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica aplicada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario: “Estado de Salud General (MOS)” en su versión abreviada, adaptada por Stewart, Hays y Ware (43) en 1988 y replicado por Díaz (13) en México en el 2001.

El cuestionario consta de un total de 20 preguntas, y está dividido en 6 dimensiones: Funcionamiento físico (7-12 ítems), rol (13 y 14 ítem), social (1 ítem), salud mental (2-6 ítems), percepción de la salud (19, 15-18 ítems) y dolor (20 ítem). Todas las escalas de respuestas corresponden a una escala Likert que varía de denominación de acuerdo a la pregunta, con puntuaciones entre 0 y 4.

Para la calificación final del estado de salud se consideró la división por cuartiles: adecuado correspondiente a 1 (75 a 100) e inadecuado correspondiente a 0 (0 a 74).

Al ser un instrumento internacional, será sometido a juicio de expertos y se aplicó la prueba V de Aiken.

Además, se realizó una encuesta sobre estilos de vida validada por la OMS que nos permitió identificar los factores conductuales, fisiológicos, sociodemográficos y genéticos.

Asimismo, se realizó la medición de la presión arterial, perímetro abdominal y de cadera, peso y talla teniendo en cuenta además los datos de filiación como género, grado de instrucción, edad, estado civil, religión, ingreso mensual, trabajo, servicios básicos, seguro de salud y antecedentes familiares.

## **6. Proceso de recolección de datos**

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del estudio, se inició la aplicación de los instrumentos.

Para la aplicación del cuestionario, se tomará 20 min por persona, ya que se deberán tomar medidas antropométricas. El recojo de información se llevó a cabo durante el mes de enero y febrero del 2020. Todo esto previa aprobación del consentimiento informado.

## **7. Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico STATISTIC, Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis univariado, se empleó tablas de frecuencia para las variables categóricas y medidas de tendencia central y de variabilidad para las numéricas.

Para el análisis bivariado, se empleó la prueba chi cuadrado, dependiendo del análisis exploratorio de datos. Las variables que tengan relación entrarán en el modelo multivariado.

Finalmente, para el análisis multivariado, se empleó la regresión logística binaria, para lo cual se dicotomizó la variable dependiente: percepción del estado de salud.

## **8. Consideraciones éticas**

Para realizar el estudio se consideraron los debidos principios éticos, respetándose la autonomía de los participantes.

De acuerdo con la Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se elaboró y entregó a los sujetos del estudio un consentimiento informado, en el que se explicó el objetivo del trabajo, la seguridad y el anonimato de los participantes; asimismo, se aclaró que la información obtenida no se empleará para ningún propósito fuera de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 1. Resultados

**Tabla 1. Factores sociodemográficos de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.**

Factores sociodemográficos		n=230	%
Género	Femenino	130	56,5
	Masculino	100	43,5
Edad	Me ± DS	35,8 ± 16,3	
Grado de instrucción	Sin instrucción	2	0,9
	Primaria incompleta	4	1,7
	Primaria completa	12	5,2
	Secundaria incompleta	17	7,4
	Secundaria completa	47	20,4
	Superior	148	64,3
Estado civil	Soltero	113	49,1
	Casado	89	38,7
	Conviviente	19	8,3
	Viudo	6	2,6
	Divorciado	3	1,3
Religión	Católico	37	16,1
	Evangélico	25	10,9
	Adventista	162	70,4
	Otros	6	2,6
Trabajo	Independiente	65	28,3
	Dependiente	106	46,1
	No cuenta con trabajo	59	25,7
Ingreso económico	Me ± DS	1292,8 ± 1165,9	
Servicios básicos	Si	225	97,8
	No	5	2,2
Seguro de salud	Si	189	82,2
	No	41	17,8

En la tabla 1, se observa que el 56,5% de los pobladores de la Alameda fueron mujeres, el 64,3% contaron con un grado de instrucción superior, tuvieron una edad promedio de 35 años, con un ingreso económico aproximado de 1,292.00 soles. Asimismo, el 49,1% manifestaron estar solteros, el 70,4% ser adventistas, el 46,1% tener un trabajo dependiente, 97,8% tenían los servicios básicos sanitarios y el 82,2% contaba con algún seguro de salud.

