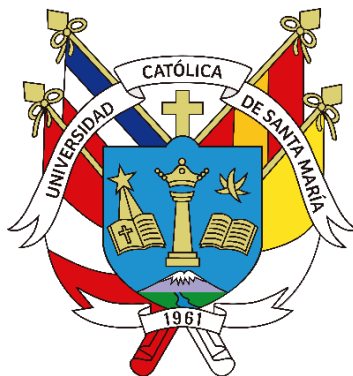


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



Factores asociados a los estilos de vida saludable de personas adultas.
Centro de Salud Buenos Aires – Cayma. Arequipa, 2023

Tesis presentada por las Bachilleres:

Concha Pari, Maria de los Angeles

ORCID: 0009-0009-1075-3704

Ramos Fernandez, Antonella Andrea

ORCID: 0009-0000-4082-4088

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Asesor (a):

Mg. Arratia Corrales, Mayra Alexandra

ORCID: 0000-0002-0059-2419

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

ENFERMERIA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 18 de Mayo del 2025

Dictamen: 009478-C-FENFER-2025

Visto el borrador del expediente 009478, presentado por:

2015100532 - CONCHA PARI MARIA DE LOS ANGELES

2015245022 - RAMOS FERNANDEZ ANTONELLA ANDREA

Titulado:

FACTORES ASOCIADOS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES- CAYMA. AREQUIPA, 2023

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**29406091 - NUÑEZ CHAVEZ JOSEFINA SONIA
DICTAMINADOR**



**29298306 - DIAZ CESPEDES DE BELLIDO SUSANA VICTORIA
DICTAMINADOR**



**29342153 - CUEVA QUISPE CELIA MARCELINA
DICTAMINADOR**



Factores asociados a los estilos de vida saludable de personas adultas. Centro de Salud Buenos Aires – Cayma. Arequipa, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

24% EN

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

21%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	pmc.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	4%
2	www.mdpi.com Fuente de Internet	2%
3	stacks.cdc.gov Fuente de Internet	2%
4	Frida Lundin Gurné, Sofie Jakobsson, Eva Lidén, Ida Björkman. "District nurses' perspectives on health-promotive and disease-preventive work at primary health care centres: A qualitative study", Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2022 Publicación	2%
5	www.ncbi.nlm.nih.gov Fuente de Internet	2%
6	link.springer.com Fuente de Internet	1%
7	Andreas Skriver Hansen, Thomas Beery, Peter Fredman, Daniel Wolf-Watz. "Outdoor	1%

Dedicatoria

Dedico la presente tesis a Dios, por su gracia y bondad que me ha permitido cumplir con el propósito que es culminar la carrera universitaria de enfermería.

A mis padres Lucía y Alfredo, por su inmenso amor y esfuerzo que hicieron que mi alma anhelará grandes metas y sueños.

Maria de los Angeles Concha Pari

Quiero dedicar este logro a Dios, por su inmenso amor y protección en mi vida.

A mis padres Marco Antonio y Luz Marina, porque gracias a su amor, enseñanzas, esfuerzo y sacrificio, hoy puedo cumplir una de mis grandes metas que es ser una profesional de enfermería.

A mi hermana Leshka y mi sobrino Jacobo, por su apoyo, comprensión y estímulo para salir adelante.

A mi abuelita Adela, quien desde el cielo cuida de mí.

Antonella Andrea Ramos Fernandez

Agradecimientos

A la Universidad Católica de Santa María, por ser una sólida institución educativa de nivel superior, que propicia la formación profesional de muchas vocaciones de enfermería para actuar con excelencia en el país y el mundo.

A nuestra asesora Mgter. Mayra Alexandra Arratia Corrales quien entregó sus conocimientos, experiencia y entusiasmo para ayudarnos a concretar la presente investigación.

A los miembros del jurado dictaminador, por sus valiosas sugerencias que permitieron culminar el estudio.

Al Centro de Salud Buenos Aires de Cayma, por permitirnos desarrollar la presente Tesis en sus instalaciones y a cada una de las personas que gentilmente accedieron a participar en el estudio.

Maria de los Angeles y Antonella Andrea

RESUMEN

El estudio realizado tuvo como objetivo establecer los factores demográficos y sociodemográficos asociados a los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma. El tipo de estudio fue relacional y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 242 personas adultas que cumplieron los criterios de inclusión. La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos se aplicó el Cuestionario de factores asociados y el Cuestionario sobre Estilos de Vida saludable. En los resultados se encontró que los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma son poco saludables en el 64,05%. Los factores demográficos asociados de manera significativa con los Estilos de Vida Saludable de las personas adultas son: edad, sexo masculino, nivel de instrucción secundaria y superior, estado civil solteros y casados, situación laboral estable, procedencia de otras ciudades que no sean de Arequipa e Ingresos económicos medios altos y altos.

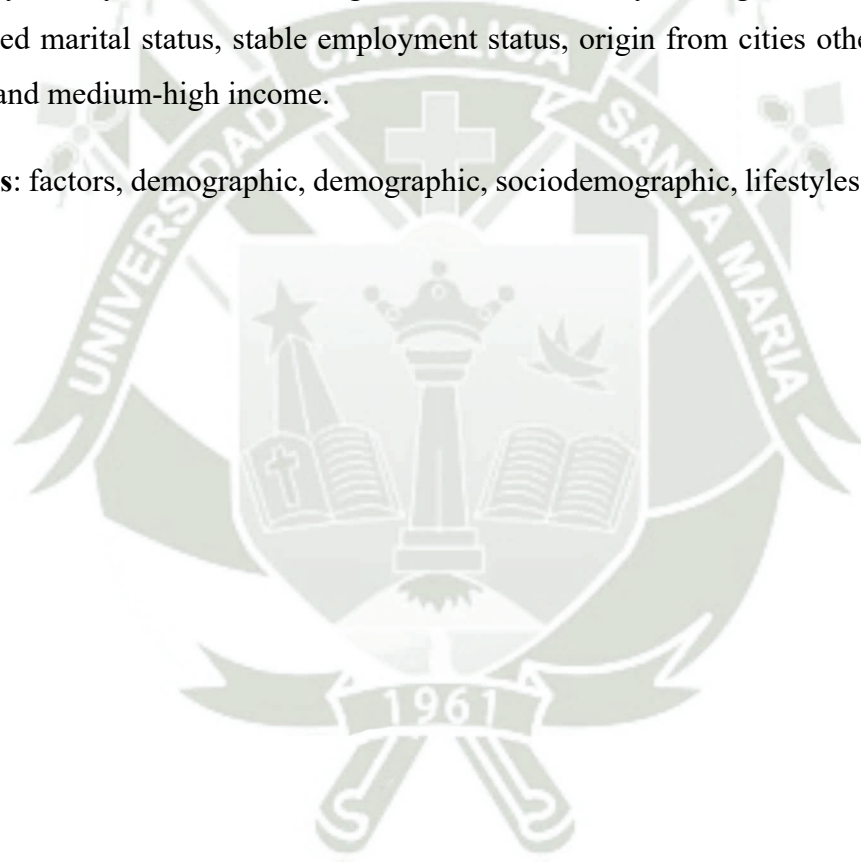
Palabras clave: factores, demográficos, sociodemográfico, estilos, vida, saludable, adultos.



ABSTRACT

The objective of the study was to establish the demographic and sociodemographic factors associated with the healthy lifestyles of adults attending the Buenos Aires - Cayma Health Center. The type of study was relational and cross-sectional. The study population consisted of 242 adults who met the inclusion criteria. The technique used was the survey and the associated factors questionnaire and the Healthy Lifestyles Questionnaire were applied as instruments. The results showed that 64.05% of the healthy lifestyles of adults attending the Buenos Aires - Cayma Health Center were unhealthy. The demographic factors significantly associated with the Healthy Lifestyles of adults are: age, male sex, secondary and higher education level, single and married marital status, stable employment status, origin from cities other than Arequipa, and high and medium-high income.

Keywords: factors, demographic, demographic, sociodemographic, lifestyles, healthy, adults.



ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	3
1. Problema de investigación.....	4
1.1. Enunciado del problema.....	4
1.2. Descripción del problema.....	4
1.2.1. Operacionalización de Variables.....	4
1.2.2. Interrogantes Básicas.....	5
1.2.3. Tipo de problema.....	5
1.3. Justificación.....	5
2. Objetivos.....	6
3. Marco Teórico.....	6
3.1. Factores asociados a los estilos de vida saludables.....	6
3.1.1. Concepto.....	6
3.1.2. Factores demográficos.....	6
3.1.3. Factores socioambientales.....	8
3.2. Estilos de vida saludable.....	14
3.2.1. Conceptos.....	14
3.2.2. Modelos teóricos de los estilos de vida.....	14
a. Estilos de vida y bienestar de bajo consumo.....	15
3.2.3. Dimensiones de los estilos de vida saludable.....	16
a. Hábitos alimenticios.....	16
b. Autocuidado y cuidado médico.....	17
c. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.....	18
d. Sueño.....	20
e. Recreación y manejo del tiempo libre.....	22
f. Condición, actividad física y deporte.....	22
3.2.4. Importancia de los estilos de vida saludable.....	23

3.3. Rol de enfermería en la promoción de estilos de vida saludable	23
4. Antecedentes Investigativos.....	25
4.1. Internacionales	25
4.2. Nacionales.....	25
4.3. Locales	26
5. Hipótesis	26
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	27
1. Técnica.....	28
2. Instrumentos.....	28
2.1. Cuestionario de factores asociados	28
2.2. Cuestionario sobre estilos de vida saludable.....	28
3. Campo de verificación	29
3.1. Ubicación espacial	29
3.2. Ubicación temporal.....	29
3.3. Universo y muestra	29
3.3.1. Universo	29
3.3.2. Muestra	29
4. Estrategia de recolección de datos	30
4.1. Organización	30
4.2. Recursos.....	31
4.2.1 Humanos.....	31
4.2.2 Materiales	31
4.2.3 Financieros.....	31
CAPÍTULO III RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	32
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS.....	71
Anexo 1 Consentimiento Informado	72
Anexo 2 Cuestionario de Factores Asociados.....	73
Anexo 3 Cuestionario sobre estilos de Vida Saludable (Adaptado y validado por Palomares [43]).....	74

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN DE CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	33
TABLA 2 PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN DE RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	34
TABLA 3 PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	35
TABLA 4 PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN DE SUEÑO. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	36
TABLA 5 PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	37
TABLA 6 PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA DIMENSIÓN DE AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	38
TABLA 7 PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	39
TABLA 8 ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	40
TABLA 9 ASOCIACIÓN ENTRE EL SEXO Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	42
TABLA 10 ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	44
TABLA 11 ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	46

TABLA 12 ASOCIACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN LABORAL Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	48
TABLA 13 ASOCIACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	50
TABLA 14 ASOCIACIÓN ENTRE LOS INGRESOS ECONÓMICOS DEL GRUPO FAMILIAR Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	52
TABLA 15 ASOCIACIÓN ENTRE EL ACCESO AL AGUA POTABLE 24 HORAS Y DESAGÜE EN LA VIVIENDA Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	54
TABLA 16 ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN LABORAL A SUSTANCIAS QUÍMICAS TÓXICAS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	55
TABLA 17 ASOCIACIÓN ENTRE EL TIEMPO DIARIO DE USO DE PANTALLAS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	57
TABLA 18 ASOCIACIÓN ENTRE LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024	59
TABLA 19 ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE ESPACIOS PÚBLICOS DEL VECINDARIO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024.....	61

INTRODUCCIÓN

La población de personas adultas a nivel mundial está en constante incremento, debido principalmente a una menor tasa de natalidad y al aumento de la esperanza de vida, en nuestro país según datos del Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI), la población viene presentando profundas transformaciones demográficas, que revelan que los grupos que más transformaciones presentan son entre 15 a 59 años de edad, que de representar al 51,5% en 1940, se eleva a 62,4% en el año 2022, de igual forma se ha incrementado la proporción de adultos mayores de 60 y más años de edad, de 6,4% en 1940 a 13,3% en 2022, lo que expresa el envejecimiento progresivo de la población y además la esperanza de vida actual es de 76 años (1).

En forma paralela al incremento de la edad y la esperanza de vida, se observa una mayor incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y las enfermedades degenerativas que suelen iniciarse en la edad adulta, entre ellas destacan el sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, cardiopatías, aterosclerosis, varios tipos de cáncer, artritis y artrosis entre otras. Estas enfermedades tienen como nexo común a su desarrollo, los estilos de vida no saludables que tienen las personas, los cuales incrementan el riesgo de enfermarse y en consecuencia también incrementan la mortalidad (2).

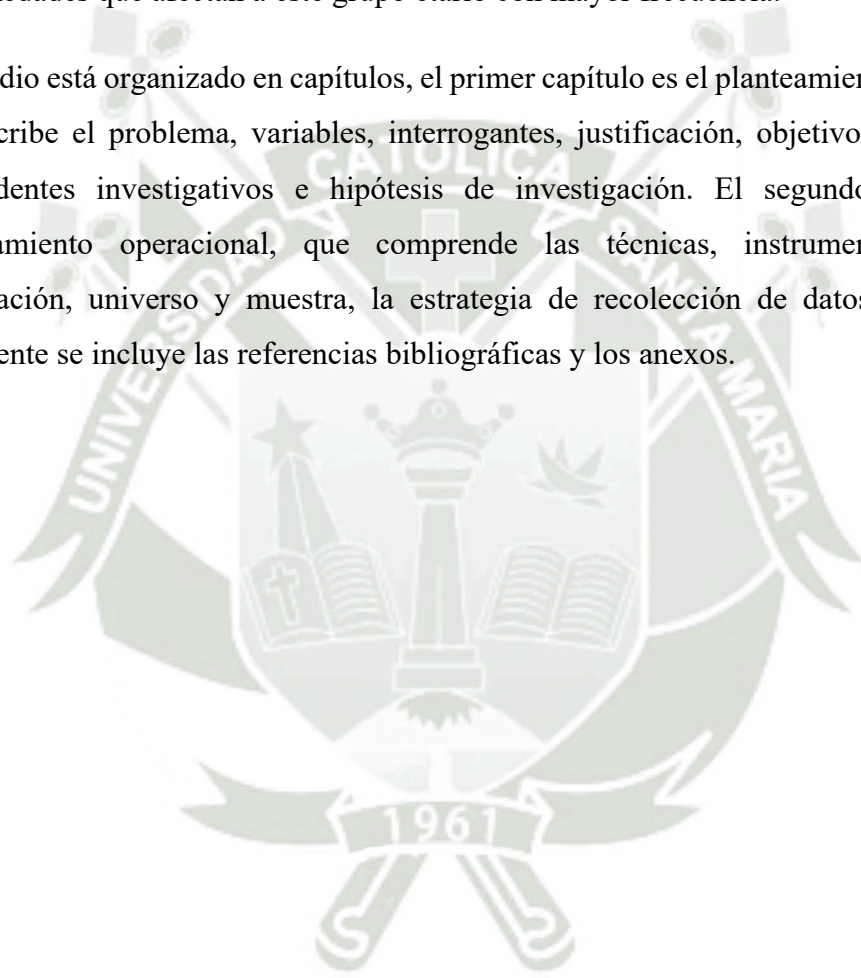
Según la Organización Mundial de la Salud, los estilos de vida son una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. A pesar de habitualmente se utiliza el término estilo de vida saludable, también se utiliza el término estilo de vida relacionado con la salud, ya que recoge tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo. Asimismo, se han descrito una serie de factores demográficos y socioambientales que pueden asociarse a los estilos de vida y modificarlos tanto de forma positiva como negativa, por lo que adquieren importancia en la promoción de la salud y en la prevención y manejo de las enfermedades (2).

