

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA**

(Creada por Ley N° 25265)



**ESCUELA DE POSGRADO**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**TESIS**

**CALIDAD DE VIDA ASOCIADO A LAS  
ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DE PACIENTES  
ATENDIDOS EN LA MICRO RED MARITZA  
CAMPOS DÍAZ – ZAMACOLA, AREQUIPA**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:  
PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. LUIS JOEL ARROYO SAENZ**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO**

**EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA**

**HUANCAVELICA, PERÚ**

**2023**



UNH

Facultad de Enfermería

Unidad de  
Posgrado

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En sesión ordinaria virtual, con el uso de la herramienta “Google Meet” para video conferencias, desde la sala virtual de sustentación de la Facultad de Enfermería, los integrantes miembros de jurado evaluador, conformado por:

**PRESIDENTE** : Dr. César Cipriano Zea Montesinos  
<https://orcid.org/0000-0003-1109-5458>  
DNI N° 01208102

**SECRETARIO** : Dr. Guido Flores Marín  
<https://orcid.org/0000-0003-0213-8225>  
DNI N° 404780

**VOCAL** : Mg. Rodrigo Quispe Rojas  
<https://orcid.org/0000-0002-0553-3063>  
DNI N° 23248629

**ASESOR** : Dra. Yda Flor Camposano Córdova  
<https://orcid.org/0000-0001-8685-117X>  
DNI N° 19835422

De conformidad al Reglamento Único de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado mediante Resolución N° 0330-2019-CU-UNH y ratificado con Resolución N° 0552-2021-CU-UNH, asimismo,

De conformidad con la Directiva N° 001-VRAC-UNH “Normas para la Sustentación de Tesis, Trabajos de Investigación, Trabajos Académicos y Trabajos de Suficiencia Profesional, para optar Grados y Títulos Profesionales no Presencial o Virtual en la UNH, en el marco del estado de emergencia COVID-19”.

El candidato al GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA.

Don: ARROYO SAENZ, Luis Joel, identificado con DNI N° 41682649; procedió a sustentar su trabajo de investigación titulado: CALIDAD DE VIDA ASOCIADO A LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA MICRO RED MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMACOLA, AREQUIPA.

Luego de haber absuelto las preguntas que le fueron formulados por los miembros del jurado, se dió por concluido al ACTO de sustentación virtual, realizándose la deliberación y calificación de manera sincrónica, resultando:

Con el calificado: **Aprobado por unanimidad**.....

Y para la constancia se extiende el ACTA de sustentación de manera virtual, a los quince días del mes de junio del año 2023.

Dr. César Cipriano Zea Montesinos

Dr. Guido Flores Marín

Mg. Rodrigo Quispe Rojas

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 010-2023-UPGFEN.

## **Dedicatoria**

A Jehová quien me permite disfrutar de la vida.

A mis padres que forjaron el metal y le dieron forma... Yo.

A mi esposa quien llena mi vida y mis espacios. Te amo.

A mis hijos Joaquín y Mathias, motor y motivo en mi vida. Los adoro.

Joel

## **Asesor**

Dra. Yda Flor Camposano Córdova

ORCID:0000-0002-4825-3766

DNI:19835422

## **Resumen**

La tesis tuvo como objetivo general determinar la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Fue un estudio de tipo aplicada, nivel correlacional, empleó el método deductivo inductivo, con diseño no experimental transeccional, tuvo una muestra de 95 pacientes, empleó el muestreo no probabilístico intencional, se aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS para establecer calidad de vida y para medir enfermedades degenerativas el análisis documental. Resultados: 40% (38) pacientes tienen hipertensión arterial; 35.80% (34) con diabetes mellitus; 11.60% con cáncer; 15.80% (15) con enfermedades cardiovasculares y 76.80% (73) con obesidad. En relación a la calidad de vida que tienen los pacientes con enfermedades degenerativas se tiene 62.10% (59) pacientes tienen calidad de vida inadecuado y 37.90% (36) tienen calidad de vida adecuado. Conclusiones: Existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.154 y un p valor = 0.014. Palabras Clave: Calidad de vida, enfermedades degenerativas, pacientes.

## **Abstract**

The general objective of the thesis was to determine the association between quality of life and degenerative diseases in patients of the Maritza Campos Díaz - Zamacola Micro network, Arequipa. It was an applied study, correlational level, it used the deductive inductive method, with a non-experimental transectional design, it had a sample of 95 patients, it used non-probabilistic intentional sampling, the WHO questionnaire WHOQOL-BREF of the WHO was applied to establish quality of life and to measure degenerative diseases the documentary analysis. Results: 40% (38) patients had arterial hypertension; 35.80% (34) with diabetes mellitus; 11.60% with cancer; 15.80% (15) with cardiovascular diseases and 76.80% (73) with obesity. In relation to the quality of life that patients with degenerative diseases have 62.10% (59) patients have inadequate quality of life and 37.90% (36) have adequate quality of life. Conclusions: There is an association between quality of life and degenerative diseases in patients of the Micro network Maritza Campos Diaz - Zamacola, Arequipa with a Chi Square value of 4.154 and a p value = 0.014.