**Tabla 2. Factores conductuales de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.**

Factores conductuales	Saludable		No saludable	
	n=230	%	n=230	%
Estilos de vida global	66	28,7	164	71,3
Condición, actividad física y deporte.	174	75,7	56	24,3
Recreación y manejo del tiempo libre.	148	64,3	82	35,7
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	184	80,0	46	20,0
Sueño	39	17,0	191	83,0
Hábitos alimenticios	178	77,4	52	22,6
Autocuidado y cuidado médico	97	42,2	133	57,8

En la tabla 2, se observa que el 71,3% de los pobladores de la Alameda presentaron un estilo de vida no saludable y el 28,7% saludable. Las dimensiones condición, actividad física y deporte; y los hábitos alimenticios fueron saludables con valores de 75,7% y 77,4%, respectivamente. Las demás dimensiones se ubicaron dentro de la categoría no saludable.

**Tabla 3. Factores fisiológicos de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.**

Factores fisiológicos		n=230	%
IMC	Bajo peso	13	5,7
	Normal	146	63,5
	Sobrepeso	57	24,8
	Obesidad I	12	5,2
	Obesidad II	2	,9
PAS	Normal	222	96,5
	Alterado	8	3,5
PAD	Normal	201	87,4
	Alterado	29	12,6
Índice cintura/cadera	Normal	174	75,7
	Alterado	56	24,3
Antecedentes personales	Ninguna	179	77,8
	Hipertensión	7	3,0
	Diabetes	1	,4
	Otros	43	18,7

En la tabla 3, se observa que el 63,5% de los pobladores de Alameda tuvieron un IMC dentro del rango normal, el 96,5% y el 87,4%, tuvieron valores de PAS y PAD normales, respectivamente. Por otro lado, el 75,7% tuvo una índice cintura/cadera normal y el 77,8% no contó con ningún antecedente personal de enfermedad.



**Tabla 4. Factor genético de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.**

Factor genético		n=230	%
Antecedentes familiares	Si	90	39,1
	No	140	60,9

En la tabla 4, se observa que el 60,9% de los pobladores de la Alameda no cuentan con antecedentes familiares de enfermedad y el 39,1% sí.

**Tabla 5. Percepción del estado de la salud de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.**

Percepción del estado de salud		n=230	%
Inadecuado		90	39,1
Adecuado		140	60,9
Total		230	100,0

En la tabla 5, se observa que el 60,9% de los pobladores de la Alameda tuvo una adecuada percepción del estado de su salud y el 39,1% inadecuado.

**Tabla 6. Análisis bivariado de los factores y la percepción del estado de salud de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.**

Factores		Chi <sup>2</sup>	gl	Sig.
Socio-demográficos	Género	,260	1	,610
	Edad	1,205	1	,272
	Grado de instrucción	11,118	5	,049
	Estado civil	3,308	4	,508
	Religión	2,603	3	,457
	Ingreso económico mensual	15,502	1	,000
	Trabajo	20,258	2	,000
	Independiente	4,977	1	,026
	Dependiente	20,054	1	,000
	Servicios básicos	,935	1	,334
Conductuales	Seguro de salud	,520	1	,471
	Estilos de vida global	,422	1	,516
	Condición, actividad física y deporte.	3,672	1	,055
	Recreación y manejo del tiempo libre.	,001	1	,980
	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	,456	1	,499
	Sueño	,206	1	,650
	Hábitos alimenticios	3,333	1	,068
Fisiológicos	Autocuidado y cuidado médico	,313	1	,576
	IMC	5,777	4	,216
	Índice cintura/cadera	4,736	1	,030
	PAS	0,695	1	0,405
	PAD	6,675	1	0,10
Genético	Antecedentes personales	3,150	3	,369
	Antecedentes familiares	,047	1	,828

Al análisis bivariado, se encontró que los factores grado de instrucción, ingreso económico mensual, el trabajo dependiente y el índice cintura/cadera tuvieron relación con la percepción del estado de salud de los pobladores de la Alameda, con p valor menor a 0,05.

**Tabla 7. Análisis multivariado de los factores y la percepción del estado de salud de los pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.**

Variables en la ecuación	Sig.	Exp(B)	IC 95% para Exp(B)	
			Inferior	Superior
Género	,457	1,32	,628	2,80
Edad	,107	1,02	,994	1,06
Grado de instrucción	,196	46,5	,000	,004
Estado civil	,512	1,09	,033	35,8
Religión	,468	,196	,014	2,73
Ingreso mensual	,009	1,99	2,01	2,89
Trabajo	,052	1,59	,464	5,46
Servicios básicos	,026	1,05	1,10	1,70
Seguro	,405	1,49	,583	3,80
Antecedentes personales	,902	,887	,349	2,25
Antecedentes familiares	,806	1,09	,527	2,28
Estilo de vida global	,690	1,24	,419	3,72
Condición, actividad física y deporte.	,013	,329	1,36	1,79
Recreación y manejo del tiempo libre.	,934	1,03	,477	2,24
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	,648	,812	,333	1,98
Sueño	,215	1,80	,711	4,55
Hábitos alimenticios	,034	,349	1,13	1,92
Autocuidado y cuidado médico	,511	1,30	,589	2,89
IMC	,526	,000	,000	0,00
Índice cintura/cadera	,025	2,85	1,14	7,12