En la población atendida en el Centro de Salud Buenos Aires, se ha observado que las enfermedades crónicas no transmisibles son frecuentes, así como también lo son la falta de actividad física, el consumo de bebidas alcohólicas de forma habitual, y otros estilos de vida

no saludables que vienen afectando a la población y que a pesar de ello no reciben la atención necesaria.

Los hechos anteriores han motivado el interés personal para el desarrollo de la presente investigación, siendo importante que en base a los resultados que se obtengan, se pueda ayudar a la población a lograr y mantener estilos de vida saludable, con un control adecuado de los factores que se asocian a los mismos y de esta forma poder prevenir o controlar las enfermedades que afectan a este grupo etario con mayor frecuencia.

El estudio está organizado en capítulos, el primer capítulo es el planteamiento teórico, donde se describe el problema, variables, interrogantes, justificación, objetivos, marco teórico, antecedentes investigativos e hipótesis de investigación. El segundo capítulo es el planteamiento operacional, que comprende las técnicas, instrumentos, campo de verificación, universo y muestra, la estrategia de recolección de datos y los recursos, finalmente se incluye las referencias bibliográficas y los anexos.





CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

Factores asociados a los estilos de vida saludable de personas adultas. Centro de Salud Buenos Aires– Cayma. Arequipa, 2023.

1.2. Descripción del problema

Campo : Ciencias de la Salud.

Área : Enfermería.

Línea : Salud del Adulto.

1.2.1. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Factores asociados (Independiente)	1. Demográficos	1. Edad
		2. Sexo
		3. Nivel de instrucción
		4. Estado civil
		5. Situación laboral
		6. Procedencia
	2. Sociodemográficos	7. Ingresos económicos del grupo familiar
		8. Acceso a agua potable 24 horas en la vivienda y desagüe
		9. Exposición laboral a sustancias químicas tóxicas
		10. Tiempo de uso de pantallas por día
		11. Relaciones interpersonales
		12. Espacios públicos en su vecindario con parques y lozas deportivas que faciliten la práctica de actividad física
Estilos de vida saludable (Dependiente)	3. Condición, actividad física y deporte	No saludable: 0 – 36 puntos Poco saludable: 37 – 72 puntos Saludable: 73 – 108 puntos Muy saludable: 109 – 144 puntos
	4. Recreación y manejo del tiempo libre	
	5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	
	6. Sueño	
	7. Hábitos alimenticios	
	8. Autocuidado y cuidado médico	

1.2.2. Interrogantes Básicas

1. ¿Cuáles son los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma?
2. ¿Qué factores están asociados a los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma?

1.2.3. Tipo de problema

- Tipo: De Campo
- Nivel: Relacional de corte transversal.

1.3. Justificación

La relevancia científica del estudio, se basa en que, en la actualidad, las enfermedades relacionadas con el estilo de vida son problemas emergentes de salud pública en países desarrollados y en vías de desarrollo. Para este caso, la recomendación de la Organización Mundial de la Salud alienta a todos los formuladores de políticas y profesionales de la salud a desarrollar enfoques dirigidos a prevenir las enfermedades no transmisibles (ENT), para lo cual, es necesario la identificación y control de los factores que ejercen influencia e intervenir en el desarrollo de estilos de vida saludable (3). Por tanto, el estudio constituye una fuente de conocimiento a través del marco teórico actualizado y también servirá de antecedente para que se desarrollen futuras investigaciones sobre el tema.

El presente estudio tiene relevancia social dadas las características de la población que reside en la zona de influencia del Centro de Salud Buenos Aires – Cayma, debido a que, se trata de una comunidad con alta presencia de población migrante, muchos de los cuales, no tiene mayores conocimientos sobre temas de salud y estilos de vida saludable, más bien, son personas que tienen bajo nivel educativo, muchos son trabajadores informales o de mando medio, hay todavía tasas altas de natalidad, embarazo adolescente y otros problemas que aumentan el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles como el sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol, a lo que se debe añadir el estrés emocional que enfrentan en la vida diaria.

El trabajo es de actualidad, porque según lo dicho anteriormente, las enfermedades crónicas no transmisibles en cuya etiología participa la falta de estilos de vida saludable,

se viene incrementando en nuestra población, como es el caso de la diabetes mellitus, hipertensión u obesidad que afectan al 39% de la población arequipeña adulta, llegando al 64,5% en adultos mayores (4), por lo cual, es necesario determinar los factores que se asocian a los estilos de vida saludable para poder intervenir sobre los mismos de forma efectiva.

El estudio es viable porque se disponía de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para su ejecución.

Finalmente, nos motivó el deseo de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería a través del desarrollo de la presente investigación.

2. OBJETIVOS

2.1. Evaluar los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma.

2.2. Determinar los factores asociados a los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Factores asociados a los estilos de vida saludables

3.1.1. Concepto

Los factores asociados, son aquellas variables demográficas, sociales, culturales y económicas que cuando intervienen tanto de forma individual como colectiva pueden influir de forma positiva o negativa en el estado de salud y bienestar de las personas (2).

3.1.2. Factores demográficos

a. Edad

La edad es una variable o indicador biológico que indica los años de vida que tiene la persona, los cuales se cuentan desde el día del nacimiento hasta la muerte. En el Perú, el Ministerio de Salud, establece los siguientes grupos etarios: niño: 0 a 11 años;

adolescente: 12 a 17 años; adulto joven: 18 a 29 años; adulto: 30 a 59 años y adulto mayor de 60 años a más (5).

b. Sexo

Es la condición orgánica que diferencia al varón de la mujer, es decir, que el sexo se refiere a las diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres, las mismas que son universales, el término género está referido a las características y oportunidades sociales relacionada a la cualidad de lo femenino o lo masculino, así como a las relaciones entre hombres y mujeres (1).

c. Nivel de instrucción

El nivel de instrucción se define a partir de los años de estudio que ha logrado aprobar la población de 15 años a más, es el grado más elevado de estudios realizados las categorías del nivel de instrucción son: ninguno o sin nivel, primaria, secundaria y superior (1).

d. Estado civil

Es la condición de la unión de personas de diferente sexo con fines de procreación y vida en común y que asume permanencia en el tiempo, define claramente el concepto de matrimonio o de unión conyugal en un término más amplio. Las categorías de estado civil que se consideran de acuerdo a la clasificación del Instituto Nacional de estadística e Informática son: soltero, casado, conviviente, viudo y divorciado (1).

e. Situación laboral

Es la posición que la persona tiene en función del trabajo que desempeña, el mismo que puede ser trabajador dentro de una institución pública o empresa privada, o si realiza su trabajo de forma independiente. Según sea el tipo de trabajo realizado, la persona puede trabajar a tiempo completo, a tiempo parcial o de forma eventual. Las categorías de la situación laboral son empleo estable, desempleado. Trabajo independiente y el trabajo eventual (1).

f. Procedencia

Es el lugar de residencia habitual de la persona, o en el caso de los migrantes, es el lugar de residencia al inicio del proceso migratorio (1), para el presente estudio, se han

considerado como lugares de procedencia a Arequipa y sus provincias, además de los departamentos de Puno, Cusco, Apurímac, Moquegua e Ica, debido a que por la cercanía con Arequipa presenta mayores flujos de migración de la población.

g. Ingresos económicos

Esta variable está referida al nivel de ingresos que tienen las personas y se refiere a la clasificación económica de la población en función de la cantidad de dinero que perciben al mes. Las categorías consideradas para la evaluación de dichas variables son las siguientes: nivel bajo, se considera cuando los ingresos económicos es menor al sueldo mínimo mensual, es decir, menos de 1025 soles; nivel medio bajo, cuando el monto de dinero es de entre 1025 a 2050 soles, en otras palabras de uno a dos sueldos mínimos; nivel medio alto, comprende de 2050 a 3075 soles mensuales o de dos a tres sueldos mínimos y el nivel alto, que incluye a las personas que perciben más de 3075 soles o más de tres sueldos mínimos (1).

3.1.3. Factores sociodemográficos

a. Acceso a agua potable y desagüe

El acceso al agua potable y al saneamiento adecuado son los recursos más importantes de la salud pública y uno de los principales derechos de las personas que ayuda a prevenir las enfermedades infecciosas y constituye un factor protector de la salud, además de que contar con agua potable de calidad es un elemento fundamental para promover un adecuado desarrollo. El agua dulce es un recurso esencial para la salud de las personas, porque también garantiza una mejor seguridad alimentaria, contribuye al desarrollo económico y social de las comunidades, además de que contribuye a la preservación de los ecosistemas. Sin embargo, en los últimos años, sobre todo se está presentando escases del agua dulce debido a fenómenos como el cambio climático, el Fenómeno del Niño Global, que causa sequías en muchos lugares y lluvias torrenciales en otros lugares, causando inundaciones y otros desastres. La escasez del agua también se deba a que el aumento de la demanda por la población contribuye al uso desmedido y disminución de los recursos y el progresivo agotamiento de los acuíferos, a lo que se añade la contaminación, la irrigación agrícola y las cada vez mayores necesidades de uso de agua para la industria, minería y otras actividades económicas (6).

b. Exposición laboral a sustancias químicas tóxicas

La exposición laboral a sustancias químicas tóxicas se define como “aquella situación en la que un trabajador puede recibir la acción de un agente químico, así como sufrir sus efectos perjudiciales, lo que puede suponer un daño para su salud. El concepto de exposición como magnitud, integra dos factores variables diferentes; la concentración o nivel de presencia del contaminante en el medio y el tiempo o duración de la propia exposición” (7).

Los dos factores mencionados presentan características propias, por ello se afirma que la exposición puede ser más o menos intensa, dependiendo de la magnitud con la cual el contaminante se concentre en el ambiente de trabajo. Las exposiciones pueden ser agudas, subagudas y crónicas, lo que varía en función del tiempo de duración de la exposición y la frecuencia de exposición.

- **Sustancias químicas peligrosas:** se definen como aquellas sustancias capaces de producir daño a la salud de las personas o al medio ambiente, lo cual se debe a sus propiedades fisicoquímicas, químicas o toxicológicas y a la manera como son utilizadas o la forma como se hace presente en el ambiente de trabajo (7).
- **Agentes químicos peligrosos:** Se denominan agentes o contaminantes de naturaleza química, a todas las sustancias que cuando entran en contacto con la persona pueden ser absorbidas a través de diferentes vías de entrada posibles, estas pueden ser la vía inhalatoria, dérmica, digestiva y parenteral. Los agentes químicos pueden presentarse de diferentes formas en el entorno laboral, es decir, sólido, líquido y gaseoso y esto es lo que determina en la mayoría de casos la vía de entrada del agente químico al organismo, por ejemplo, un gas tóxico en un ambiente de trabajo tendrá su vía de ingreso inhalatoria (7). Al referirse a agentes químicos, se aluden tanto a sustancias y preparados que son empleados en los procesos productivos de las empresas, así como también a los residuos que se generan en los mismos (7).
- **Daños derivados del trabajo con sustancias químicas:** Los daños derivados del trabajo se refieren a todas las patologías, enfermedades o lesiones que puede sufrir una persona como resultado del trabajo. Los daños a la salud que pueden provocar las sustancias químicas, pueden ser accidentes de trabajo, estos ocurren en el mismo momento en que la persona está expuesta a la sustancia, por ejemplo, el derrame de

una sustancia corrosiva que puede causar irritaciones o quemaduras en el personal; o enfermedades profesionales que son aquellas que se producen por exposiciones más o menos prolongadas en el tiempo, como ejemplo, se puede citar a los trabajadores de la minería, que durante años están expuestos a las sustancias químicas peligrosas lo que puede propiciar el desarrollo de enfermedades como la antracosis que resulta de la acumulación por la inhalación continua de polvo de carbón. Asimismo, se sabe que los daños son ocasionados por la composición química del agente peligroso, por la manera como este es utilizado, por la vía de entrada al organismo, por los órganos y/o tejidos en los que se acumula, por la reacción específica que cada persona tiene frente a dicho agente químico, derivada de las características personales o estado biológico y por la concentración, duración y frecuencia de la exposición (7).

c. Tiempo de uso de pantallas por día

Ver televisión (TV) o utilizar diferentes dispositivos de pantallas como son los celulares, tablets, computadoras, entre otros, representa uno de los comportamientos sedentarios más comunes entre la población y los adultos miran pantallas aproximadamente 34 horas por semana. Ver dos o más horas de pantallas al día se ha asociado con comportamientos adversos para la salud, numerosas enfermedades crónicas, mortalidad relacionada con el cáncer y mortalidad temprana en general. Ver pantallas también es un predictor importante para el diagnóstico de diabetes, metabolismo anormal de la glucosa, hipertensión, enfermedades cardíacas, colesterol alto, mortalidad por todas las causas, mortalidad cardiovascular y mortalidad por cáncer. Además, se ha encontrado una asociación gradual entre el consumo de pantallas y los resultados de salud: los adultos que miraban televisión u otras pantallas entre 2,5 y 4 horas al día tenían el doble de probabilidades de tener sobrepeso, y los que miraban pantallas durante más de 4 horas al día tenían cuatro veces más probabilidades de tener sobrepeso, en comparación con aquellos que miran menos de 1 hora por día (8).