Keywords: Quality of life, degenerative diseases, patients.

# Índice

Acta de sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Dedicatoria	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Índice	vii
Introducción	ix
Capítulo I	11
El Problema	11
1.1    Planteamiento del Problema	11
1.2    Formulación del Problema	13
1.3    Objetivos de la Investigación	14
1.4    Justificación	15
Capítulo II	17
Marco Teórico	17
2.1    Antecedentes De La Investigación	17
2.2    Bases Teóricas	31
2.3    Definición de Términos	46
2.4    Formulación de Hipótesis	49
2.5    Identificación de Variables	49
Capítulo III	54
Metodología de la Investigación	54
3.1    Tipo de Investigación	54
3.2    Nivel de Investigación	54

3.3	Método de Investigación	54
3.4	Diseño de Investigación	55
3.5	Población, Muestra y Muestreo	55
3.6	Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	56
3.7	Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos	57
3.8	Descripción de la Prueba de Hipótesis	57
Capítulo IV		58
Presentación de resultados		58
4.1	Presentación e interpretación de datos	58
4.2	Discusión de resultados	73
4.3	Proceso de prueba de hipótesis	76
Conclusiones		80
Recomendaciones		81
Referencias Bibliográficas		82
Anexos		91
Anexo 1: Matriz de consistencia		92
Anexo 2: Ficha de recolección de datos		95
Anexo 3: Guía de análisis documental variable “enfermedades degenerativas”		99
Anexo 4: Consentimiento Informado		100
Anexo 5: Baremos		101
Anexo 6: Panel fotográfico		102
Anexo 7: Autorización de ejecución de proyecto		103
Anexo 8: Base de datos		104
Anexo 9: Artículo científico		108

## **Introducción**

La calidad de vida fue definida por la Organización Mundial de la Salud como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (1), también fue conceptualizada como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un determinado grupo de población, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar). (2).

En tanto las enfermedades degenerativas son "enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos" (3); también es considerada como "un grupo de enfermedades cuya causa principal no es una infección aguda, caracterizadas por ser de larga duración y progresión generalmente lenta, producen una serie de alteraciones fisiopatológicas amplias, complejas, y profundas; por lo que generan, como resultado, consecuencias a largo plazo para la salud, requiriendo con frecuencia tratamiento y cuidados también a largo plazo" (4).

En el mundo las enfermedades crónico degenerativas o no transmisibles, representan la principal causa de muerte y discapacidad, con un promedio de 41 millones de muertes al año, equivalente al 71% de las muertes totales. Cabe destacar que 15 millones de estas defunciones, corresponden a pacientes de entre 30 y 69 años de edad, y más del 85% de ellas ocurren en países de bajos y medianos ingresos (2).

En tanto en Perú, en la región Arequipa las enfermedades que produjeron mayor "años de vida saludable perdidos" (AVISA) fueron las que pertenecieron al grupo crónico degenerativas, representando el 77.3% del total; de manera relativa este grupo de enfermedades determinó que por cada mil habitantes se perdieran 119.6 AVISA (5).

La tesis se compone de cuatro capítulos, dentro de los cuales se establecen El Problema, donde se realiza una descripción de la situación problema que incentivo a estudiarla, así mismo; cuenta con el Marco Teórico, en la cual se consigna antecedentes, teoría y conceptos que respaldan al estudio realizado; de la misma forma se evidencia la Metodología, en donde se incorpora los procesos metodológicos de

investigación científica y por último se consigna la Presentación de Resultados, que aborda los hallazgos establecidos durante el estudio realizado. Por último, contempla la bibliografía empleada, conclusiones, recomendaciones y anexos.

El autor.

# Capítulo I

## El Problema

### 1.1 Planteamiento del Problema

La calidad de vida es definida por la OMS, como “...la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno”. Por consiguiente, la calidad de vida de las personas, tanto sanas como enfermas, debe ser vista como un constructo multidimensional, que abarca los aspectos antes descritos (1).

Existen estudios anteriores que mencionan que, a nivel mundial, las enfermedades crónicas degenerativas o no transmisibles, representan la principal causa de muerte y discapacidad, con un promedio de 41 millones de muertes al año, equivalente al 71% de las muertes totales. Cabe destacar que 15 millones de estas defunciones, corresponden a pacientes de entre 30 y 69 años de edad, y más del 85% de ellas ocurren en países de bajos y medianos ingresos (4). Aspectos considerados como situaciones previas que evidencian la problemática planteada

Consignando como hechos actuales que afectan a América, la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que 2,2 millones de personas menores de 70 años mueren a causa de Enfermedades no transmisibles. Entre las principales se encuentran: las enfermedades cardiovasculares, neoplasias, enfermedades respiratorias, y la diabetes. (4)