Al análisis multivariado se obtuvieron valores de OR positivos los cuales indican una adecuada percepción del estado de salud y se encontró que los factores ingreso mensual, servicios básicos, el índice cintura/cadera y las dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte y los hábitos alimenticios; se asocian a una adecuada percepción del estado de la salud de los pobladores de la Alameda con p valor menor a 0,05.

## 2. Discusión

El estudio reveló que el ingreso mensual ( $p=0,009$ ; IC:2,01-2,89) y el contar con los servicios básicos de sanidad ( $p=0,026$ ; IC: 1,10-1,70) se asocian a una percepción de la salud positiva. Por otro lado, Xiao y Barber (46), en un estudio realizado a pacientes de un hospital público, halló que, edades más avanzadas, el estar casado y contar con un grado de instrucción superior se relacionan a una mejor percepción de su estado de salud y, esta a su vez a la satisfacción durante la atención. Además, un estudio hecho en población infantil (47), reveló que la exposición a un bajo nivel educativo de los padres puede resultar en una disminución de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en la infancia, mientras que un acceso reducido a recursos materiales (servicios básicos sanitarios, educación, transporte, etc.) puede conducir a una CVRS más baja, especialmente en la adolescencia.

La fuerte influencia de la actividad física en la percepción de la salud se explica por el hecho de que impacta positivamente no solo la salud física y funcional, disminuyendo así la incidencia de enfermedades no transmisibles, sino también los componentes emocionales y cognitivos de la salud mental (48). En este estudio se encontró asociación entre la dimensión condición, actividad física y deporte y la percepción de la salud ( $p=0,013$ ; IC:1,36-1,79).

En torno a la dimensión hábitos alimenticios, se encontró asociación con la percepción de la salud ( $p=0,034$ ; IC: 1,13-1,92). Un estudio en España, demostró que la alimentación saludable influye positivamente en el estado de salud percibido ( $p = 0,04$ ) (49). La importancia autopercibida de la salud y la nutrición puede tener una influencia vital en los comportamientos de uno. La mayoría de las personas piensan que sus comportamientos nutricionales están bajo su control, por lo que los riesgos percibidos de salud y nutrición pueden no tener un impacto en sus comportamientos dietéticos. Sin embargo, se ha notado que, en las mujeres,

la preocupación percibida sobre la dieta y la salud puede ser de mayor importancia en comparación a los varones (50).

Otro resultado a resaltar, fue la asociación entre la índice cintura/cadera y la percepción de la salud ( $p=0,025$ ; IC: 1,14-7,12). La imagen corporal es una construcción multidimensional y compleja, que incluye aspectos cognitivos, perceptivos, emocionales y conductuales. Varía conforme avanza la edad, especialmente en las mujeres con relación al control de peso, trastornos alimenticios y depresión, todo lo cual puede afectar negativamente la percepción de la salud. Los adultos con sobrepeso y obesidad con ideas erróneas sobre la imagen corporal podrían ser menos propensos a adoptar comportamientos de control de peso, mientras que, los que practican de algún tipo de deporte, parecen tener una imagen corporal más positiva (51). Un estudio (52), también reveló que una mayor proporción cintura-cadera se asocia con déficits tanto en las funciones ejecutivas como en la memoria episódica, más allá de la influencia de la demografía, problemas de salud comórbidos, comportamientos de salud, rasgos de personalidad y salud autopercebida.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 1. Conclusiones