En parte, estos resultados podrían ocurrir como resultado de los impactos del tiempo frente a una pantalla en una variedad de comportamientos relacionados con la salud, en particular los comportamientos dietéticos. Pasar muchas horas frente a una pantalla se ha asociado con patrones dietéticos deficientes entre los adultos, incluido un mayor consumo de azúcar, especialmente de refrescos; mayor ingesta de alimentos de baja calidad nutricional como papas fritas, productos de cereales refinados, snacks y postres; y menor

ingesta de fibra, pescado, verduras, frutas y cereales integrales. Las malas elecciones dietéticas pueden provocar sobrepeso y obesidad; por ejemplo, se ha descubierto que el consumo excesivo de bebidas azucaradas está significativamente asociado con un aumento de peso aproximado de 0,12 a 0,22 kg por año. Por el contrario, se ha demostrado que unos hábitos alimentarios más saludables protegen contra una serie de afecciones y enfermedades problemáticas. Las dietas ricas en fibra de cereales, por ejemplo, se han asociado con un menor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 independientemente de la edad, el sexo y los factores del estilo de vida, y una dieta rica en frutas y verduras se ha asociado con un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares y mortalidad. Por lo tanto, un patrón dietético marcado por un consumo limitado de alimentos ricos en nutrientes puede no conferir una protección óptima contra las enfermedades crónicas, lo que podría explicar parcialmente la asociación entre ver televisión durante mucho tiempo y afecciones como la diabetes tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares entre los adultos (8).

Aunque las asociaciones entre el tiempo frente a las pantallas y los comportamientos y resultados relacionados con la salud ahora están bien establecidas, la cuestión del tiempo frente a la pantalla sigue siendo un problema complejo y en evolución. Por ejemplo, aunque la mayoría de personas siguen consumiendo varias horas de televisión al día, los patrones de consumo están cambiando. Los atracones, el consumo continuo de entretenimiento basado en pantalla facilitado en parte por los servicios de transmisión de medios y los dispositivos conectados a la televisión, está creciendo como fenómeno, contribuyendo potencialmente a un mayor uso de pantallas por la noche, con el potencial de desplazar otros objetivos de comportamiento saludable. Paralelamente, el uso de otros dispositivos sofisticados basados en pantallas ha crecido considerablemente en los últimos años. En 2017, el uso de 'aplicaciones' y servicios de Internet en un teléfono inteligente promedió más de 2 horas por día entre los adultos, lo que contribuyó a un tiempo promedio total de uso de pantalla (televisión/dispositivos conectados a la televisión/teléfono inteligente/tableta) de 8 horas diarias. solo para el consumo de medios. Estos cambios podrían ser importantes para los comportamientos dietéticos, así como para otros comportamientos y características relacionados con la salud, incluida la actividad física, la calidad y duración del sueño y el estrés (8).

En un estudio realizado por Vizcaino y cols, se exploraron los patrones de uso moderno de la pantalla en todos los dispositivos, horas del día y días de la semana. Este enfoque

para examinar el uso de la pantalla representa un siguiente paso importante en la investigación del tiempo frente a la pantalla relacionada con la salud. El uso combinado de múltiples pantallas durante un día puede potencialmente impactar el comportamiento relacionado con la salud de maneras diferentes a lo que se ha observado en estudios que exploran el uso de la televisión como el comportamiento principal basado en la pantalla. Además, aún no está claro si el uso prolongado de tecnologías portátiles más nuevas, solas o en combinación, puede estar asociado con patrones dietéticos deficientes que pueden contribuir aún más al sobrepeso, la obesidad y otros resultados relacionados con la salud, ni cómo hacerlo. Existe consenso al señalar que el uso prolongado de una variedad de dispositivos basados en pantallas, además de la televisión, se asociaba con los hábitos alimentarios, la actividad física, el estrés, el sueño y la calidad del sueño entre los adultos (8, 9).

d. Relaciones interpersonales

Las relaciones interpersonales “son vínculos que se desarrollan entre las personas y que permiten intercambiar puntos de vista, dar a conocer las distintas formas de vivir la vida, necesidades, expectativas, sentimientos, inicio de oportunidades, fuente de aprendizaje y vía de enriquecimiento personal, las relaciones interpersonales son un aspecto vital y de primera importancia para la vida humana, ya que en ellas los sujetos encuentran la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Los seres humanos aprendemos las habilidades sociales y comunicativas de nuestros padres como primer modelo de relaciones interpersonales y de nuestra vida social futura en cualquier ámbito: familiar, social o laboral” (10).

De acuerdo con Albarrán, citado por Tafur y cols, “las relaciones interpersonales son un conjunto de discernimientos, cuyo objetivo es la explicación y predicción del conocimiento humano dentro de las organizaciones. Estos son indispensables para lograr las metas organizacionales, pues mediante los contactos que establezcan entre las personas, se procura la satisfacción de las necesidades de contacto social y solo la persona satisfecha colabora eficazmente con los objetivos planteados” (10, p. 154).

e. Espacios públicos para práctica de actividad física

Las ciudades son centros de innovación y creación de riqueza, pero también focos de contaminación del aire y ruido, efectos de isla de calor y falta de espacios verdes, todos

ellos perjudiciales para la salud humana. Ahora también son focos de COVID 19. Las ciudades son sistemas complejos y atractivos por los empleos, el ecosistema social, los eventos y las oportunidades ilimitadas que ofrecen. También tienen contactos personales estrechos y existen grandes desigualdades, que se han hecho más visibles con la pandemia de COVID 19. La planificación urbana y del transporte subóptima siempre ha sido uno de los grandes desafíos de las ciudades, y en muchas ciudades las calles están dominadas por los automóviles. Por ejemplo, una ciudad como Barcelona tiene una de las densidades de tráfico y niveles de contaminación del aire y ruido más altos de Europa, que son responsables de unas 3.000 muertes prematuras al año. El sesenta por ciento del espacio público (es decir, carreteras y aparcamientos) es utilizado por coches, mientras que sólo 1 de cada 4 viajes se realiza en bicicleta (11).

La planificación y el diseño urbanos surgieron como una práctica con consideraciones de salud y bienestar en el centro de su trabajo a finales del siglo XIX y principios del XX, en parte debido a las malas condiciones de vida que existían en ese momento en muchas ciudades. Ciudades como Barcelona, París y Londres se beneficiaron enormemente de esto en términos de salud. Desafortunadamente, el vínculo parece haberse roto en tiempos más recientes, posiblemente debido al desarrollo de silos dentro de los ayuntamientos y a intereses económicos. ¿Es hora de restablecer este vínculo y hacer de la salud el principio rector de la forma en que planificamos, diseñamos, construimos, gestionamos y mantenemos nuestras ciudades? La respuesta frente a estas interrogantes es que si, es hora de repensar la planificación urbanística y los modelos urbanos, es necesario repensar ciudades que parecen estar diseñadas para automóviles, pero actualmente es necesario diseñar o modernizar las ciudades para las personas, se debe aspirar a ciudades que sean inteligentes, sostenibles, habitables, equitativas y saludables, que apliquen soluciones basadas en la naturaleza, tengan una economía circular y promuevan la realización de actividad y movilidad activa así como los espacios verdes, es necesario el desarrollo de nuevos espacios urbanísticos, en particular enfocada a la creación de espacios públicos que promuevan el desarrollo de actividades al aire libre , siempre bajo la perspectiva del desarrollo sostenible y de la mitigación de impactos ambientales y de salud (11).

3.2. Estilos de vida saludable

3.2.1. Conceptos

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define los estilos de vida saludables como una "forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" (2).

Los estilos de vida saludables son patrones colectivos de comportamiento relacionado con la salud basados en elecciones entre las opciones disponibles para las personas según sus oportunidades de vida. Los comportamientos que se generan a partir de estas elecciones pueden tener consecuencias positivas o negativas para el estado de salud de una persona, pero sin embargo forman un patrón general de prácticas de salud que constituyen un estilo de vida orientado a la salud. Los estilos de vida saludables se están convirtiendo en una forma cada vez más común de comportamiento social dadas las limitaciones de la medicina en el tratamiento de enfermedades crónicas como las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes y la asociación de dichas enfermedades con estilos de vida poco saludables (12).

3.2.2. Modelos teóricos de los estilos de vida

El estudio de los estilos de vida saludables se ha convertido en un área importante de investigación en sociología médica. Las elecciones de estilos de vida saludables son voluntarias, pero las oportunidades de vida potencian o limitan las elecciones, ya que las elecciones y las oportunidades se complementan entre sí para determinar los resultados conductuales. Sin embargo, cualquier conceptualización teórica de estilos de vida saludables se ve afectada por el debate agencia-estructura. El puente entre la agencia y la estructura para Max Weber fue su construcción de "tipos ideales" que eran entidades conceptuales que existían más allá del individuo, como su modelo de burocracia o conceptualizaciones de procesos a nivel macro como la difusión de la racionalidad formal en la sociedad occidental. En contraste con Weber, Pierre Bourdieu enfatiza el papel de la estructura en detrimento de la agencia. La religión es un ejemplo de colectividad con una fuerte influencia en los estilos de vida saludables de sus miembros. Las condiciones de vida pueden limitar o mejorar los estilos de vida

saludables. Las oportunidades de vida son el otro componente importante de los estilos de vida en el modelo de Weber (13).

Los modelos teóricos que explicaban los estilos de vida, como el Modelo Conductual de Bandura, han quedado obsoletos debido a los enormes cambios sociales que se han presentado a nivel mundial, más recientemente se defiende el Modelo del Minimalismo, el que hace referencia de que el consumismo y los valores materialistas tienen repercusiones potencialmente negativas para los individuos y la sociedad. Los estudios han demostrado una conexión entre el materialismo y la falta de preocupación por el medio ambiente, una mayor deuda financiera y, lo más pertinente, niveles más bajos de bienestar personal. Los estilos de vida de bajo consumo han ganado popularidad durante la última década, a medida que la gente intenta compensar lo anterior. Uno de esos estilos de vida es el minimalismo, que se caracteriza por actitudes y comportamientos anticonsumistas, incluida una decisión consciente de vivir con menos posesiones. Los defensores del minimalismo sugieren que el estilo de vida conduce a “felicidad, realización y libertad”; sin embargo, estas afirmaciones no han sido validadas científicamente (14).

El minimalismo se explica desde la perspectiva de la psicología positiva. La psicología positiva se ocupa de cómo y por qué prosperan los individuos y los grupos y, como tal, es una plataforma adecuada desde la cual explorar el tema del minimalismo y el bienestar.

3.2.3. Estilos de vida y bienestar de bajo consumo

Las personas que adoptan estilos de vida y comportamientos de bajo consumo, como la simplicidad voluntaria, el ahorro y los comportamientos proecológicos, tienden a evitar el consumo excesivo y la adquisición de posesiones materiales. La simplicidad voluntaria es un estilo de vida que abraza los valores fundamentales de la simplicidad material, la autodeterminación, la autosuficiencia, la conciencia ecológica, la responsabilidad social, la espiritualidad y el crecimiento personal. Los investigadores sugieren que esta mayor satisfacción con la vida está asociada con la satisfacción de las necesidades psicológicas propuestas por la teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan; autonomía, competencia y relación; sugiriendo que la satisfacción de necesidades psicológicas media la relación entre la simplicidad voluntaria y la

satisfacción con la vida. De manera similar, se ha sugerido que la relación entre bienestar y ahorro, “un estilo de vida de subconsumo estratégico”, está vinculada a la satisfacción de la necesidad de seguridad, autonomía, competencia y relación. Si bien esta conexión aún no ha sido respaldada empíricamente, según esta teoría basada en las necesidades, el ahorro en algunas circunstancias satisfaría estas necesidades y mejoraría el bienestar, mientras que en otras circunstancias interferiría con estas necesidades y disminuiría el bienestar, lo que ayuda a explicar algunos hallazgos inconsistentes. relacionados con el ahorro y el bienestar. Los comportamientos proecológicos son aquellos que tienen como objetivo reducir el consumo general o producir un impacto ambiental relativamente menor. A pesar de que los comportamientos proecológicos a menudo se enmarcan en términos de autosacrificio, cada vez hay más evidencia que sugiere que las personas que actúan de manera ambientalmente consciente reportan niveles más altos de bienestar subjetivo. La evidencia indica que la orientación a valores intrínsecos y la atención plena, así como la satisfacción de las necesidades de seguridad, autonomía, competencia y relación, pueden explicar la relación positiva entre el bienestar y las conductas proecológicas. Esto se alinea con los hallazgos y la teorización relacionados con el bienestar y sus vínculos con la simplicidad voluntaria (14).

3.2.4. Dimensiones de los estilos de vida saludable

a. Hábitos alimenticios

Una dieta poco saludable contribuye a un mayor IMC, mayor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), menor productividad y morbilidad y mortalidad prematuras, lo que lleva a obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares e hipertensión a través de la inflamación, y no consumo de cantidades sustanciales de micronutrientes y compuestos alimentarios, por ejemplo, fitoesteroles. En 2019, las ENT a nivel mundial representaron 7,9 millones de muertes y 187,7 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) atribuibles a una dieta poco saludable. Una dieta saludable se define como el consumo de alimentos en un patrón que es beneficioso para la salud, o al menos no perjudicial, las características comunes incluyen una mayor proporción de alimentos de origen vegetal, frutas y hortalizas, cereales integrales, legumbres, semillas y frutos secos, ácidos grasos poliinsaturados, una dieta poco saludable a menudo contiene altas cantidades de sodio, grasas trans y carnes rojas

(15). Los predictores de cambios en la dieta incluyen comportamientos de estilo de vida relacionados con la salud que pueden definirse como elecciones de comportamiento diarias que afectan la salud general. La actividad física, la dieta, el consumo de alcohol y el tabaquismo siguen siendo los comportamientos de estilo de vida modificables más estudiados y están asociados con la mortalidad por todas las causas (16).