Así mismo, en Perú, la OMS menciona que el 50% de las personas entre 30 y 60 años padecen al menos una enfermedad crónica no transmisible, como el cáncer y la diabetes. En total, la población en riesgo en el Perú suma 10 millones: 5 millones por sobrepeso, 3 millones por diabetes y 2 millones por hipertensión arterial. (6) (7)

Y la provincia de Arequipa no es ajena a esta realidad siendo así que estudios previos muestran que las enfermedades crónicas degenerativas se encuentran dentro de las 5 primeras causas de morbilidad la primera causa de morbilidad. Además, en el año 2016, la tercera, cuarta y quinta principal causa de mortalidad fueron los Tumores malignos de los órganos digestivos (6.90%), Enfermedades cerebrovasculares (5.61%) y Diabetes Mellitus (5.11%), respectivamente (8).

Y los organismos nacionales como el Ministerio de Salud del Perú (5), expresa que en la Región de Arequipa para el año 2018, las enfermedades que produjeron mayor “años de vida saludable perdidos” (AVISA) fueron las que pertenecieron al grupo de las no transmisibles o crónico degenerativas, que representan el 77.3% del total; de manera relativa este grupo de enfermedades determinó que por cada mil habitantes se perdieran 119.6 AVISA.

Siendo relevante el abordaje del problema pues la mayoría de las enfermedades crónicas comprometen aspectos importantes de la vida de la persona que la padece, dicho de otro modo, afectan la calidad de vida. Quizás el principal aspecto afectado y el de mayor cambio es el emocional; esto ocurre debido al proceso de adaptación rápida que debe atravesar el sujeto, y que, comúnmente, genera emociones negativas como tristeza, miedo, ira y

ansiedad; afectando el aspecto social de manera compleja. (9) por lo que se justifica su abordaje.

A pesar de las grandes cifras antes expuestas, y de la vasta información sobre la calidad de vida relacionada a la salud de las personas, en nuestra región, existen pocos estudios que aborden estos temas y ninguno que realice mediciones en personas con enfermedades degenerativas. Los datos obtenidos de la valoración de la calidad de vida, son relevantes desde el punto de vista clínico, de gestión y de política de salud, por lo que es de interés para el profesional asistencial. (10)

El presente Trabajo de Investigación busca determinar la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, de manera que se pueda obtener una mayor información sobre los pacientes, como su percepción sobre aspectos de su vida que estén influenciados por su actual estado de salud. Lo que permitiría al personal de salud mejorar el manejo del paciente, considerando no sólo la dimensión biológica de la enfermedad, sino también el contexto psicológico y social.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **Problema General**

¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa?

### **Problemas Específicos**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022?
- ¿Cuáles son las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022?
- ¿Cómo es la calidad de vida de pacientes de la Micro red Maritza Campos

Díaz – Zamacola, Arequipa 2022?

- ¿Cuál es la asociación entre el bienestar físico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022?
- ¿Cuál es la asociación entre el bienestar psicológico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022?
- ¿Cuál es la asociación entre las relaciones sociales y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022?
- ¿Cuál es la asociación entre el entorno y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022?

### **1.3 Objetivos de la Investigación**

#### **Objetivo general**

Determinar la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.

#### **Objetivos específicos**

- Mostrar las características sociodemográficas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.
- Identificar las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.
- Evidenciar la calidad de vida de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.

- Establecer la asociación entre el bienestar físico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.
- Consignar la asociación entre el bienestar psicológico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.
- Verificar la asociación entre las relaciones sociales y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.
- Identificar la asociación entre el entorno y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.

#### **1.4 Justificación**

El presente proyecto de investigación se desarrolla por la siguiente razón, pues a la actualidad, no se encuentran estudios realizados en la Micro red Maritza Campos Díaz de Zamacola que midan la calidad de vida de los pacientes; también se planteó su realización porque en el continuo hacer profesional se evidenció que muchos pacientes vienen a ser atendidos con conductas quejumbrosas, desanimados, con pensamientos negativos, quejándose en muchos casos por no poder cumplir tareas simples por las dolencias que generan sus enfermedades degenerativas.

A través de la presente investigación se buscará determinar la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes atendidos en la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa, con la finalidad de obtener información sobre los pacientes, como su evolución y adaptación a la enfermedad, el impacto que tiene su salud sobre su calidad de vida, y qué dimensión de esta resulta mayormente afectada.

Estos datos son de importancia para tener mayor información sobre el

estado de salud de los mismos; y, por consiguiente, para la generación de políticas de salud pública específicas al ámbito de estudio. El análisis de los resultados también podrá contribuir a la elaboración de estrategias adecuadas dirigidas a este colectivo, encaminadas a mejorar la calidad de vida, a través de un adecuado acompañamiento, apoyo y contención emocional, y no sólo considerar la dimensión biológica de la enfermedad. Así mismo, una vez finalizado el estudio, se espera establecer una base para la realización de futuras investigaciones acordes; y de este modo, lograr mayores conocimientos sobre la calidad de vida en distintos grupos poblacionales.