- El 56,5% de los pobladores de la Alameda fueron mujeres, el 64,3% contaron con un grado de instrucción superior, tuvieron una edad promedio de 35 años, con un ingreso económico aproximado de 1292 soles. Asimismo, el 49,1% manifestaron estar solteros, el 70,4% ser adventistas, el 46,1% tener un trabajo dependiente, 97,8% tenían los servicios básicos sanitarios y el 82,2% contaba con algún seguro de salud.
- El 71,3% de los pobladores de la Alameda presentaron un estilo de vida no saludable y el 28,7% saludable. Las dimensiones condición, actividad física y deporte; y los hábitos alimenticios fueron saludables con valores de 75,7% y 77,4%, respectivamente. Las demás dimensiones se ubicaron dentro de la categoría no saludable.
- El 63,5% de los pobladores de Alameda tuvieron un IMC dentro del rango normal; el 96,5% y el 87,4%, tuvieron valores de PAS y PAD normales, respectivamente. Por otro lado, el 75,7% tuvo una índice cintura/cadera normal y el 77,8% no contó que ningún antecedente personal de enfermedad.
- El 60,9% de los pobladores de la Alameda no cuentan con antecedentes familiares de enfermedad y el 39,1% sí.
- El 60,9% de los pobladores de la Alameda tuvo una adecuada percepción del estado de su salud y el 39,1% inadecuado.

- Al análisis bivariado, se encontró que los factores grado de instrucción, ingreso económico mensual, el trabajo dependiente y el índice cintura/cadera tuvieron relación con la percepción del estado de salud de los pobladores de la Alameda.
- Al análisis multivariado, se encontró que los factores ingreso mensual, servicios básicos, el índice cintura/cadera y las dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte y los hábitos alimenticios; se asocian a una adecuada percepción del estado de la salud de los pobladores de la Alameda.

## **2. Recomendaciones**

Se recomienda, a los centro de salud de la zona, a implementar programas que mejoren la calidad de vida de los habitantes y permitan mejor la percepción que tienen de salud. Por otro lado, a desarrollar mayor labor extramural con la finalidad de conocer los problemas y necesidades de la población y puedan ejecutar planes de acción en beneficio de la misma.

Es necesario, seguir fortaleciendo las actividades deportivas en la comunidad a través de una agenda anual, que favorezca la integración social de los vecinos de la zona. A su vez, a seguir impulsando la práctica de una alimentación saludable.

Motivar a los estudiantes a seguir realizando este tipo de investigaciones pero abordando nuevos factores como la salud mental y la personalidad, ya que se ha visto que son variables que también tienen influencia en la percepción del estado de salud.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 [Internet]. Ginebra; 2014 [cited 2020 Jan 12]. Available from: [www.who.int](http://www.who.int)
2. World Health Organization. World Health Statistics [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf>
3. Shields M, Shooshtari S. Determinants of self-perceived health. *Health reports* [Internet]. 2001 [cited 2020 Jan 12];13(1):35–52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15069807>
4. Larson C, Mercer A. Global health indicators: An overview [Internet]. Vol. 171, *CMAJ*. Canadá; 2004 [cited 2020 Jan 12]. p. 1199–200. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC524951/>
5. Kaleta D, Polańska K, Dziankowska E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health* [Internet]. 2009 Sep [cited 2020 Jan 11];17(3):122–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20020600>
6. White E. *Spiritual Gifts*. 4th ed. Washington, D.C: Review and Herald; 1945. 120-151 p.
7. Machón M, Vergara I, Dorronsoro M, Vrotsou K, Larrañaga I. Self-perceived health in functionally independent older people: Associated factors. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016 Mar 9 [cited 2020 Jan 11];16(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4784324/>
8. Peláez E, Acosta L, Carrizo E. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 11];41(4). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000400007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400007)
9. Machado V, Valadares A, Da Costa L, De Souza M, Osis M, Pinto A. Factors associated with self-perception of health among Brazilian women 50 years or older: A population-based study. *Menopause* [Internet]. 2013 Oct [cited 2020 Jan 11];20(10):1055–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23549441>



10. Limm H, Heinmüller M, Liel K, Seeger K, Gündel H, Kimil A, et al. Factors associated with differences in perceived health among German long-term unemployed. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [cited 2020 Jan 11];12:485. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3403995/>
11. Mikolajczyk R, Brzoska P, Maier C, Ottova V, Meier S, Dudziak U, et al. Factors associated with self-rated health status in university students: A cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health* [Internet]. 2008 [cited 2020 Jan 11];8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2438349/>
12. Gallegos K, García C, Duran C, Reyes H, Durán L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 [cited 2020 Jan 11];40(5):792–801. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2006.v40n5/792-801/es>
13. Díaz F. Percepción del estado de salud y estilo de vida en trabajadores de una refinería [Internet]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2001 [cited 2020 Jan 11]. Available from: <http://eprints.uanl.mx/6297/1/1080093843.PDF>
14. León Barua R, Berenson Seminario R. Medicina teórica. Definición de la salud. *Rev Medica Hered*. 2013;7(3):4.
15. Vergara Quintero M. Tres Concepciones Históricas Del Proceso Salud-Enfermedad. *Hacia la Promoción la Salud*. 2007;12(5):41–50.
16. Palacio LMA, de Vásquez IE. El ser humano como una totalidad. *Salud Uninorte*. 2003;17:3–8.
17. Rica UDC, Rica UDC, Hernández MR. La Actualidad De La Educación Física En El Desarrollo Integral Del Ser Humano. *InterSedes Rev las Sedes Reg*. 2008;IX(17):121–33.
18. Ruiz Castro M, Nadador V, Fernández-Alcantud J, Hernández-Salván J, Riquelme I, Benito G. Dolor de origen muscular: Dolor miofascial y fibromialgia. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2007;14(1):36–44.
19. L.Maroto AM, M.Muñoz NS. Dolor. Definición y Clasificación. *Ilus Col Of Médicos Segovia*. 2014;5:1–10.
20. Pulido M. N. *Revista Investigación. Rev Univ Investig*. 2004;1:93–107.