Muchas personas no alcanzan la dosis diaria recomendada de cereales integrales y más del 82% no cumplen con las pautas de frutas y hortalizas, lo que aumenta la probabilidad de sobrepeso y obesidad y otras ENT (17, 18). Los comportamientos alimentarios inadecuados se asocian con una mala calidad del sueño que se correlaciona con comportamientos de estilo de vida poco saludables, estos comportamientos afectan la salud al igual que el tabaquismo, el sobrepeso, obesidad y el estrés (19).

b. Autocuidado y cuidado médico

En la teoría de rango medio sobre el autocuidado, el autocuidado se define como un proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas que promueven la salud y el manejo de la enfermedad. En ese modelo teórico se especifican tres conceptos de mantenimiento del autocuidado, seguimiento del autocuidado y gestión del autocuidado. Se encuentran disponibles varias medidas de autoinforme con base teórica que reflejan estos conceptos teóricos. En 2019, se perfeccionó la Teoría del autocuidado para aclarar cómo se relacionan los síntomas con el proceso de autocuidado. Las áreas clave de refinamiento de la teoría enfatizaron la importancia del monitoreo activo si se quieren detectar e interpretar cambios corporales, sin los cuales no se producirá la respuesta a los síntomas. Los avances en la ciencia de los síntomas han brindado información valiosa sobre cómo el conocimiento, la atención, las expectativas y la identidad influyen en el control y la gestión eficaces del autocuidado (20).

El interés internacional en la investigación que involucra el autocuidado es alto. Muchos investigadores de todo el mundo están estudiando el autocuidado. Los investigadores han revelado la complejidad del autocuidado y han ilustrado a través de su investigación que una amplia variedad de factores influye en las decisiones que toman las personas sobre el autocuidado. Las preocupaciones financieras, las tensiones financieras y las dificultades económicas son fuentes de estrés que pueden influir en el cuidado personal, además se menciona que las emociones o estados de ánimo, rasgos de personalidad, factores sociales

o interpersonales y factores clínicos influyen notablemente sobre las conductas de autocuidado. La mayor parte de la evidencia indica que incluso niveles bajos de síntomas depresivos están asociados con un autocuidado deficiente. Es importante que se promueva la mejora del autocuidado de las personas fomentando el cambio de hábitos nocivos, mejora de la alimentación, actividad física y sobre todo que las personas acudan a los establecimientos de salud para realizarse chequeos anuales para la detección de enfermedades y así también que participen en las diferentes actividades de promoción de la salud y detección precoz que realizan los establecimientos de salud, por ejemplo, las mujeres deben someterse exámenes de Papanicolaou para el descarte de cáncer de cuello uterino, o mamografía y ecografía mamaria para detectar el cáncer de mama; exámenes bioquímicos para el despistaje de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, enfermedades tiroideas, dislipidemias, entre otras (20).

c. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas

La mayoría de las enfermedades no transmisibles están relacionadas con factores de riesgo comunes, a saber, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable y la falta de actividad física. Las enfermedades no transmisibles, incluidas las enfermedades cardíacas, la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, el cáncer y las enfermedades pulmonares crónicas, son responsables de casi el 70% de todas las muertes en todo el mundo. Una gran proporción de estas enfermedades se pueden prevenir modificando factores del estilo de vida. El consumo de alcohol contribuye a millones de muertes cada año en todo el mundo y a las discapacidades y la mala salud de millones de personas (21).

Según el informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud de la Organización Mundial de la Salud, alrededor de 3 millones de muertes por año en todo el mundo (5,3% de las muertes mundiales) fueron atribuibles al consumo nocivo de alcohol, y el 28,7% de la carga mundial estuvo relacionada con el consumo de alcohol en todo el mundo, se debieron a lesiones resultantes de accidentes u otros eventos producidos por el consumo de alcohol (21). Los cambios económicos y políticos ocurridos en el mundo en las últimas décadas han tenido un impacto significativo en diferentes grupos sociales. Los jóvenes son sin duda un grupo vulnerable y abierto a todas las novedades y cambios. Los malos hábitos alimentarios y el abuso de sustancias son importantes problemas de salud pública entre los adultos jóvenes que experimentaron la transición a la vida adulta, durante la cual

están expuestos al estrés y la falta de tiempo. Aunque estos comportamientos se consideran temporales, pueden persistir en etapas avanzadas de la vida adulta. En particular, los jóvenes corren el riesgo de sufrir conductas de abuso de sustancias debido a cambios en el estilo de vida, reducción del apoyo de los padres y estrés (22). El alcohol sigue siendo el problema número uno de abuso de sustancias durante la vida. El alcohol es un “relacionador” social importante en la población joven y puede ser influyente debido a su papel en facilitar la formación de grupos sociales, lo que puede aumentar el riesgo de exposición al consumo excesivo de alcohol. El consumo excesivo de alcohol (BE) se asocia con el tabaquismo y el uso de drogas ilícitas. El consumo excesivo de alcohol también se asocia con múltiples resultados adversos en la población, como accidentes, ser víctima de un delito y un mayor riesgo de tener relaciones sexuales sin protección. Dado que el alcohol es un factor modificable, identificar los determinantes del consumo de alcohol es valioso para desarrollar programas de prevención para reducir el consumo nocivo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol y proteger a los adultos jóvenes (21).

La Carga Global de Enfermedades informó que el 36,8% (28,5–44,0%) de los años de vida ajustados en función de la discapacidad debido al cáncer fueron atribuibles al tabaquismo, por ello, los patrones de tabaquismo están cambiando en muchas sociedades, lo que refleja las políticas gubernamentales, la concientización sobre la salud pública y la disponibilidad de productos alternativos. De ellos, el uso de cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) está aumentando en muchos países. Una encuesta nacional reciente informó que el 8,5% de los adultos estadounidenses habían probado y el 2,4% utilizaban actualmente cigarrillos electrónicos. Las tasas de uso de cigarrillos electrónicos fueron más altas entre los hombres y los que habían dejado de fumar recientemente (49,3%) en comparación con los fumadores actuales (38,2%). Los ensayos clínicos prospectivos han respaldado el uso de cigarrillos electrónicos para dejar de fumar en comparación con otras formas de reemplazo de nicotina (23).

La literatura ha informado que los fumadores tienen más probabilidades que los no fumadores de adoptar otras conductas de riesgo. Existe consenso en que la falta de ejercicio físico está asociada con el tabaquismo aumenta la probabilidad de que las personas desarrollen enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias crónicas y cáncer. Por otro lado, la actividad física regular se ha relacionado con niveles reducidos de tabaquismo, probablemente porque los dos comportamientos proporcionan

recompensas similares, como una disminución temporal del estrés y mejora del estado de ánimo. De hecho, la literatura reporta una relación inversa entre tabaquismo y ejercicio físico, la intensidad del ejercicio y su efecto sobre el deseo de fumar y la abstinencia también han sido objeto de interés de investigación, y los resultados son más visibles para ejercicios más intensos. Por lo tanto, cuando se combinan, las variables tipo de entrenamiento e intensidad pueden potenciar la eliminación de esta conducta de riesgo (24).

d. Sueño

A los ya conocidos estilos de vida saludables, más recientemente se ha agregado un nuevo factor de estilo de vida modificable: la exposición diaria a patrones de luz/oscuridad consistentes y robustos, los cuales se realizan durante los periodos de sueño. Más de cuatro décadas de investigación han establecido conexiones claras entre el sistema circadiano humano y sus ritmos constituyentes, el ciclo de sueño/vigilia y la salud y el bienestar general (25). Las investigaciones también han demostrado que los fuertes patrones diarios de luz/oscuridad son los principales sincronizadores de los ritmos circadianos con la posición local en la Tierra. La falta de sincronía entre el reloj biológico y el medio ambiente y entre el reloj biológico y los diversos relojes periféricos del cuerpo puede provocar alteraciones en los ritmos circadianos. A partir de esta investigación ha surgido un creciente cuerpo de literatura que vincula la alteración de los ritmos circadianos con una variedad de enfermedades crónicas (26). Las investigaciones han establecido firmemente que los diversos procesos del sistema cardiovascular se adhieren a un patrón riguroso de 24 horas, y que la alineación coherente de estos procesos depende de un equilibrio altamente regulado entre los dominios simpático y parasimpático del sistema nervioso autónomo. También están involucradas las contribuciones de diversos factores ambientales, sociales y de comportamiento exógenos. Estos disruptores exógenos, todos los cuales están asociados con una forma de vida moderna de 24 horas, efectivamente permiten a las personas ignorar las señales del reloj biológico maestro, a menudo a expensas de los ritmos y procesos corporales regulados por el reloj biológico maestro. Los ritmos circadianos del cuerpo se generan de forma endógena y están continuamente alineados con el mundo que nos rodea mediante factores ambientales exógenos, principalmente el patrón diurno de luz y oscuridad que incide en las retinas. Los ritmos circadianos de los mamíferos están regulados por los núcleos supraquiasmáticos (SCN) situados en el hipotálamo anterior del cerebro. También

conocido como reloj biológico maestro o simplemente “reloj maestro”, el SCN funciona libremente en los humanos en un período natural ligeramente mayor a 24 horas, lo que con el tiempo conduciría a una asincronía entre nuestros procesos fisiológicos y de comportamiento internos y nuestro ambiente externo.

Con base a lo anterior, el reloj maestro de los mamíferos sincroniza las innumerables células del reloj periférico del cuerpo y modula los procesos fisiológicos que son exclusivos de sus respectivos órganos y sistemas. Además de los ciclos diurnos de luz/oscuridad que efectivamente reinician el reloj maestro, otras señales menos sólidas, señales exógenas o zeitgebers para promover la sincronía incluyen las horas de las comidas (pero no el acto físico de comer), actividades sociales y ejercicio. Los “ritmos de salida” son ritmos fisiológicos y de comportamiento regulados por el reloj maestro (25).

Dormir de 6 a 8 horas al día es un componente importante de un estilo de vida saludable, como lo respalda recientemente la guía del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón sobre la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares (27). Dormir lo suficiente con una buena arquitectura del sueño es importante para procesos metabólicos clave, como la regulación del apetito, la función del sistema inmunológico y el equilibrio neurohormonal y simpato-vagal. La arquitectura del sueño se refiere a la fisiología del buen sueño en la que los humanos sanos pasan por un patrón específico de ondas cada vez más lentas seguidas de un sueño con movimientos oculares rápidos. El sueño saludable se caracteriza no sólo por una cantidad suficiente de sueño, sino también por una buena calidad objetiva del sueño (definida como la repetición de 5 a 7 de dichos ciclos de sueño). En la sociedad moderna, tanto la cantidad como la calidad del sueño se ven influenciadas negativamente por factores como jornadas de trabajo más largas, más trabajo por turnos, luz artificial y teléfonos móviles, todo lo cual conduce a síntomas diurnos autoinformados como fatiga, cansancio y somnolencia. Estudios anteriores ya han relacionado la corta duración del sueño y la mala calidad del sueño, en particular, con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares importantes y resultados cardiovasculares fatales (28). Sin embargo, ninguno de los estudios publicados hasta la fecha ha evaluado la posible asociación entre los ritmos circadianos (es decir, la alta variabilidad diaria en la duración o el horario del sueño) y la incidencia de enfermedad cardiovascular (26).

e. Recreación y manejo del tiempo libre

La popularidad de la recreación al aire libre en la naturaleza está estrechamente ligada a la comprensión de la recreación al aire libre como un interés social vital, captado por lo que, en los países europeos, sobre todo los países nórdicos se conocen como "friluftsliv" (literalmente, "vida al aire libre"), que enfatiza un vínculo especial con la naturaleza más allá de la mera realización de actividades recreativas. De hecho, para muchos ciudadanos, la participación en actividades recreativas al aire libre es un estilo de vida esencial y un factor de calidad de vida y, a menudo, se asocia con importantes beneficios para la salud física y mental, como lo enfatizan, algunos autores (29).

La recreación al aire libre se ha convertido en un objetivo político importante en la mayoría de países, habiendo incluso recibido un mayor impulso debido a la pandemia por lo que la protección y el desarrollo de oportunidades recreativas al aire libre en una prioridad. Esta importancia se expresa a través de una política nacional para la recreación al aire libre, promulgada por la Organización Mundial de la Salud. La política incluye diez áreas prioritarias, cada una con un conjunto de objetivos monitoreados y evaluados, los cuales se resumen en fomentar "la naturaleza es accesible para todos", "defender el derecho de acceso público" y "Las decisiones sobre recreación al aire libre se basan en conocimientos sólidos". Los dos primeros apoyan el acceso a la naturaleza y los paisajes culturales, que han tenido implicaciones importantes durante la pandemia de COVID-19, y la provisión de conocimientos sobre recreación al aire libre es necesaria para satisfacer las necesidades de las partes interesadas en su ambición de brindar buenas oportunidades de recreación al aire libre para todos. La gestión de la recreación al aire libre se refiere a la planificación y gestión práctica de las instalaciones y servicios recreativos y de las actividades de los recreacionistas en un entorno determinado; todo para asegurar oportunidades de experiencias de alta calidad y al mismo tiempo minimizar los impactos ecológicos y los posibles conflictos entre usuarios. Un aporte vital es monitorear las tendencias recreativas que pueden influir en los procesos de gestión y la toma de decisiones (29, 30).

f. Condición, actividad física y deporte

Las recomendaciones más recientes sobre actividad física sugieren que se deben realizar ≥ 150 minutos por semana de ejercicio moderado o ≥ 75 minutos por semana de ejercicio

de intensidad vigorosa para prevenir el aumento de peso, y ≥ 250 minutos por semana de ejercicio moderado o ≥ 150 minutos por semana de ejercicio de intensidad vigorosa para perder peso y recuperar la salud. También se recomienda minimizar el tiempo sedentario y la inclusión de ejercicios de entrenamiento de fuerza durante dos días por semana (31).