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### 2.1 Antecedentes de la Investigación

##### **Internacionales:**

Reséndiz et al. (11) estudio científico que tuvo como objetivo “describir la espiritualidad y la calidad de vida en los adultos con enfermedades crónico-degenerativas”. Metodología: Estudio descriptivo con un muestreo no probabilístico, con una muestra conformada por 183 participantes con alguna enfermedad crónico degenerativa. Resultados: La enfermedad con mayor frecuencia fue obesidad (49.2%), seguida de diabetes (23.5%) e hipertensión arterial 18.6%. Se reportó el 79.8% de la población tiene una calidad de vida normal. Conclusión: “Se documentaron niveles altos de espiritualidad y una calidad de vida positiva en la mayoría de pacientes con enfermedades degenerativas”.

Vásquez y Horta (10) realizaron el estudio “Enfermedad crónica no transmitible y calidad de vida”. Revisión narrativa. **Objetivo:** Conocer la evidencia científica actual que existe en torno a la enfermedad crónica no transmisible, la calidad de vida, la percepción de salud en el adulto mayor y

su relación entre las mismas. **Materiales y método:** Se trató de una revisión narrativa de la literatura, donde se consultaron artículos de acceso libre, con no más de 7 años de antigüedad, y en todos los idiomas, en las bases de datos: Medline vía PubMed, LILACS, CINHALL y The Cochrane Library. Se empleó para la ecuación de búsqueda de descriptores (DeCS y MeSH) y como límites: Humanos. **Resultados:** Los hallazgos temáticos se organizaron en tres ejes principales que describen aspectos clave para una mejor comprensión y contextualización de la enfermedad crónica en el adulto mayor, que va más allá de los aspectos clínicos y relaciona su efecto sobre la percepción de la salud, percepción de la enfermedad y la calidad de vida de quien la padece. **Conclusiones:** La revisión realizada evidenció el gran efecto que tiene la presencia de enfermedades crónicas sobre la calidad de vida, percepción de salud y de la enfermedad en el adulto mayor.

Pascual, y Caballo (12) realizaron el estudio “Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas”. **Objetivos:** Evaluar variables emocionales (ansiedad, depresión), cognitivas (catastrofismo, autoeficacia percibida) y conductuales (estrategias de afrontamiento); conocer la influencia de dichas variables sobre la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas; detectar si se dan diferencias significativas en las distintas dimensiones de calidad de vida entre población normal y población con enfermedades crónicas. **Materiales y métodos:** Se trató de un estudio descriptivo-correlacional realizado en los meses de febrero y marzo de 2015 en el que participaron 35 personas con diferentes diagnósticos de enfermedad crónica, de las cuales 24 (68.6%) eran mujeres y 11 (31.4%) varones. **Resultados:** Se encontró que las variables emocionales repercuten en la calidad de vida, al igual que la autoeficacia y algunas estrategias de afrontamiento. Además, se obtuvo niveles de calidad de vida significativamente menores en las personas evaluadas, respecto a la población general, y que parecen existir pocas diferencias en las variables evaluadas entre personas con diagnósticos diferentes y entre hombres y mujeres.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos muestran que las variables psicológicas juegan un papel importante en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, y guardan relación con resultados obtenidos en estudios previos.

Orozco, Vagner y Salas (13), realizaron el estudio “Calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple atendidos en una institución de salud de Medellín, Colombia”. **Objetivo:** Determinar el efecto de factores sociodemográficos, clínicos y físicos en la calidad de vida (CV) de pacientes con EM. **Materiales y métodos:** Se aplicó el instrumento WHOQOL-BREF de la OMS a 173 pacientes de una institución de salud. Se realizó análisis descriptivo de características sociodemográficas, clínicas y físicas y sus puntajes de CV. Se observó la asociación entre CV global con factores sociodemográficos, clínicos y físicos. **Resultados:** El 80,3% fueron mujeres, la mediana de edad de 43 años. La fatiga fue el síntoma más frecuente (71%). Los factores de riesgo para tener peor CV fueron: sexo femenino, alteración en control de esfínteres (RP= 6,10 IC 95% 1,26-29,51), trastornos cognitivos (RP=4,46 IC 95% 1,07-18,56), riesgo de depresión (RP= 3,82 IC 95% 1,01-14,38) y no realizar fisioterapia (RP= 4,48 IC 95% 1,08-18,34). **Conclusiones:** La afectación en la calidad de vida en la esclerosis múltiple, según factores sociodemográficos y clínicos es variable. Evaluar la CVRS, permite entender el comportamiento y necesidades del paciente para intervenir factores de riesgo.