21. Chaves Rodríguez MP, Camarinha da Silva dos Santos Barbosa MR, Lopez Fernandes JL. La vitalidad y la vejez. *Rev IGT na Rede*. 2016;16(24):115–33.
22. Martí Chávez, Y., Montero Padrón, B., & Sánchez Gonzáles K. the Social Function of Education : Current Theoretical. *Rev Conrado*. 2018;14(63):259–67.
23. José M, Fernández Correspondencia S, Fernández S. Patologías Relacionadas Con La Alimentación Psychological Treatment in Some Patologies Related To Feeding. *Inst Ciencias la Conduct SCP*. 2010;1(1):1–26.
24. Sainz Cortón E, Franco SG, Rojo RMG. Salud mental. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(SUPPL.1):39–41.
25. B MPC. El tabaquismo: una adicción. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2017;33(Lc):186–9.
26. Astoviza MB, Socarrás Suárez MM. El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Rev Cuba Investig Biomed*. 2003;22(1):25–31.
27. Álvarez Ochoa Robert Iván, Cordero Cordero Gabriela Del Rosario, Vásquez Calle María Alicia, Altamirano Cordero Luisa Cecilia, Gualpa Lema María Clementina. Hábitos alimentarios, su relación con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Azogues. Mayo-junio. 2017;21(6):852–9.
28. Armando J, Claros V, Cuellar CS, Lorena M, Mora A. Actividad Física: Estrategia De Promoción De La Salud Atividade Fisica: Estrategia De Promoção Da Saúde Physical Activity: a Health Promotion Strategy. *Hacia la Promoción la Salud*. 2011;16(1):202–18.
29. Mota ED, Campillos Páez MT, Causín Serrano S. El sol y los filtros solares. *MEDIFAM - Rev Med Fam y Comunitaria*. 2003;13(3):159–65.
30. Alexandra M, Pinzón V, Reneé A, Vergara T. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes una perspectiva de género. *Psicol desde el Caribe*. 2014;31(2):327–53.
31. Labraña AM, Durán E, Martínez MA, Leiva AM, Garrido-Méndez A, Díaz X, et al. Effects of a lower body weight or waist circumference on cardiovascular risk. Findings from the chilean health survey. *Rev Med Chil*. 2017;145(5):585–94.
32. Vicente Sánchez B, Vicente Peña E, Altuna Delgado A, Costa Cruz M. Identificación de individuos con riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 Identification of Individuals at Risk of Developing Type 2 Diabetes. *Rev Finlay*. 2015;5(3):148–60.

33. Hernández Rodríguez J, Moncada Espinal OM, Domínguez YA. Utilidad del índice cintura/cadera en la detección del riesgo cardiometabólico en individuos sobrepesos y obesos. *Rev Cuba Endocrinol.* 2018;29(2):1–16.
34. Benavides AR. Artículo de revisión Más allá de la hipertensión arterial. *Acta Med Per.* 2010;27(1):45–52.
35. Böell JEW, da Silva DMGV, Hegadoren KM. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: Um estudo transversal. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016;24:1–9.
36. Dho MS. Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos. *Rev Estomatológica Hered.* 2018;28(4):259.
37. Abarca Barriga H, Chávez Pastor M, Trubnykova M, La Serna-Infantes J, Poterico J. Factores de riesgo en las enfermedades genéticas. *Acta Médica Peru.* 2018;35(1):43–50.
38. Cortés E, Ramírez M, Olvera J, Arriaga Y. El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Altern en Psicol [Internet].* 2009 [cited 2020 Jan 12];14(20). Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-339X2009000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100009)
39. Salech M, Jara L, Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 2012 Jan;23(1):19–29.
40. Isacaz N. Cambios genéticos y factores de riesgo del cáncer [Internet]. *Conectar.* 2018 [cited 2020 Jan 12]. Available from: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/cancer-cambios-geneticos-factores-riesgo>
41. Sampieri RH, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL, editor. México; 2014. 518 p.
42. Cuesta M, Herrero FJ. Introduccion al muestreo. 2009;1–9.
43. Stewart A, Hays R, Ware J. The MOS short-form general health survey: Reliability and validity in a patient population. *Med Care [Internet].* 1988 [cited 2020 Jan 12];26(7):724–35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3393032>
44. Palomares Estrada L. Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas;