3.2.5. Importancia de los estilos de vida saludable

La importancia de los estilos de vida radica fundamentalmente en la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que se debe buscar promover opciones óptimas de estilo de vida, que incluyan la adherencia a una dieta saludable, actividad física regular, evitar o dejar de fumar, moderar o abstenerse del alcohol y mantener un peso corporal normal (índice de masa corporal < 25 kg/m). La eficacia de estas pautas de prevención es ampliamente reconocida y, aunque no son inmediatamente efectivas cuando se adoptan en la mediana edad, se cree que dan como resultado reducciones del 35% en las enfermedades cardiovasculares y del 40% en la mortalidad por todas las causas en tan solo cuatro años. Es un hecho indudable, que la adopción de estilos de vida saludables es un factor primordial para el tratamiento de las principales enfermedades crónicas, pero también se ha señalado que constituyen factores protectores frente a varios tipos de cánceres, enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, proporcionan mayor resistencia frente a infecciones y sobre todo es un factor que mejora la calidad de vida y bienestar de las personas (3, 12).

3.3. Rol de enfermería en la promoción de estilos de vida saludable

Los factores del estilo de vida, como la dieta, la actividad física y el consumo de tabaco y alcohol, tienen un impacto importante en el desarrollo y el resultado de las enfermedades no transmisibles. Muchas de estas enfermedades pueden prevenirse mediante cambios en el estilo de vida, lo que hace que la promoción de la salud sea una prioridad importante en la atención sanitaria. De hecho, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades se superponen, ya que ambos conceptos implican esfuerzos para fomentar estilos de vida más saludables. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promoción de la salud "permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla", mientras que la prevención de enfermedades implica "medidas no sólo para prevenir la aparición de enfermedades, como los factores de riesgo reducirla, sino también detener su progreso y reducir sus consecuencias una vez

establecidas». La Declaración de Alma-Ata de 1978 surgió como un hito en la salud pública, que incluía que la promoción de la salud y la prevención de enfermedades son responsabilidad de la atención primaria de salud (APS). Unos años más tarde, en 1986, se celebró la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud (32).

Junto con la promoción de la salud, la atención centrada en la persona se ha sugerido como una solución para una atención sanitaria sostenible. La atención centrada en la persona tiene como objetivo reconocer y respaldar los recursos y necesidades individuales de los pacientes y mejorar los resultados de salud y la satisfacción del paciente. Las personas aprecian que las enfermeras pregunten sobre cuestiones de estilo de vida, tanto en el ámbito de atención de los centros de atención primaria de salud como a nivel hospitalario. En este contexto, la promoción de la salud ha sido identificada como un concepto más amplio que involucra cuestiones ambientales y políticas, mientras que la educación para la salud ha sido identificada como la actividad específica de dar asesoramiento. Sin embargo, las enfermeras cumplen un rol fundamental en la promoción de la salud con cuestiones de estilo de vida y con la creación de conciencia sobre estilos de vida más saludables entre las personas (32).

3.4. Teoría de enfermería de déficit de autocuidado de Dorotea Orem

La teoría de la enfermería ayuda a las enfermeras a comprender a los pacientes y sus demandas diferenciando la enfermería como una disciplina distinta de la medicina y ciencias afines. La teoría de Dorotea Orem del autocuidado ayuda a las enfermeras a determinar qué aspectos del paciente se deben mejorar o en cuales debe priorizarse la atención frente a situaciones específicas, y la importancia de que los pacientes mantengan la independencia con sus propias actividades de autocuidado. El autocuidado se define como “un conjunto de comportamientos que realiza regularmente a lo largo de su vida”, y sus tres características de la teoría de Orem son el autocuidado, el autocuidado deficiente y teoría del sistema de cuidados. La teoría del Autocuidado de Dorothea Orem es considerada como una de las grandes teorías de la enfermería. La teoría del déficit del autocuidado de Orem se aplica a una gran variedad de enfermedades, así como también a la falta de estilos de vida saludables en las personas, debido a lo cual, se presentan factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de las enfermedades crónicas, es decir, que las personas que no tienen un autocuidado adecuado no van a desarrollar de forma eficiente las conductas promotoras de los estilos

de vida saludables como son: tener una alimentación adecuada, control del peso corporal, evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas, realizar actividad física de acuerdo a las recomendaciones, mantener una adecuada higiene del sueño, disminuir el uso de pantallas a menos de dos horas por día, y mantener una recreación adecuada (33).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Internacionales

- El estudio de Anand C, Hengst K, Gellner R, Englert H, titulado: Efectos del programa comunitario de estilo de vida saludable (cohorte 1) sobre la alimentación por estrés: un estudio controlado, (2023, Alemania), concluyen que, los estilos de vida no saludables, propician alteraciones en los patrones de alimentación y estos conducen al sobrepeso asociándose mayor incidencia de enfermedades crónicas (35).
- El estudio de Watanabe D. y cols., titulado: Factores asociados con cambios en la actividad física medida objetivamente entre adultos japoneses: un análisis de datos de panel longitudinal y dinámico, (2023, Japón), llegaron a la conclusión de que la actividad física es uno de los estilos de vida más saludables e importantes, dado que es un determinante directo de la salud y el estado físico (36).
- El estudio de Rodríguez P., y cols., titulado: Valoración del estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de 22 a 72 años de edad, (2023, España), concluyen que el 12% de los adultos tenía un estilo de vida saludable, el 53% tendente hacia la salud y el 35% nada o poco saludable. Encontraron asociación positiva y significativa de las mujeres a la salud y una tendencia a la mejora significativa del estilo de vida con el transcurso de la edad (37).

4.2. Nacionales

- El estudio de Quispe K, titulado: Factores condicionantes básicos asociados al estilo de vida en estudiantes de una universidad pública en el contexto de pandemia - Lima, 2021”, (2022, Lima), concluyen que un 59% de adultos jóvenes universitarios tiene un estilo de vida no saludable y 41% saludable, el factor condicionante básico del estilo de vida es la variable sexo, específicamente en los estilos de vida referidos a la nutrición y el ejercicio (38).

- El estudio de Morales F., titulado: Factores asociados a estilos de vida saludable en una universidad privada durante la pandemia de COVID-19, Lima 2021, (2021, Lima), concluyen que el 48,5% de alumnos tuvieron un nivel alto de estilos de vida saludable, 50% tuvieron un nivel medio y 1.5% tuvo un nivel bajo. El año de estudio se asocia significativamente ($p=0.007$) con los estilos de vida saludable (39).
- El estudio de Cotrina L, Quio A, titulado: Estilo de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud San Fernando Pucallpa – 2020, (2020, Pucallpa), concluye que la mayoría de los adultos mayores tienen un estilo de vida saludable en la dimensión biológica y dimensión social lo cual es favorable para su salud, mientras que en la dimensión psicológica se evidencia un inadecuado manejo del estrés y estado emocional que perjudican su salud (40).

4.3. Locales

- El estudio de Escalante A., titulado: Conocimiento y estilos de vida en adultos con hipertensión del Centro de Salud Las Esmeraldas Arequipa - 2022, (2022, Arequipa), concluyen que, el 54% de los adultos tiene una definición de hipertensión arterial en cuanto a estilos de vida, el 53% no tiene comportamientos saludables regulares, no encontraron relación entre el conocimiento sobre la hipertensión con los estilos de vida de los adultos hipertensos (41).

5. HIPÓTESIS

Dado que, durante la etapa de vida adulta, confluyen una serie de factores que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, las mismas que tienen como factores de riesgo común la falta de estilos de vida saludable;

Es probable que, algunos factores demográficos y sociodemográficos se asocien de forma significativa a los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma.



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA

Variable Independiente: factores asociados: se aplicó como técnica la encuesta.

Variable Dependiente: estilos de vida saludable, se aplicó la técnica de la encuesta.

2. INSTRUMENTOS

2.1. Cuestionario de factores asociados

Este instrumento fue elaborado por las investigadoras en base a las variables de estudio, está organizado en dos secciones, la primera de ellas solicitaba información sobre los factores demográficos por medio de 7 ítems, la segunda sección corresponde a los factores socioambientales y está conformada por 5 ítems. El instrumento no requirió validación porque comprende variables conocidas cuyas categorías de evaluación han sido tomadas a partir de las definiciones del INEI (2) y además son de dominio público como es el caso de la edad, sexo, nivel de instrucción, entre otras.

2.2. Cuestionario sobre estilos de vida saludable

Este instrumento fue desarrollado por Salazar y Arrivillaga (42), y adaptado en el Perú por Palomares, el cuestionario adaptado consta de un total de 48 preguntas, y está dividido en seis dimensiones: Condición, Actividad Física y Deporte (4 preguntas), Recreación y Manejo del Tiempo Libre (6 preguntas), Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (6 preguntas), Sueño (6 preguntas), Hábitos Alimenticios (18 preguntas), Autocuidado y Cuidado Médico (8 preguntas). Todas las escalas de respuestas corresponden a una escala Likert (Nunca: 0, Algunas Veces: 1, Frecuentemente: 2 y Siempre: 3) (43). La calificación considerada para evaluar los estilos de vida saludables fue la siguiente:

No saludable	0 - 36 puntos
Poco saludable	37 – 72 puntos
Saludable	73 – 108 puntos
Muy saludable	109 – 144 puntos
Muy Baja Calidad de Vida	\leq 24 puntos

Este cuestionario ha sido validado en el estudio de Palomares mediante juicio de expertos obteniendo una confiabilidad según el coeficiente Alpha de Crombach de 0,86 (43).

3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

3.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el Centro de Salud Buenos Aires de Cayma, el que está ubicado en la Avenida José Carlos Mariátegui 403, en el PP.JJ. Buenos Aires, en el distrito de Cayma, en la provincia y departamento de Arequipa.

3.2. Ubicación temporal

El estudio se realizó durante los meses de junio del 2023 al mes de enero del 2024.

3.3. Universo y muestra

3.3.1. Universo

Estuvo conformado por las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires de Cayma, las cuales sumaban 500 pacientes por mes.

3.3.2. Muestra

Se trabajó con una muestra representativa, la misma que fue calculada con la fórmula de tamaño muestral de Arkin y Colton de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \times 400}{N + 399}$$

$$n = \frac{500 \times 400}{500 + 399}$$

$$n = \frac{200000}{899}$$

$$n = 242 \text{ personas}$$

La muestra estuvo conformada por 242 personas que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Personas adultas con edades comprendidas desde los 18 a 59 años, que eran atendidos en el Centro de Salud Buenos Aires de Cayma.
- Personas que aceptaron participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personas que no hablaban español.
- Personas que no desearon participar.
- Personas con limitaciones físicas o sensoriales que afectaban el llenado de los instrumentos.

4. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.1. Organización

- El proyecto fue presentado a la Facultad de Enfermería para su revisión y posterior calificación y aprobación por el Jurado Dictaminador. Una vez que el proyecto fue aprobado se solicitó la autorización a la Dirección del Centro de Salud y la Jefatura de Enfermería para que nos autorizaran la realización del estudio y coordinar las fechas y horarios en los que se podía llevar a cabo la recolección de datos mediante la aplicación de los instrumentos.
- Las investigadoras acudieron diariamente al establecimiento de salud e identificaron a las personas que podían participar, considerando a todas aquellas personas que acudían a cualquiera de los Consultorios Externos. Se les realizó una explicación del propósito de la investigación y se les procedió a aplicar el consentimiento informado a las personas que cumplieron los criterios de inclusión y en caso de aceptación posteriormente se les hizo entrega de los formularios correspondientes para que sean resueltos.
- Una vez concluida la etapa de recolección de datos, se realizó una base de datos en el Programa Excel mediante la tabulación de las respuestas de cada formulario y posteriormente se efectuó el análisis estadístico de los resultados con el paquete estadístico SPSS. Para determinar los factores asociados a los estilos de vida saludable, se aplicaron pruebas de significancia estadística como la Prueba de Chi

cuadrado de Pearson, considerando significativos los valores de probabilidad $< 0,05$.

Los resultados fueron presentados en tablas.

4.2. Recursos

Humanos

Las investigadoras

Srta. María de los Ángeles Concha Pari.

Srta. Antonella Andrea Ramos Fernández.

Asesora: Mg. Mayra Arratia Corrales

Institucionales

Universidad Católica de Santa María: Facultad de Enfermería.

Centro de Salud Buenos Aires – Cayma.

Materiales

Instrumentos, material de escritorio, computadora, insumos de computadora, paquete estadístico.

Financieros

La investigación fue solventada con recursos propios.



TABLA 1
PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA
DIMENSIÓN DE CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE. CENTRO DE
SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	F	%
No saludable	50	20,66
Poco saludable	158	65,29
Saludable	34	14,05
Muy Saludable	0	0
Total	242	100

Se observa en la tabla que, en la dimensión de condición, actividad física y deporte que conforma la variable estilos de vida saludable, el 20,66% de personas adultas participantes tienen estilo no saludable, el 65,29% poco saludable y el 14,05% saludable.

De lo que se deduce que, más de la mitad de personas adultas tienen condición, actividad física y deporte poco saludable, lo que significa que no realizan ejercicio ni deporte de forma regular, tienen poca vitalidad, la mayoría no mantiene su peso corporal estable y tampoco practican ejercicios que ayudan a la tranquilidad como el Yoga, Taichi, meditación, entre otros.

*Todas las tablas proceden de la matriz de sistematización.

TABLA 2
PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA
DIMENSIÓN DE RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE. CENTRO DE
SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	F	%
No saludable	148	61,16
Poco saludable	94	38,84
Saludable	0	0,00
Muy Saludable	0	0
TOTAL	242	100

Se observa en la tabla que, en la dimensión de recreación y manejo del tiempo libre que conforma la variable estilos de vida saludable, el 61,16% de personas adultas tienen estilo no saludable y el 38,84% poco saludable, ninguna persona tuvo estilo saludable.

De lo que se deduce que, la mayoría de personas adultas no tienen una adecuada recreación y manejo del tiempo libre, es decir, que no realizan actividades de recreación, tienen pocos momentos de descanso en su rutina diaria, no realizan pasatiempos como leer, pasear, escuchar música, tampoco destinan parte de su tiempo libre para actividades académicas y la mayoría ve poca televisión.