Rivera y Rojas (14), realizaron una investigación titulada “Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis”. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis) en un Hospital de segundo nivel en Cd Victoria. **Metodología:** estudio cuantitativo de diseño descriptivo-trasversal en 60 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en un hospital de segundo nivel de atención, mediante muestreo no probabilístico por disponibilidad. Utilizando instrumento

Kidney Disease Quality of Life versión abreviada del KDQOLTM (1997). **Resultados:** el 40.7% presenta baja calidad de vida, la dimensión física fue la más afectada (48.3%), así como la dimensión social (41.6%). **Conclusión:** la calidad de vida del paciente crónico renal es baja, aunque la dimensión psicológica es alta, ya que los pacientes manifiestan sentirse tranquilos, porque se encuentran hemodializando para mejorar su calidad de vida.

Carranza, Gonzales, et al. (15), realizaron el estudio llamado “Calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas”. **Objetivo:** Describir la calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas. **Material y Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, muestra no probabilística a conveniencia de 300 AM de Michoacán, se utilizó Escala de Convivencia con Proceso Crónico (EC-PC) de Liere Ambrosio (2017), con 26 ítems, divididos en cinco dominios. **Resultados:** sexo femenino 40% (120); 50.6% (152) edad 65-71 años, 39% (117) casados, sobre CV 16.7% (5) baja adaptación; 73.3% (22) alta aceptación en CV asociada a enfermedades crónico-degenerativas en CV 22.7(68) baja CV y 77.3% (232) alta CV. **Resultados:** En este estudio los resultados fueron contrarios a lo reportado por Jiménez, Casado, Santos, Jiménez y Hernández (2019) mostraron que la CV fue percibida como deficiente a expensas de la satisfacción con su salud en la mayoría de AM. **Conclusión:** La convivencia con un proceso crónico es complejo, requiere atención integral, centrada en la persona y enfermería un tiene un papel clave para cuidar al adulto mayor.

Pedroso, Guibert, et al. (16), realizaron la investigación “Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis sintomática de rodilla. Centro de referencias de enfermedades reumáticas” **Objetivo:** Evaluar el nivel de la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de Osteoartritis sintomática de rodilla. **Método:** Se realizó una investigación descriptiva, transversal en 213 pacientes con diagnóstico de osteoartritis sintomática de rodilla, evaluados con el índice de WOMAC de calidad de vida. **Resultados:** En el grupo de edad de 55-64 años se obtuvo la mayor frecuencia de casos.

Predominaron los que tuvieron más de 5 años de evolución de la enfermedad y discapacidad severa (21.0%). El mayor porcentaje de pacientes se presentó con deformidad de Genuvaro y discapacidad severa (29,6%). Hubo relación entre la calidad de vida y el sexo, el índice de masa corporal y el tiempo de evolución de la enfermedad. **Conclusiones:** Esta enfermedad frecuentemente se ve en pacientes en etapas avanzadas de la vida, féminas, en los primeros cinco años de evolución de la enfermedad y con Genuvaro de rodilla. La intensidad del dolor se relaciona con un grado radiológico avanzado, en tanto la calidad de vida con el sexo, el tiempo de evolución de la enfermedad y el índice de masa corporal.

Piguave (17), realizó la tesis titulada “Calidad de vida en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas según el modelo de Dorothea Orem”. **Objetivo:** analizar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas según el modelo de Dorothea Orem, sustentada en una revisión bibliográfica, en la investigación realizada se puede evidenciar que dichas patologías a nivel de América Latina son la principal causa de muerte y discapacidad. **Metodología:** utilizada fue de tipo cualitativo, retrospectivo, documental, enfocado en la búsqueda y revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed, Scielo, Dialnet, Google académico, con el propósito de recopilar información sobre diversos estudios relacionados con el tema de investigación. **Resultados:** se puede evidenciar en tres trabajos la importancia del personal de salud, en este caso enfermería, quien, brindando una educación adecuada al paciente, incentivando a realizar prácticas adecuadas de autocuidado, estas ayudan al mejor manejo de la enfermedad, siguiendo el tratamiento adecuado evitando así deterioro progresivo y complicaciones para mejorar la calidad de vida. tanto del paciente como la familia.

García, Horta, et al. (18), realizaron el estudio “Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica”. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida y la percepción de la salud-enfermedad en la persona mayor con enfermedad crónica no transmisible. **Métodos:** Estudio

con diseño mixto explicativo secuencial, en una población de personas mayores, con enfermedad crónica y pacientes de dos programas de atención en Tunja en 2017. Muestra de 44 personas, se aplicaron los cuestionarios SF-36 y el IPQ-B. **Resultados:** La calidad de vida global promedio fue de 59,5 % y predominó la salud mental con un 93,2 %. La correlación más alta fue el control personal y la salud en general. Las categorías reconocidas fueron: la enfermedad como marginación social y familiar, el apoyo familiar y divino, la influencia del sistema de salud, la necesidad del autocuidado, la importancia de las redes de apoyo y la calidad de vida. **Conclusiones:** La calidad de vida y la percepción de la salud y enfermedad se correlacionan; además están influenciadas por la experiencia y los métodos de afrontamiento.