2014 [cited 2018 Oct 10]. Available from: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestría\\_LitaPalomares.pdf?sequence=2](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestría_LitaPalomares.pdf?sequence=2)

45. Congreso de la República. Ley General de Salud - PERU. Igarss 2014. 1997;(1):1–5.
46. Xiao H, Barber JP. The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value Heal* [Internet]. 2008 [cited 2020 Feb 11];11(4):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18179667>
47. Von Rueden U, Gosch A, Rajmil L, Bisegger C, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: Results from a European study. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Feb;60(2):130–5.
48. Condello G, Capranica L, Stager J, Forte R, Falbo S, Di Baldassarre A, et al. Physical activity and health perception in aging: Do body mass and satisfaction matter? A three-path mediated link. *PLoS One*. 2016 Sep 9;11(9).
49. Blázquez Abellán G, López-Torres Hidalgo JD, Rabanales Sotos J, López-Torres López J, Val Jiménez CL. Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2020 Feb 11];48(8):535–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26920449>
50. Jezewska-Zychowicz M, Wadolowska L, Kowalkowska J, Lonnie M, Czarnocinska J, Babicz-Zielinska E. Perceived health and nutrition concerns as predictors of dietary patterns among polish females aged 13-21 years (GEBaHealth project). *Nutrients*. 2017 Jun 16;9(6).
51. Ayala GX, Elder JP, Campbell NR, Slymen DJ, Roy N, Engelberg M, et al. Correlates of body mass index and waist-to-hip ratio among Mexican women in the United States: Implications for intervention development. *Women's Heal Issues* [Internet]. 2004 [cited 2020 Feb 11];14(5):155–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15482966>
52. Hartanto A, Yong JC. Measurement matters: Higher waist-to-hip ratio but not body mass index is associated with deficits in executive functions and episodic memory. *PeerJ*. 2018;2018(9).

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Cuestionarios

1. Género
  - Femenino
  - Masculino
2. Edad: \_\_\_\_\_ años
3. Grado de instrucción
  - Sin instrucción
  - Primaria incompleta
  - Primaria completa
  - Secundaria incompleta
  - Secundaria completa
  - Superior
4. Estado civil
  - Soltero
  - Casado
  - Conviviente
  - Viudo
  - Divorciado
5. Ingreso mensual: \_\_\_\_\_ soles
6. Su trabajo es:
  - Independiente
  - Dependiente
  - No cuenta con trabajo
7. ¿Cuenta con los servicios básicos de sanidad: agua, luz, desagüe?
  - Sí
  - No
8. ¿Cuenta con seguro de salud: SIS, EsSalud, privado, etc?
  - Sí
  - No
9. Medidas
  - a. Peso: \_\_\_\_\_ kg
  - b. Talla: \_\_\_\_\_ cm
  - c. Circunferencia abdominal: \_\_\_\_\_ cm
  - d. Circunferencia cadera: \_\_\_\_\_ cm
  - e. PA: \_\_\_\_\_ mmhg
10. Algún miembro de la familia sufre de alguna enfermedad?
  - Sí
  - No
11. Padece de alguna enfermedad?
  - Hipertensión
  - Diabetes
  - Cáncer
  - \_\_\_\_\_
12. Religión:
  - Católico
  - Evangélico
  - Adventista
  - \_\_\_\_\_