TABLA 3
PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA
DIMENSIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. CENTRO
DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	F	%
No saludable	161	66,53
Poco saludable	81	33,47
Saludable	0	0,00
Muy Saludable	0	0
TOTAL	242	100

Se observa en la tabla que, en la dimensión de consumo de alcohol, tabaco y drogas, el 66,53% de personas adultas tienen estilo de vida no saludable y el 33,47% poco saludable, ninguna persona tuvo estilo saludable.

De lo que se deduce que, la mayoría de personas adultas presenta sobre todo consumo de alcohol al menos dos veces a la semana y/o cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas de la vida diaria, así también la mayoría consumen café, algunos consumen tabaco y muy pocos consumen drogas ilícitas.

TABLA 4
PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA
DIMENSIÓN DE SUEÑO. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

SUEÑO	F	%
No saludable	87	35,95
Poco saludable	155	64,05
Saludable	0	0,00
Muy Saludable	0	0
TOTAL	242	100

Se observa en la tabla que, en la dimensión de sueño, el 35,95% de personas adultas tienen estilo de vida no saludable y el 64,05% poco saludable, ninguna persona tuvo estilo saludable.

De lo que se deduce que, más de la mitad de las personas adultas tienen estilos de vida relacionados al sueño poco saludables, que denotan que la mayoría duermen bien y se levantan descansados, pero también duermen menos de siete horas por día, muchos traspasan y algunos presentan dificultades para conciliar el sueño o tienen sueño durante el día.

TABLA 5
PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA
DIMENSIÓN DE HÁBITOS ALIMENTICIOS. CENTRO DE SALUD BUENOS
AIRES – CAYMA, 2024

HÁBITOS ALIMENTICIOS	F	%
No saludable	3	1,24
Poco saludable	209	86,36
Saludable	30	12,40
Muy Saludable	0	0
TOTAL	242	100

Se observa en la tabla que, en la dimensión de hábitos alimenticios, el 1,24% de personas adultas tienen estilo de vida no saludable, el 86,36% poco saludable y el 12,40% tienen estilo saludable.

De lo que se deduce que, más de las tres cuartas partes de personas adultas tienen estilos de vida poco saludables en cuanto a los hábitos alimenticios, es decir, que la mayoría consume cantidad adecuada de agua, añaden sal a las comidas, y la mayoría consume dulces, gaseosas, poca fruta o alimentos ricos en fibra, muchos consumen frituras y comidas grasosas de forma frecuente, no todos desayunan todos los días y la mayoría come comida chatarra.

TABLA 6
PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LA
DIMENSIÓN DE AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO. CENTRO DE SALUD
BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	F	%
No saludable	99	40,91
Poco saludable	94	38,84
Saludable	47	19,42
Muy Saludable	2	0,82
TOTAL	242	100

Se observa en la tabla que, en la dimensión de autocuidado y cuidado médico, el 40,91% de personas adultas tienen estilo de vida no saludable, el 38,84% poco saludable y el 20,25% tienen estilo saludable.

De lo que se deduce que, la mayoría de personas adultas tienen estilo de vida no saludable o poco saludable en cuanto al autocuidado y cuidado médico, cabe resaltar que la mayoría de personas refirieron que no acuden ni al odontólogo ni al médico al menos una vez al año, la mayoría no usan protector solar, no se controlan la presión arterial, ni se realizan exámenes médicos para despistaje de enfermedades y la mayoría se automedica.

TABLA 7
PERSONAS ADULTAS SEGÚN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. CENTRO DE
SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	F	%
No saludable	1	0,41
Poco saludable	155	64,05
Saludable	84	34,71
Muy saludable	2	0,83
TOTAL	242	100

Se observa en la tabla que, analizada la variable en base a su puntaje total se encuentra que, el 0,41% de personas adultas tienen estilos de vida no saludables, el 64,05% poco saludables, el 34,71% saludables y sólo el 0,83% tienen estilo de vida muy saludable.

De lo que se deduce que, más de la mitad de personas adultas tienen estilos de vida poco saludables, resultados que principalmente se deben a que, en las dimensiones de recreación y manejo del tiempo libre y consumo de alcohol, tabaco y drogas, predominan los estilos de vida no saludables, mientras que en las dimensiones de condición, actividad física y deporte, sueño y hábitos alimenticios predominan los estilos poco saludables.

$$\text{Media} = (1.1) + (2.155) + (3.84) + (4.22)$$

242

$$\text{Media} = \frac{1 + 310 + 252 + 8}{242} = \frac{571}{242} = 2.36$$

242

242

La media aritmética de los estilos de vida saludable es aproximadamente 2.36, lo que indica que, en promedio, el grupo tiende hacia un estilo de vida "poco saludable" a "saludable", pero más cercano a "poco saludable".

TABLA 8
ASOCIACIÓN ENTRE LA EDAD Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE
LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA,
2024

EDAD (años)	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
18 – 29	0	0,00	70	64,81	37	34,26	1	0,93	108	44,63
30 – 59	1	0,75	85	63,43	47	35,07	1	0,75	134	55,37

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	459,782 ^a	172	,000
Razón de verosimilitud	125,915	172	,997
N de casos válidos	243		

a. 211 casillas (95,9%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, las edades de las personas adultas participantes estuvieron comprendidas entre los 18 a 29 años en el 44,63% y de 30 a 59 años en 55,37%, la media de la edad fue de 34 años; asimismo se aprecia que entre los 18 a 29 años, el 64,81% de personas tienen estilos de vida poco saludables, el 34,26% saludables y el 0,93% muy saludable; en las personas de 30 a 59 años, predominan los estilos de vida poco saludables en 63,43%, saludables en 35,07%, no saludables en 0,75% y muy saludables en 0,75%. La Prueba de Chi cuadrado encuentra asociación altamente significativa entre la edad y los estilos de vida saludables.

De lo que se deduce, que la mayoría de personas de 18 a 29 años y de 30 a 59 años, tienen estilos de vida poco saludables, pero conforme aumenta la edad existe cierta tendencia a querer mejorar estos estilos.

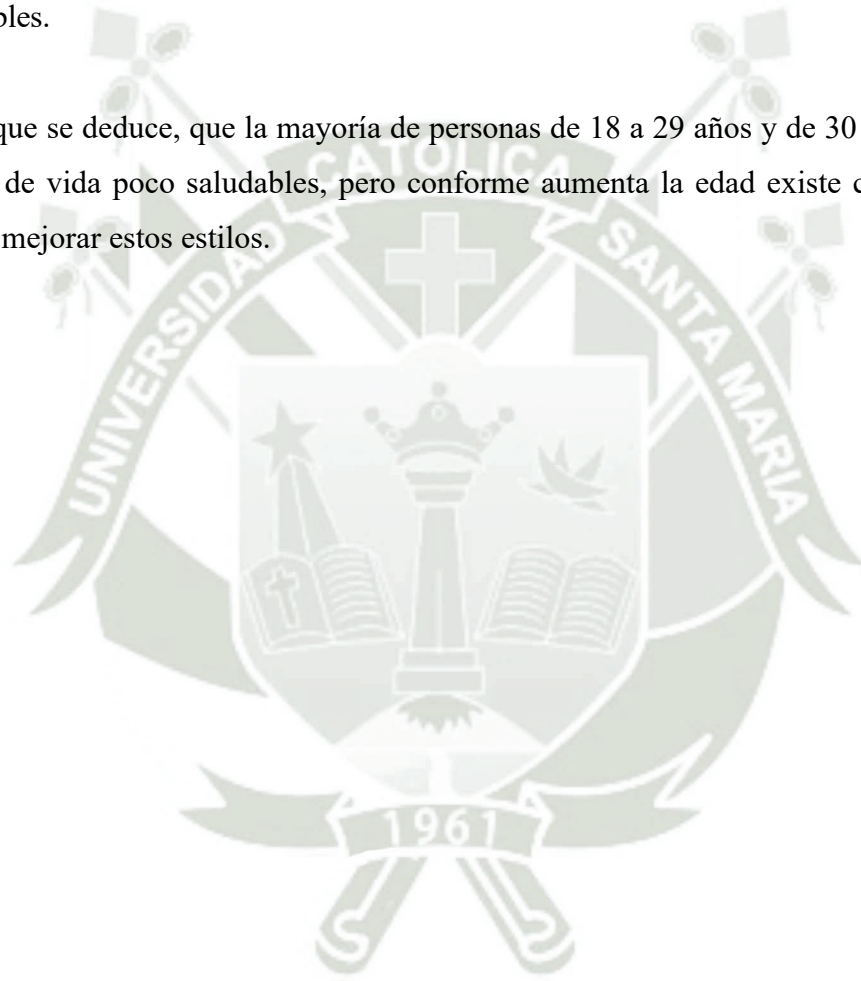


TABLA 9
ASOCIACIÓN ENTRE EL SEXO Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE
LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA,
2024

SEXO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	1	0,65	105	68,18	48	31,17	0	0,00	154	63,64
Masculino	0	0,00	50	56,82	36	40,91	2	2,27	88	36,36

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	249,759 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	20,579	8	,008
N de casos válidos	243		

a. 11 casillas (73,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 63,64% de personas que conformaron la población estudiada fueron de sexo femenino y el 36,36% de sexo masculino; en el sexo femenino se encuentra que el 68,18% tienen estilos de vida poco saludables, el 31,17% saludables, el 0,6%% no saludables y ninguna tuvo estilos muy saludables; en el sexo masculino se encontró que el 56,82% tienen estilos de vida poco saludables, el 40,91% saludables y el 2,27% muy saludables. La Prueba de Chi cuadrado encuentra asociación altamente significativa entre el sexo y los estilos de vida saludables.

De lo que se deduce, que las personas de sexo masculino tienen mejores estilos de vida que las mujeres, dado que en ellos se encontraron los mayores porcentajes de estilos de vida saludables y muy saludables.

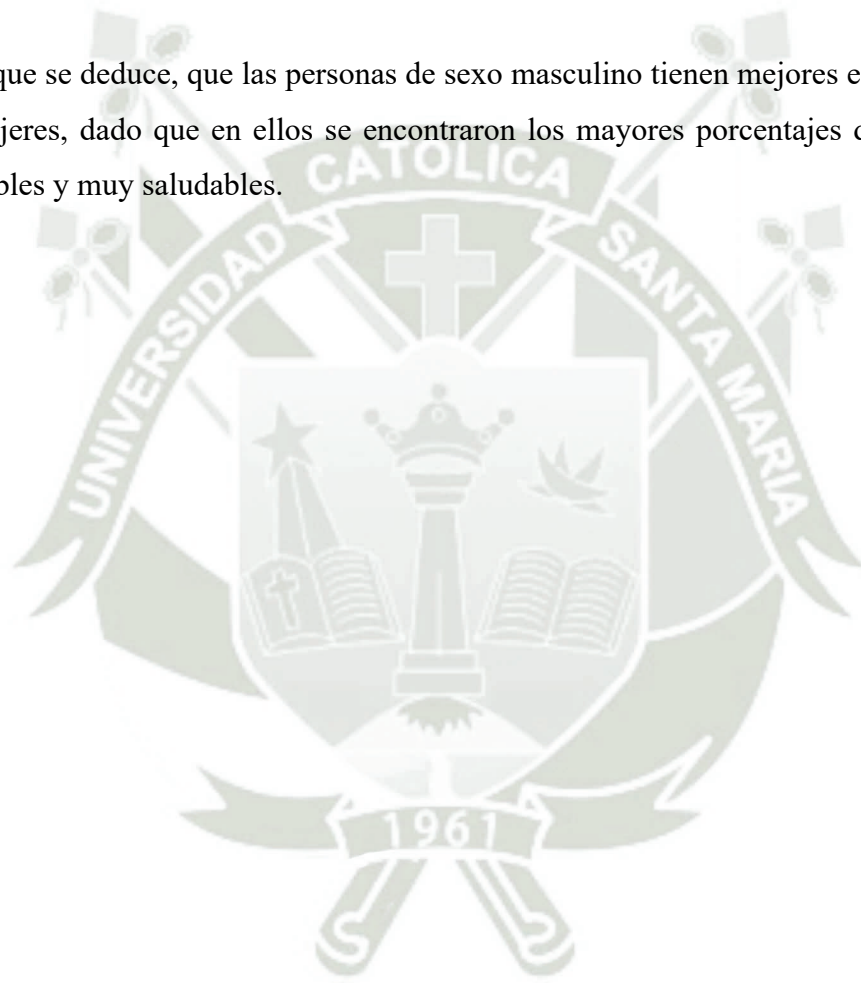


TABLA 10
ASOCIACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguno	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Primaria	0	0,00	23	88,46	3	11,54	0	0,00	26	10,74
Secundaria	1	0,61	111	67,68	50	30,49	2	1,22	164	67,77
Superior	0	0,00	21	40,38	31	59,61	0	0,00	52	21,49

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	265,982 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	37,002	12	,000
N de casos válidos	243		

a. 14 casillas (70,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, la distribución de los niveles de instrucción de los participantes fue primaria en 10,74%, secundaria en 67,77% y superior en 21,49%. En las personas con instrucción primaria, predominan los estilos de vida poco saludables en 88,46% y los saludables en 11,54%; en las personas con instrucción secundaria predomina también los estilos de vida poco saludables en 67,68%, saludables en 30,49%, no saludables en 0,61% y los muy saludables en 1,22%; en aquellos que tienen instrucción superior, se encontró que el 40,38% tienen estilos de vida poco saludables y el 59,61% saludables. La Prueba de Chi cuadrado encuentra asociación altamente significativa entre el nivel de instrucción y los estilos de vida saludables.