Dussan (19), realizó el artículo científico titulado “La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con degeneración macular asociada con la edad”. **Objetivo:** establecer diferencias estadísticamente significativas de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los participantes diagnosticados con DMAE y en sanos pacientes. **Metodología:** estudio observacional analítico de corte transversal muestra para pruebas piloto con un total de 17 participantes sanos y 13 participantes con DMAE. Un especialista efectuó una valoración de retina y aplicó el cuestionario de CVRS denominado National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire (NEI VFQ-25). **Resultados:** se encontraron diferencias en la CVRS entre participantes con DMAE e individuos sanos se encontraron en las subescalas visión general, actividades de cerca, actividad a distancia, función social, dificultad en un rol, dependencia, visión del color y bienestar y sufrimiento diferencias estadísticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ). **Conclusiones:** los participantes con DMAE presentaron una disminución de la CVRS, asociada a presiones más bajas en las subescalas del NEI VFQ-25.

Aguilar, Rivera, González, Juárez, Ponce y Landeros (20) realizaron la investigación “Calidad de vida en el adulto mayor con enfermedades crónicas

en el Grupo “Un Día Más”. **Objetivo:** Describir la calidad de vida de los Adultos Mayores con enfermedades crónicas que pertenecen a grupo social “Un Día Más” en San Luis Potosí. **Materiales y métodos:** Se trató de un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, donde se trabajó con 30 adultos mayores integrantes de un grupo social denominado “Un Día Más” de la ciudad de San Luis Potosí. Los instrumentos aplicados para la recolección de datos fueron: una encuesta sociodemográfica y de salud; un test Mini Mental-Folstein que evalúa la capacidad cognitiva; y un cuestionario sobre calidad de vida (Whoqol-Old). **Resultados:** Los hallazgos revelaron una edad media de 72.2 años y máxima de 95 años; el sexo predominante fue el femenino (90%). La mayoría (80%) de las personas percibieron su calidad de vida como “Moderada”, obteniendo un puntaje entre 72 a 95. En cuanto a la Mucha/Total Calidad de Vida, el 86.7% lo relaciona con la Habilidad sensorial, el 66.6% lo relaciona con la Percepción sobre la muerte, 63.3% con las Actividades pasadas, presentes y futuras, y un 60% con la Participación social. Por otro lado, una menor calidad de vida, fue relacionada por las personas en un 56.7% a “El no tener Intimidad” y en un 46.7% al no tener Autonomía. **Conclusiones:** La calidad de vida identificada en la población de estudio, fue Moderada. Las enfermedades crónicas predominantes fueron la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial. Las principales dimensiones afectadas fueron: autonomía e intimidad.

Garrido (1) realizó el estudio “Calidad de vida relacionada con la salud del Anciano atendido en Atención Primaria”. **Objetivo:** Conocer la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del Anciano atendido en las consultas de Atención Primaria en Cantabria. **Materiales y método:** Se trató de un estudio transversal analítico, estratificado por género, cuya muestra de estudio estuvo compuesta por 314 sujetos de 65 o más años adscritos a dos cupos médicos de Medicina Familiar y Comunitaria perteneciente a la Comunidad Autónoma de Cantabria. Se utilizó el índice EQ-5D, como instrumento de recolección de datos. **Resultados:** No pudo observarse una relación significativa entre la edad y la CVRS; sin embargo, si se la pudo

relacionar con las demás variables analizadas, como la comorbilidad y el grado de autonomía, esta última con mayor impacto en la CVRS, tanto en varones como en mujeres, independientemente de la edad y de la presencia de enfermedades crónicas. Por otro lado, el segundo factor de mayor importancia sobre la CVRS en mujeres mayores de 65 años, es el consumo de consultas de atención primaria; al igual que en otros estudios, esta asociación negativa, es independiente de la edad, de la presencia de comorbilidad, del IMC, del grado de autonomía, del nivel de estudios, de la actividad física, del consumo de psicofármacos y del nivel cognitivo. Mientras que la segunda variable más predictiva de la CVRS, en los varones mayores de 65 años, es la comorbilidad. Por último, el consumo de psicofármacos en las mujeres no guardó relación con la CVRS, a pesar de ser más consumida por este grupo (40%); mientras que, en los hombres, si logró observarse una asociación negativa, a pesar de su menor consumo (22%). **Conclusión:** Los datos obtenidos mostraron que las peores valoraciones de la calidad de vida relacionada a la salud pertenecen a las mujeres mayores de 65 años contrariamente de lo que sucede en los varones de la misma edad.