## Encuesta estilos de vida

ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Siempre
1. Terminas el día con vitalidad y sin cansancio.	0	1	2	3
2. Haces ejercicio, practicas algún deporte, caminas, trotas, manejas bicicleta, nadas, bailas, o haces aeróbicos por un tiempo mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana.	0	1	2	3
3. Mantienes tu peso corporal estable.	0	1	2	3
4. Practicas ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (yoga, meditación, relajación autodirigida, taichí, kun fu, danza).	0	1	2	3
5. Practicas actividades físicas de recreación (juegos, deportes, caminatas, bicicleta, natación, patinaje, baile)	0	1	2	3
6. Incluyes momentos de descanso en su rutina diaria.	0	1	2	3
7. Compartes con su familia y/o amigos el tiempo libre.	0	1	2	3
8. En tu tiempo libre: lee, va al cine, pasea, escucha música.	0	1	2	3
9. Destinas parte de tu tiempo libre para actividades académicas o laborales.	0	1	2	3
10. ¿Ves televisión 3 o más horas al día?	0	1	2	3
11. ¿Fumas cigarrillo o tabaco?	0	1	2	3
12. ¿Prohíbes que fumen en su presencia?	0	1	2	3
13. ¿Consumes licor al menos dos veces a la semana?	0	1	2	3
14. ¿Consumes licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	0	1	2	3
15. ¿Dices "NO" a todo tipo de droga?	0	1	2	3
16. ¿Consumes más de 3 tazas de café al día?	0	1	2	3
17. ¿Duermes al menos 7 horas diarias?	0	1	2	3
18. ¿Trasnochas?	0	1	2	3

19. ¿Duermes bien y se levanta descansado?	0	1	2	3
20. ¿Te es difícil conciliar el sueño?	0	1	2	3
21. ¿Tienes sueño durante el día?	0	1	2	3
22. ¿Tomas pastillas para dormir?	0	1	2	3
23. ¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al día?	0	1	2	3
24. ¿Añades sal a las comidas en la mesa?	0	1	2	3
25. ¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la semana?	0	1	2	3
26. ¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana?	0	1	2	3
27. ¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día?	0	1	2	3
28. ¿Acostumbras comer al día 3 comidas principales y 1 refrigerio?	0	1	2	3
29. ¿Comes en tu refrigerio frutas, frutos secos, verduras o yogur?	0	1	2	3
30. ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en grasa o "light"?	0	1	2	3
31. ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?	0	1	2	3
32. ¿Consumes embutidos (jamonada, mortadela, jamón, salchicha, tocino)?	0	1	2	3
33. ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?	0	1	2	3
34. ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus alimentos?	0	1	2	3
35. ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?	0	1	2	3
36. ¿Comes frente al televisor, computadora o leyendo?	0	1	2	3
37. ¿Las preparaciones de tus comidas suelen ser al vapor, sancochado, guisado, estofado, a la plancha o sudado.	0	1	2	3
38. ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al horno, al vapor, a la parrilla?	0	1	2	3
39. ¿Desayunas todos los días?	0	1	2	3
40. ¿Consumes comidas rápidas hamburguesa, hotdog, tacos, alitas, pizza, etc?	0	1	2	3
41. Vas al odontólogo por lo menos una vez al año.	0	1	2	3



42. Vas al médico por lo menos una vez al año.	0	1	2	3
43. Cuando te expones al sol, usas protector solar.	0	1	2	3
44. Chequeas al menos una vez al año tu presión arterial.	0	1	2	3
45. Te realizas exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.	0	1	2	3
46. Te automedicas y/o acudes al farmaceuta en casos de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.	0	1	2	3
47. Observas tu cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.	0	1	2	3
48. Como conductor o pasajero usas cinturón de seguridad	0	1	2	3

### Encuesta de Salud General (MOS)

Ítems	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buenas parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
<p><b>I. En cada una de las siguientes preguntas, selecciones el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido durante el pasado mes:</b></p>						
<p>1. ¿Cuánto tiempo se vio limitado en sus actividades sociales por motivos de salud? (Por ejemplo: visitar a sus amigos o familiares cercanos)</p>						
<p>2. ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona muy nerviosa?</p>						
<p>3. ¿Cuánto tiempo ha sido una persona calmada y con paz?</p>						
<p>4. ¿Cuánto tiempo se ha sentido usted una persona desanimada y triste?</p>						
<p>5. ¿Cuánto tiempo ha sido usted</p>						

una persona feliz?						
6. ¿Cuánto tiempo se ha sentido tan desanimado (a) que nada podía animarlo?						
<b>II. Por cuanto tiempo (sí así ha sucedido) su estado de salud le ha limitado en las siguientes actividades:</b>						
<b>Ítems</b>	<b>Todo el tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Buena parte del tiempo</b>	<b>Algo del tiempo</b>	<b>Poco tiempo</b>	<b>Nada del tiempo</b>
7. El tipo y cantidad de actividades pesadas que usted puede realizar como levantar objetos, correr o practicas deportes rudos						
8. El tipo y cantidad de actividades moderadas que usted puede hacer como mover una mesa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota						
9. Caminar cuesta arriba o subir varios						