TABLA 11
ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LOS ESTILOS DE VIDA
SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS
AIRES – CAYMA, 2024

ESTADO CIVIL	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Soltero	0	0,00	56	60,21	35	37,63	2	2,15	93	38,43
Casado	0	0,00	49	66,22	25	33,78	0	0,00	74	30,58
Conviviente	1	2,52	49	67,12	23	31,51	0	0,00	73	30,17
Divorciado	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1	0,41
Viudo	0	0,00	1	100,00	0	0,00	0	0,00	1	0,41

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	251,812 ^a	20	,000
Razón de verosimilitud	23,004	20	,289
N de casos válidos	243		

a. 24 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 38,43% de personas participantes eran solteras, en ellos, la mayoría tenía estilos de vida poco saludables y un tercio estilos saludables; el 30,58% eran casados, encontrando que más de los dos tercios tenían estilos de vida poco saludables y un tercio estilos saludables. En las personas convivientes, se encontró que más de la mitad también tenían estilos de vida poco saludables y una tercera parte, estilos saludables; el 0,41%, es decir, una persona era divorciado y tenía estilos de vida saludables, de igual modo, una persona era viuda y tuvo estilos poco saludables. La Prueba de Chi cuadrado encuentra asociación altamente significativa entre el estado civil y los estilos de vida saludables.



TABLA 12
ASOCIACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN LABORAL Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

SITUACIÓN LABORAL	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Estable	0	0,00	22	44,90	26	53,06	1	2,04	49	20,25
Desempleado	0	0,00	73	66,97	35	32,11	1	0,92	109	45,04
Independiente	1	1,59	51	80,95	11	17,46	0	0,00	63	26,03
Eventual	0	0,00	9	42,86	12	57,14	0	0,00	21	8,68

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	268,170 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	38,695	16	,001
N de casos válidos	243		

a. 17 casillas (68,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 20,25% de personas participantes tienen trabajo estable, en ellos, el 44,90% tienen estilos de vida poco saludables, el 53,06% estilos saludables y el 2,04% muy saludables. El 45,04% del total de participantes estaban desempleados y en ellos predominaban los estilos de vida poco saludables en el 66,97% y saludables en 32,11%; el 26,03% eran trabajadores independientes, y más de las tres cuartas partes de ellos tenían estilos de vida poco saludables; el 8,68% del total de participantes tenían trabajos eventuales, encontrando que más de la mitad de ellos tenían estilos de vida saludables. La Prueba de Chi cuadrado encontró asociación altamente significativa entre la situación laboral y los estilos de vida saludables.



TABLA 13
ASOCIACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y LOS ESTILOS DE VIDA
SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS
AIRES – CAYMA, 2024

PROCEDENCIA	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Arequipa	1	0,44	147	64,47	78	34,21	2	0,88	228	94,21
Moquegua	0	0,00	1	25,00	3	75,00	0	0,00	4	1,65
Puno	0	0,00	3	100,00	0	0,00	0	0,00	3	1,24
Cusco	0	0,00	3	100,00	0	0,00	0	0,00	3	1,24
Apurímac	0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	2	0,83
Ica	0	0,00	1	50,00	1	50,00	0	0,00	2	0,83

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	253,299 ^a	24	,000
Razón de verosimilitud	25,570	24	,375
N de casos válidos	243		

a. 33 casillas (94,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 94,21% de personas participantes proceden de Arequipa, en ellos, más de la mitad tienen estilos de vida poco saludables, y una tercera parte estilos saludables. El 1,65% del total proceden de Moquegua y en ellos predominaban los estilos de vida saludables; el 1,24% de participantes procedían de Puno y todos ellos tuvieron estilos de vida poco saludables; el 1,24% de personas procedentes del Cusco también tenían en su totalidad estilos de vida poco saludables; dos personas (0,83%) procedían de Apurímac teniendo en ambos casos estilos de vida saludables y otras dos personas (0,83%) que procedían de Ica, tuvieron estilos de vida poco saludables y saludables. La Prueba de Chi cuadrado encontró asociación altamente significativa entre la procedencia y los estilos de vida saludables.



TABLA 14
ASOCIACIÓN ENTRE LOS INGRESOS ECONÓMICOS DEL GRUPO FAMILIAR Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

INGRESOS ECONÓMICOS DEL GRUPO FAMILIAR	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo	0	0,00	14	70,00	5	25,00	1	5,00	20	8,26
Medio bajo	1	0,51	139	71,28	55	28,21	0	0,00	195	80,58
Medio alto	0	0,00	2	7,69	23	88,46	1	3,85	26	10,74
Alto	0	0,00	0	0,00	1	100,00	0	0,00	1	0,41

Fuente: Matriz de sistematización

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	293,178 ^a	16	,000
Razón de verosimilitud	62,880	16	,000
N de casos válidos	243		

a. 19 casillas (76,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 8,26% de personas participantes tienen ingresos económicos familiares bajos y la mayoría de ellos tienen estilos de vida poco saludables, y una cuarta parte estilos saludables. El 80,58% tienen ingresos medio bajos y en ellos predominaban los estilos de vida poco saludables; el 10,74% de participantes tenían ingresos medio altos y más de las tres cuartas partes de ellos tuvieron estilos de vida saludables; el 1,24%, es decir, una persona tenía ingresos altos y presentó estilos de vida saludables. La Prueba de Chi cuadrado encontró asociación altamente significativa entre los ingresos económicos familiares y los estilos de vida saludables.



TABLA 15

**ASOCIACIÓN ENTRE EL ACCESO AL AGUA POTABLE 24 HORAS Y
DESAGÜE EN LA VIVIENDA Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS
PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024**

ACCESO AL AGUA POTABLE Y DESAGÜE	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Sí	1	0,41	155	64,31	84	34,85	1	0,41	241	99,59
No	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	100,00	1	0,41

Se observa en la tabla que, el 99,59% de personas participantes si tienen acceso al agua potable durante 24 horas y desagüe en su vivienda, en la mayoría de ellos predominan los estilos de vida poco saludables y en un tercio los estilos saludables; sólo una persona refirió no contar con agua ni desagüe (0,41%) y presentaba estilos de vida muy saludables. En la presente tabla no fue posible calcular la Prueba de Chi cuadrado debido a que varias casillas eran iguales a cero.

TABLA 16
ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN LABORAL A SUSTANCIAS QUÍMICAS TÓXICAS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

EXPOSICIÓN LABORAL A SUSTANCIAS QUÍMICAS TÓXICAS	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
No	1	0,44	149	65,64	75	33,04	2	0,88	227	93,80
Sí	0	0,00	6	40,00	9	60,00	0	0,00	15	6,20

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	247,608 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	17,470	8	,026
N de casos válidos	242		

a. 11 casillas (73,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 93,80% de personas participantes no tienen exposición laboral a sustancias tóxicas y en más de la mitad de los mismos predominan los estilos de vida poco saludables y en un tercio los estilos saludables; el 6,20% si presenta exposición laboral a sustancias tóxicas, encontrando que más de la mitad de ellos tienen estilos de vida saludables y el 40% tienen estilos poco saludables. La Prueba de Chi cuadrado demuestra que existe asociación altamente significativa entre la exposición laboral a sustancias tóxicas y los estilos de vida.



TABLA 17

ASOCIACIÓN ENTRE EL TIEMPO DIARIO DE USO DE PANTALLAS Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

TIEMPO DIARIO DE USO DE PANTALLAS	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
≤ 2 horas	1	0,60	127	76,05	38	22,75	1	0,60	167	69,00
>2 horas	0	0,00	28	37,33	46	61,33	1	1,33	75	31,00

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	278,235 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	47,702	8	,000
N de casos válidos	242		

a. 11 casillas (73,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 69% de personas participantes usan las pantallas menos de dos horas o hasta dos horas al día, en ellos se encontró que más de las tres cuartas partes tienen estilos de vida poco saludables y más del 20% estilos saludables; el 31% si tiene uso diario de pantallas de más de dos horas, encontrando que más de la mitad de ellos tienen estilos de vida saludables y algo más de un tercio tienen estilos poco saludables. La Prueba de Chi cuadrado demuestra que existe asociación altamente significativa entre el tiempo de uso de pantallas y los estilos de vida.



TABLA 18
ASOCIACIÓN ENTRE LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES – CAYMA, 2024

RELACIONES INTERPERSONALES	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Buenas	0	0,00	121	73,33	43	26,06	1	0,61	165	68,18
Regulares	1	1,39	34	47,22	36	50,00	1	1,39	72	29,75
Malas	0	0,00	0	0,00	5	100,00	0	0,00	5	2,06

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	269,034 ^a	12	,000
Razón de verosimilitud	40,065	12	,000
N de casos válidos	242		

a. 16 casillas (80,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 68,18% de personas adultas participantes tienen relaciones interpersonales buenas, en ellos casi las tres cuartas partes tienen estilos de vida poco saludables y una cuarta parte estilos de vida saludables; el 29,75% refirió tener relaciones interpersonales regulares, encontrando que la mitad tenían estilos de vida saludables y más de la tercera parte estilos de vida poco saludables; sólo cinco personas indicaron que tenían relaciones interpersonales malas y todos ellos tienen estilos de vida saludables. La Prueba de Chi cuadrado encontró asociación altamente significativa entre las relaciones interpersonales y los estilos de vida, predominando los estilos poco saludables en las personas con relaciones interpersonales buenas, estilos saludables en las personas con relaciones regulares y malas.



TABLA 19
ASOCIACIÓN ENTRE EL USO DE ESPACIOS PÚBLICOS DEL VECINDARIO
PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y LOS ESTILOS DE VIDA
SALUDABLES DE LAS PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS
AIRES – CAYMA, 2024

USO DE ESPACIOS PÚBLICOS PARA ACTIVIDAD FÍSICA	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE									
	No saludable (N° = 1)		Poco saludable (N° = 155)		Saludable (N° = 84)		Muy saludable (N° = 2)		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	0	0,00	103	62,42	61	36,97	1	0,61	165	68,18
No	1	1,30	52	67,53	23	29,87	1	1,30	77	31,82

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	246,438 ^a	8	,000
Razón de verosimilitud	16,551	8	,035
N de casos válidos	242		

a. 11 casillas (73,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,00.

Se observa en la tabla que, el 68,18% de personas adultas participantes refirieron que, si hacen uso de espacios públicos de su vecindario para realizar actividad física, a pesar de ello, más de la mitad tienen estilos de vida poco saludables y un tercio estilos de vida saludables; el 31,82% refirió no hacen uso de espacios públicos, encontrando que más de la mitad tenían estilos de vida poco saludables y más de una cuarta parte tenían estilos de vida poco saludables. La Prueba de Chi cuadrado encontró asociación altamente significativa entre el uso de espacios públicos y los estilos de vida, predominando los estilos saludables en las personas que si hacen uso de espacios públicos.



CONCLUSIONES

PRIMERA

Los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma son poco saludables en el 64,05%, las dimensiones en las que la mayoría de personas tuvieron estilos de vida poco saludables fueron: hábitos alimenticios con un 86,36 condición, actividad física y deporte, con un 65,29 y el sueño 64,5; mientras que en las dimensiones de recreación y manejo del tiempo libre, consumo de alcohol, tabaco y drogas, autocuidado y cuidado médico la mayoría tuvieron estilos no saludables con porcentajes de 66,53%, 61,16% y 40.91% respectivamente .

SEGUNDA

De acuerdo con la prueba de Chi cuadrado, los factores demográficos asociados de manera significativa con los Estilos de Vida Saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud - Buenos Aires Cayma fueron: Edad, Sexo masculino, Nivel de instrucción secundaria y superior, Estado civil solteros y casados Situación laboral estable, Procedencia de otras ciudades (no Arequipa) e Ingresos económicos medios altos y altos.

RECOMENDACIONES

PRIMERA

Al Director del Centro de Salud Buenos Aires de Cayma, se sugiere que tenga en cuenta los resultados de la presente investigación, para que se planifiquen y ejecuten actividades dirigidas a la promoción de los estilos de vida saludables en la población, los mismos que pueden incluir charlas, programas educativos, difusión a través de perifoneos móviles, capacitación a los agentes y promotores comunitarios, personal encargado de programas de apoyo social como el Vaso de Leche, Wawawasis, comedores populares, entre otros.

SEGUNDA

A las enfermeras que trabajan en el Centro de salud, se sugiere que, durante la atención a las personas adultas, les brinden educación sanitaria para la promoción de los estilos de vida saludables y que las personas sean evaluadas a efectos de identificar alteraciones derivadas de los mismos.

TERCERA

Al Director del Centro de Salud, se sugiere que se recomiende a la Municipalidad Distrital, para realizar campañas de actividad física en los espacios públicos como lozas deportivas, parques y otros y asimismo difundir estas actividades para la participación gratuita de la población. Asimismo, es preciso tomar medidas que permitan mejorar la seguridad en la zona, mejorar el alumbrado en las lozas deportivas, de manera que las personas puedan acudir a ellas con seguridad para realizar actividad física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Estadísticas de la población peruana. Lima, 2022. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <https://www.gob.pe/inei/>
2. World Health Organization. World Health Statistics 2021: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2021.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2022. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle>
4. Del Castillo D, Brañez A, Villacorta P, Saavedra L, Bernabé A, Miranda J. Avances en la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú. An. Fac. med. 2020; 81 (4): 444-452. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?>
5. Ministerio de Salud. Normas de atención integral por etapas de vida. Lima, 2019. [Fecha de acceso: 23 diciembre, 2023] Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5017.pdf>
6. Universidad del País Vasco. Agua y saneamiento. 2020. [Fecha de acceso: 23 diciembre, 2023] Disponible en: <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/8%3Fextra=indice.html>
7. Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo CEPRIT. EsSalud. Exposición de trabajadores a sustancias químicas peligrosas. Lima, 2020. [Fecha de acceso: 2 enero, 2024] Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/downloads/ceprit/>
8. Vizcaino M, Buman M, DesRoches T, Wharton C. From TVs to tablets: the relation between device-specific screen time and healthrelated behaviors and characteristics. BMC Public Health. 2020; 20:1295 [Fecha de acceso: 2 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09410-0>