López, Cifuentes, y Sánchez (21) realizaron la investigación “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013”. **Objetivo:** determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. **Materiales y métodos:** Se trató de un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, se trabajó con una muestra de 30 pacientes con diagnóstico de DM tipo 2, y a quienes se les aplicó el cuestionario genérico EQ-5D y la Escala Visual Análoga [EVA] para determinar la CVRS. **Resultados:** Se evidenció un predominio del género femenino (87%), la edad media de los pacientes fue de 64,4 años, y la mayoría tiene sobrepeso (67%); por otro lado, la complicación crónica más frecuente encontrada en estos pacientes, fue la retinopatía (37%). En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida se encontró "algunos problemas" y "muchos problemas" en "angustia/depresión" (40% - 27%), y "dolor /malestar" (37% - 30%); además,

el 57% refirió una calidad de vida buena, mientras que el 43% restante, refirió una calidad de vida mala. La EVA reportó un buen estado de salud en el 75% de los casos. **Conclusiones:** A pesar de la tendencia, de los pacientes con DM2, a percibir su calidad de vida y estado de salud como buena; un gran porcentaje reporta baja calidad de vida, haciendo evidente el impacto de la enfermedad.

Segura (22) realizó la investigación “Percepción de la calidad de vida en personas con situación de Enfermedad Crónica en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Barranquilla”. **Objetivo:** Describir la percepción de la calidad de vida de personas en situación de enfermedad crónica: Diabetes e Hipertensión Arterial. **Metodología:** Se trató de un estudio cualitativo, de nivel descriptivo, que contó con una muestra que se determinó por muestreo teórico por saturación de datos, y la técnica empleada fue de análisis de contenido. Los informantes fueron en total 6 personas: 2 hombres con diagnóstico de Diabetes Mellitus y 4 mujeres, 2 de ellas con HTA y 2 con Diabetes Mellitus, inscritos en el programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, en la Institución Prestadora de Salud, Hospital Nazareth de la ciudad de Barranquilla. **Resultados:** Los hallazgos obtenidos, revelaron que las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, perciben que su calidad de vida se encuentra afectada negativamente, tanto en la dimensión física, como en la psicológica y social; y, en menor grado, en la dimensión espiritual.

Castillo, Arocha, Armas, Castillo, Cueto, Herrera (23) realizaron la investigación “Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas” **Objetivo:** describir el uso del WHOQOL \_ BREF como instrumento de medición de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que presentan enfermedades crónicas degenerativas, para determinar si es aplicable en el contexto cubano. **Métodos:** Se trató de un estudio descriptivo, donde se trabajó con una muestra de 300 personas con enfermedades crónicas degenerativas que están entre las

tres primeras causas de mortalidad en el país; a quienes se les aplicaron encuestas con el instrumento WHOQOL \_ BREF. **Resultados:** el 51,3% de los enfermos perciben su calidad de vida relacionada con la salud "ni pobre ni buena" y 33,3% como "buena": además, 48,6% se valoró como "ni satisfecho ni insatisfecho" y 33,3% como "satisfecho". Por otro lado, la salud psicológica fue calificada como "alta" en los tres tipos de enfermedades; y fue considerada como "aceptable, por las mujeres. En cuanto a la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes con tumor, fue percibida como "alta" dentro del grupo etario de 45 y más años. **Conclusiones:** El instrumento WHOQOL \_ BREF permitió medir la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas; por ello, dicho instrumento es aplicable al contexto cubano. Por otro lado, la salud psicológica fue la mejor valorada en relación a las demás enfermedades estudiadas.

Martínez y Franco (24), realizaron un estudio titulado "Vivencias del adulto ante la enfermedad crónica degenerativa" **Objetivo:** analizar las vivencias del adulto ante la enfermedad crónica degenerativa. **Material y Métodos:** se trata de un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, los participantes fueron adultos mayores afiliados Centro Gerontológico de Guanajuato quienes padecen enfermedades crónicas, se empleó la entrevista semiestructurada. **Resultados:** se encontraron seis categorías que describen las vivencias de los adultos mayores entre las cuales están la significación de vivir con la limitante de la enfermedad, así como malestares propios de la enfermedad como dolor de cabeza, mareos, tinnitus, lo que afecta o modifica el estilo de vida de la persona donde surgen sentimientos y emociones como tristeza, llanto, miedo y desesperación. **Conclusión:** el fenómeno de las vivencias del adulto ante la enfermedad crónica permite conocer con una mayor profundidad el proceso multidimensional de la enfermedad, es decir este puede manifestarse de diferentes formas en torno a malestares, complicaciones, tratamiento todas ellas ocasionan una experiencia de padecimiento.