por la escalera						
10. Agacharse, pararse de puntas o doblarse hasta el suelo						
11. Caminar una cuadra						
12. Comer, vestirse, bañarse o ir al baño						
13. ¿Su salud le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa o ir a la escuela? a. Sí, por más de 3 meses b. Sí, por tres meses o menos c. No						
14. ¿Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud? a. Sí, por más de 3 meses b. Sí, por tres meses o menos c. No						
<b>III. Por favor seleccione el número (1 a 6) que describa mejor si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa para usted:</b>						
<b>Ítems</b>	<b>Todo el tiempo</b>	<b>La mayor parte del tiempo</b>	<b>Buenas parte del tiempo</b>	<b>Algo del tiempo</b>	<b>Poco tiempo</b>	<b>Nada del tiempo</b>
15. Estoy algo enfermo (a)						
16. Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco						
17. Mi salud es excelente						

18. Me he sentido mal recientemente						
<p>19. En general diría que su salud es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Excelente</li> <li>b. Muy buena</li> <li>c. Buena</li> <li>d. Regular</li> <li>e. Deficiente</li> </ul>						
<p>20. ¿Qué tanto dolor corporal ha experimentado usted durante las últimas cuatro semanas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ninguno</li> <li>b. Muy suave</li> <li>c. Suave</li> <li>d. Moderado</li> <li>e. Severo</li> </ul>						

## **Anexo 2. Consentimiento**

### **CONSENTIMIENTO ABREVIADO**

Factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020.

#### **INTRODUCCIÓN:**

Buenos días/tardes, nosotros somos, egresados de la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Peruana Unión. Este cuestionario tiene como propósito determinar los factores que se asocian a la percepción que Ud. tiene de su estado de salud. Dicha información será de mucha importancia para desarrollar el estudio.

Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

Cualquier duda o consulta que usted tenga posteriormente puede escribirme a

---

***He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.***

A continuación, detallan las instrucciones o explicaciones para el llenado del cuestionario.

#### **INSTRUCCIONES:**


Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que usted crea conveniente.

#### **Observación:**

Cada participante de la investigación debe recibir una copia de este consentimiento.

### **Anexo 3. Validación de encuesta “Estado de Salud General (MOS)”**

Yo, David Alvarez Baca con la especialidad de Cirugía General CMP 22566, RNE 19776, Jefe del Dpto. de Cirugía del Hospital Nacional Hipólito Unanue, luego de haber leído y observado la encuesta que servirá para la realización del proyecto de tesis “Factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020” doy conformidad de que será adecuada para la recolección de datos.



Firma del Juez.

DR. DAVID ALVAREZ BACA  
C.M.P. 22566 RNE. 19776  
Med. Jefe del Dpto. de Cirugía  
Hospital Nacional Hipólito Unanue

Yo, Juan Gustavo Rosales Taboada con la especialidad de Ginecología y Obstetricia CMP 18211, RNE 15909, Jefe del servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, luego de haber leído y observado la encuesta que servirá para la realización del proyecto de tesis “Factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020” doy conformidad de que será adecuada para la recolección de datos.



DR. JUAN GUSTAVO ROSALES TABOADA  
JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA  
MEDICO QUIRURGICO  
CMP: 18211 RNE: 15909  
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

Firma del Juez.

Yo, Adolfo Mauro Pinillos Chunga con la especialidad de Cirugía General CMP 21029, RNE 10159, Jefe del Servicio Lado B de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, luego de haber leído y observado la encuesta que servirá para la realización del proyecto de tesis “Factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la

Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020” doy conformidad de que será adecuada para la recolección de datos.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional Hipólito Unanue  
-----  
Dr. Adolfo M. Pinillos Chunga  
Jefe del Servicio Laboratorio Cirugía General  
CMP 1923 - RNE 10159  
**Firma del Juez.**

Yo, Franco Valdivia Torres con la especialidad de Medicina Interna CMP 16396, RNE 7093, luego de haber leído y observado la encuesta que servirá para la realización del proyecto de tesis “Factores asociados a la percepción del estado de salud en pobladores de la Urbanización Alameda, Lurigancho-Chosica, 2020” doy conformidad de que será adecuada para la recolección de datos.



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"  
-----  
FRANCO M. VALDIVIA TORRES  
MÉDICO INTERNISTA  
CMP. 16396 RNE. 7093  
D.N.I. 07780110  
-----  
**Firma del Juez.**