9. Vizcaino M, Buman M, DesRoches CT, Wharton C. Reliability of a new measure to assess modern screen time in adults. [Fecha de acceso: 2 enero, 2024] Disponible en: BMC Public Health. 2019; 19:1386. <https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7745-6>
10. Tafur R, Soriano R, Huamán S. Percepciones de los docentes de dos instituciones educativas de Lima metropolitana sobre sus relaciones interpersonales. Horizonte de la Ciencia. 2021; 11 (21): 151-164. Universidad Nacional del Centro del Perú Huancayo, Perú. [Fecha de acceso: 2 enero, 2024] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5709/570967307011/570967307011.pdf>
11. Nieuwenhuijsen M. New urban models for more sustainable, liveable and healthier cities post covid 19; reducing air pollution, noise and heat island effects and increasing green space and physical activity. Environment International. 2021; 157, 106850. [Fecha de acceso: 3 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106850>
12. Cockerham W. Estilos de vida saludables. 2020. [Fecha de acceso: 4 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs551>
13. Cockerham W. Health Lifestyles: Bringing Structure Back. Estados Unidos: Book Editor(s): William C. Cockerham. 2021. [Fecha de acceso: 4 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781119633808.ch8>
14. Lloyd K, Pennington W. Towards a Theory of Minimalism and Wellbeing. International Journal of Applied Positive Psychology. 2020; 5:121–136. [Fecha de acceso: 7 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41042-020-00030->
15. Doak S, Kearney J, McCormack J, Keaver L. The relationship between diet and lifestyle behaviours in a sample of higher education students; a cross-sectional study. Clinical Nutrition ESPEN. 2023; 54: 293-299. [Fecha de acceso: 7 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.01.036>.
16. Hariharan R, Odjidja EN, Scott D, Shivappa N, Hebert JR, Hodge A, et al. The dietary inflammatory index, obesity, type 2 diabetes, and cardiovascular risk factors and diseases. Obes Rev 2022;23(1):e13349. [Fecha de acceso: 7 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1111/obr.13349>

17. Bickerdike A, Dinneen J, O'Neill C'. A healthy CIT': an investigation into student health metrics, lifestyle behaviours and the predictors of positive mental health in an Irish higher education setting. *Int J Environ Res Publ Health* 2019;16:4318. [Fecha de acceso: 7 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224318>.
18. Aslan N, Yardimci H. Association of total energy intake, diet quality and sleep disorders in university-term female students. *Sleep Biol Rhythm*. 2021;19:313e23. [Fecha de acceso: 8 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41105-021-00320-1>.
19. Wang F, Bíro E. Determinants of sleep quality in college students: a literature review. *Explore* 2021;17:170e7. [Fecha de acceso: 8 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.003>.
20. Riegel B, Dunbar S, Fitzsimons D, Freedland K, Lee C, Middleton S, Stromberg A, Vellone E, Webber D, Jaarsma T. Self-care research: Where are we now? Where are we going?. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; 116, 103402. [Fecha de acceso: 8 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103402>.
21. Năsui A, Ungur A, Talaba P, Varlas N, Ciuciuc N, Silaghi A, Silaghi H, Opre D, Pop L. Is Alcohol Consumption Related to Lifestyle Factors in Romanian University Students? *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 1835. [Fecha de acceso: 8 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041835>
22. Allen P, Loeb L, Kansky J, Davis A. Beyond susceptibility: Openness to peer influence is predicted by adaptive social relationships. *Int. J. Behav. Dev.* 2020. [Fecha de acceso: 8 enero, 2024] Disponible en: 10.1177/0165025420922616
23. Catto J, et al. Lifestyle Factors in Patients with Bladder Cancer: A Contemporary Picture of Tobacco Smoking, Electronic Cigarette Use, Body Mass Index, and Levels of Physical Activity. *European Urology Focus*. 2023; 9 (6): 974-982. [Fecha de acceso: 10 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.euf.2023.04.003>.
24. Sousa P, Coelho E, Mota P. Is there a relationship between the motivation of female fitness practitioners and tobacco and alcohol consumption? Perspectives for improving lifestyle for health: Motivation of female fitness practitioners, tobacco and

- alcohol consumption. *Scientific Journal of Sport and Performance*. 2023; 2(2), 208–221. [Fecha de acceso: 10 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.55860/KCBE7142>
25. Figueiro M, Pedler D. Cardiovascular disease and lifestyle choices: Spotlight on circadian rhythms and sleep. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2023; 77: 70-77. [Fecha de acceso: 11 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2023.02.004>.
 26. Oldenburg O, et al. Impact of lifestyle on sleep: Can we alter cardiovascular risk? *J Am Coll Cardiol*. 2020; 75 (9): 1000 – 1002. [Fecha de acceso: 11 enero, 2024] Disponible en: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2019.12.055>
 27. Arnett K, Blumenthal S, Albert A, et al. ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical. Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2019;74: 1376–414 [Fecha de acceso: 11 enero, 2024] Disponible en: 10.1161/CIR.0000000000000677.
 28. Spiesshoefer J, Linz D, Skobel E, et al. On behalf of the German Cardiac Society Working Group on Sleep Disordered Breathing. *Eur J Prevent Cardiol* 2019; 29. [Fecha de acceso: 11 enero, 2024] Disponible en: 10.1177/2047487319879526.
 29. Outdoor recreation in Sweden during and after the COVID-19 pandemic – management and policy implications
 30. Skriver A, Beery T, Fredman P, Wolf-Watz D. Outdoor recreation in Sweden during and after the COVID-19 pandemic – management and policy implications. *Journal of Environmental Planning and Management*. 2023; 66 (7): 1472 – 1493. [Fecha de acceso: 11 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09640568.2022.2029736>
 31. Edimo S, Lemieux I, Poirier P, Després JP, Alméras N. Leisure-time physical activity is more strongly associated with cardiometabolic risk than occupational physical activity: Results from a workplace lifestyle modification program. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2023; 88: 74-82. [Fecha de acceso: 12 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2022.12.005>

32. Lundin F, Jakobsson S, Lidén E, Björkman I. District nurses' perspectives on health-promotive and disease-preventive work at primary health care centres: A qualitative study. *Scand J Caring Sci.*2023;37:153–162. [Fecha de acceso: 12 enero, 2024] Disponible en: <https://doi.org/10.1111/scs.13100>
33. Sapam D, Lamnunnem H. Applicability of Orem's Self-Care Theory to Practice – A Narrative Review. *International Journal of Innovative Science and Research Technology.* 2023; 8 (9): 409 – 412. [Fecha de acceso: 15 enero, 2024] Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Sapam-Debika/publication/374265007_
35. Anand C, Hengst K, Gellner R, Englert H. Effects of the healthy lifestyle community program (cohort 1) on stress-eating and weight change after 8 weeks: a controlled study. *Sci Rep.* 2023 Mar 01; 13(1): 3486. [Fecha de acceso: 5 marzo, 2023] Disponible en: [10.1038/s41598-022-27063-4](https://doi.org/10.1038/s41598-022-27063-4)
36. Watanabe D. et al. Factors associated with changes in the objectively measured physical activity among Japanese adults: A longitudinal and dynamic panel data analysis. *PLoS One.* 2023; 18(2): e0280927. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: [10.1371/journal.pone.0280927](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280927)
37. Rodríguez P. y cols. Valoración del estilo de vida saludable adquirido en adultos españoles de 22 a 72 años de edad. *Clín. investig. arterioscler.* 2023; (Ed. impr.); 35(1): 12-20. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-215761>
38. Quispe K. Factores condicionantes básicos asociados al estilo de vida en estudiantes de una universidad pública en el contexto de pandemia - Lima, 2021. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2022. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/>
39. Morales F. Factores asociados a estilos de vida saludable en una universidad privada durante la pandemia de COVID-19, Lima 2021. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Nutrición Humana] Universidad Norbert Wiener. Lima, 2021. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/>

40. Cotrina L, Quio A. Estilo de vida de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud San Fernando Pucallpa - 2020. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad Nacional de Ucayali. Pucallpa, 2020. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <http://repositorio.unu.edu.pe/>
41. Escalante A. Conocimiento y estilos de vida en adultos con hipertensión del Centro de Salud las Esmeraldas Arequipa – 2022. [Tesis para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad César Vallejo. Lima, 2022. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/>
42. Arrivillaga M, Salazar IC. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*. 2005; 13: 19-36.
43. Palomares L. Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. [Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Gestión y Docencia en Alimentación y Nutrición] Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, 2014. [Fecha de acceso: 28 enero, 2023] Disponible en: <https://repositorio.upc.edu.pe/>



ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,,

Acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación, conducido por las señoritas: MARÍA DE LOS ÁNGELES CONCHA PARI Y ANTONELLA ANDREA RAMOS FERNÁNDEZ, señalo que hemos sido informadas que el objetivo de este estudio es determinar los factores asociados a los estilos de vida saludable de las personas adultas que acuden al Centro de Salud Buenos Aires – Cayma. He comprendido las explicaciones facilitadas acerca de los instrumentos que debo responder y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado que los datos proporcionados serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en el estudio de Investigación: **Factores asociados a los estilos de vida saludable de personas adultas. Centro de Salud Buenos Aires– Cayma. Arequipa, 2023**, contestando las preguntas de los cuestionarios considerando que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Arequipa.....de marzo del 2023.

Nombre:

DNI :

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE FACTORES ASOCIADOS

1. Demográficos

- 1.1. Edad.....
- 1.2. Sexo: () Masculino () Femenino
- 1.3. Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior
- 1.4. Estado civil: () Soltero () Casado () Conviviente
() Divorciado () Viudo
- 1.5. Situación laboral: () Empleo estable () Desempleado
() Trabajo independiente () Trabajo eventual
- 1.6. Procedencia: () Arequipa y provincias..... () Puno
() Cusco () Apurímac () Moquegua () Otras.....
- 1.7. Ingresos económicos del grupo familiar: () Bajo: < 1025 soles al mes
() Medio bajo: 1025 – 2050 soles () Medio alto: 2050 - 3075 soles
() Alto: Más de 3075 soles

2. Factores sociodemográficos

- 2.1. ¿En su vivienda tiene acceso a agua potable 24 horas en la vivienda y desagüe?
() Si tiene () No tiene
- 2.2. ¿Tiene exposición laboral a sustancias químicas tóxicas? () Si () No
- 2.3. ¿Cuál es el tiempo de uso de pantallas que tiene por día?
() ≤ 2 horas por día () >2 horas por día
- 2.4. ¿Cómo considera usted que son las relaciones que tiene con otras personas?
() Buenas () Regulares () Malas
- 2.5. ¿Los espacios públicos en su vecindario como parques y lozas deportivas facilitan que usted pueda realizar actividad física) () Si () No.

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

(Adaptado y validado por Palomares [43]).

Instrucciones: Por favor, marque con una “X” la casilla que mejor describa su comportamiento. Le pedimos contestar con mucha sinceridad. No piense demasiado en responder y hágalo de acuerdo a lo que generalmente suele hacer. Tiene 4 alternativas para cada pregunta. No existen respuestas ni buenas ni malas. Esta encuesta es totalmente anónima y confidencial.

ÍTEM	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE				
Hace ejercicio, practica algún deporte, camina, trota, maneja bicicleta, nada, baila, o hace aeróbicos, por un tiempo mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana.				
Terminas el día con vitalidad y sin cansancio.				
Mantiene su peso corporal estable.				
Practica ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (yoga, meditación, relajación autodirigida, taichí, kun fu, danza)				
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE				
Practica actividades físicas de recreación (juegos, deportes, caminatas, bicicleta, natación, baile)				
Incluye momentos de descanso en su rutina diaria.				
Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre.				
En Su tiempo libre: lee, va al cine, pasea, escucha música.				
Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales.				
¿Ve televisión 3 o más horas al día?				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS				
¿Fuma cigarrillo o tabaco?				
¿Prohíbe que fumen en su presencia?				
¿Consumo licor al menos dos veces a la semana?				
¿Consumo licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
¿Dice “NO” a todo tipo de droga?				
¿Consumo más de 3 tazas de café al día?				
SUEÑO				
¿Duerme al menos 7 horas diarias?				
¿Trasnocha?				
¿Duerme bien y se levanta descansado?				
¿Le es difícil conciliar el sueño?				
¿Tiene sueño durante el día?				
¿Tomas pastillas para dormir?				
HABITOS ALIMENTICIOS				
¿Consumo entre 6 y 8 vasos de agua al día?				
¿Añade sal a las comidas en la mesa?				
¿Consumo más de 1 vaso de gaseosa a la semana?				

ÍTEM	Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
¿Consume dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana?				
¿Come 3 frutas y 2 platos de verduras al día?				
¿Acostumbra comer al día 3 comidas principales y 1 refrigerio?				
¿Come en su refrigerio frutas, frutos secos, verduras o yogur?				
¿Suele consumir leche, yogur o queso bajo en grasa o "light"?				
¿Come pescado al menos 2 veces a la semana?				
¿Consume embutidos (jamonada, mortadela, jamón, salchicha, tocino)?				
¿Mantiene horarios ordenados para su alimentación?				
¿Se toma tiempo para comer y masticar bien sus alimentos?				
¿Consume comidas ricas en grasas y frituras?				
¿Come frente al televisor, computadora o leyendo?				
¿Las preparaciones de sus comidas suelen ser al vapor, sancochado, guisado, estofado, a la plancha o sudado?				
¿Cuándo come fuera suele ordenar platos al horno, al vapor, a la parrilla?				
¿Desayuna todos los días?				
¿Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, hotdog, tacos, alitas, etc)?				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO				
Va al odontólogo por lo menos una vez al año.				
Va al médico por lo menos una vez al año.				
Cuando se expone al sol, usa protector solar.				
Hace que le controlen al menos una vez al año su presión arterial.				
Se realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.				
Se automedica y/o acude al farmacéutico en casos de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.				
Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad.				

Gracias

ANEXO 3

CONSTANCIA DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

CONSTANCIA

La Dra. Yessenia Gloria Flores Vilca, Gerente de la Micro Red de Buenos Aires – Cayma hace constatar que:

Las Bachilleres de Enfermería, Concha Parí María de los Ángeles y Ramos Fernández Antonella Andrea, han realizado el trabajo de investigación

“FACTORES ASOCIADOS A LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DE PERSONAS ADULTAS. CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES CAYMA. AREQUIPA, 2023”, para poder optar el Título de Enfermeras.

El estudio fue realizado en el mes de Setiembre y Octubre del año 2023 , en el Centro de Salud de Buenos Aires – Cayma donde fueron aplicados sus instrumentos en los pacientes adultos de 18 a 59 años.

Se expide a la presente a solicitud de las interesadas para los fines que vean convenientes

Arequipa, 2 de diciembre del 2024



Dra. Yessenia Gloria Flores Vilca