Solís, Barbón y Martínez (25) Quienes realizaron la siguiente investigación “Determinación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral” **Objetivo:** determinar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo. Para el diagnóstico positivo se tuvieron en cuenta los criterios del American College of Rheumatology. Se aplicó el cuestionario de láminas Coop/Wonca para determinar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y el Health Assessment Questionnaire, en su versión cubana, para determinar capacidad funcional. **Resultados:** se identificaron 487 pacientes (316 mujeres y 171 hombres) con una edad promedio de 67 años  $\pm$  11, 7. Alto por ciento de comorbilidades asociadas (37, 2 %), el tiempo de evolución entre cinco y 10 años fue el más representativo (33, 6 %). La percepción de calidad de vida global alcanzó cifra de 20, 1. La dimensión dolor fue la más afectada. La discapacidad funcional ligera (53, 6 %) fue la más representativa. **Conclusiones:** predominaron los pacientes mayores de 60 años y del sexo femenino, con tiempo de evolución predominante entre cinco y 10 años con alto porcentaje de comorbilidades y hábitos nocivos asociados. Se determinó afectación y relación de la percepción de la calidad de vida y de la capacidad funcional. Predominaron los pacientes con discapacidad funcional ligera.

Franco, Soto, et al. (26), realizaron el estudio titulado “Estilo de vida en pacientes con enfermedades crónico degenerativas”. **Objetivo:** determinar el estilo de vida en los pacientes con HAS aunada a DM2. **Material y Métodos:** estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, con 28 pacientes determinados a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, se utilizó el instrumento FANTASTIC y se efectuó la toma de glucemia capilar y presión arterial. **Resultados:** del total de la población 8 fueron hombres y 20 mujeres, de los cuales predominó un buen estilo de vida, al respecto según Janampa (2013) un estilo de vida saludable reduce la presión arterial, aumenta la eficiencia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo de padecer complicaciones; asimismo Chisaguano,

Ushiña (2015) señalan que, cuando el estilo de vida de los pacientes con DM2 es inadecuado, aumenta la probabilidad de presentar complicaciones. **Conclusiones:** se requiere de un estilo de vida saludable o modificable de manera positiva para lograr un control de las enfermedades crónicas degenerativas y por ende, mejorar la calidad de vida.

### **Nacionales:**

Núñez (27) realizó el estudio denominado “Vivencias de los adultos mayores jubilados, con enfermedades crónico degenerativas. Cajamarca 2019”, cuyo objetivo fue “comprender y describir las vivencias de los adultos mayores jubilados con enfermedad crónica degenerativa, Cajamarca 2019”. Estudio cualitativo descriptivo, tuvo una muestra de 10 adultos mayores. Resultados: se organizó cuatro categorías: a) Identificación de los primeros síntomas en el cuerpo, b) Reacción al saber de la enfermedad: dolor emocional y sentimientos; c) vivir con lo que he construido...” es una carga”, d) aceptación y convivencia con la enfermedad; e) La enfermedad nos hace ser diferentes y limitados, debido que es difícil valerse por si mismos en sus actividades. Conclusión: “el adulto jubilado y enfermo, viven su vejez con situaciones de culpabilidad, tristeza, desesperanza, miedo y pena, sentimientos que mella su calidad de vida padecer enfermedades degenerativas”.

Escajadillo, León, Rojas y Sarmiento (28) realizaron la investigación “Calidad de vida en personas con discapacidad física que practican actividad física”. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida en personas con discapacidad física que realizan actividad física. **Materiales y métodos:** Se trató de un estudio observacional, de nivel descriptivo y de corte transversal, que contó con una muestra de 60 deportistas con discapacidad física, a quienes se les aplicó el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida. **Resultados:** Dentro de los hallazgos, se evidenció que el 86.7% de los deportistas, mantenían una alta calidad de vida, predominando las dimensiones de vitalidad (98,3%), función social (83,3%) y dolor corporal (80,0%); a

diferencia de las dimensiones de bienestar y salud (68.3%) y función física (50.0%) que contaron con una menor frecuencia de alta calidad de vida. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de salud respecto a variables como: la edad, el género, ni la causa de discapacidad física; sin embargo, con antecedente de haber participado en una competencia internacional, presentaron una menor calidad de vida. **Conclusiones:** La calidad de vida de los deportistas con discapacidad es alta, según la escala SF-36, mientras que es menor en el grupo con antecedente de participación en una competencia de alto nivel.

Portal (29) realizó la tesis “Calidad de vida en adultos con obesidad grado III”. **Objetivo:** Describir las características de la calidad de vida en pacientes adultos con obesidad grado III atendidos en un Hospital de Lima Metropolitana. **Materiales y métodos:** se trató de un estudio descriptivo comparativo, donde se trabajó con una muestra conformada por 30 mujeres y 30 varones con diagnóstico de obesidad grado III, con edades de 20 a 65 años. Como instrumento de recolección de datos, se utilizó el WHOQOL-BREF (OMS), en su versión español. **Resultados:** Los hallazgos evidenciaron niveles bajos en la calidad de vida de las mujeres, en relación a los varones. Además, los pacientes con menor nivel de instrucción, así como los pacientes mayores de 50 años, presentan un nivel de calidad de vida bajo; por otro lado, los pacientes que cuentan con mayor soporte familiar y con mayores ingresos económicos presentaron mayor calidad de vida. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos indicaron que la calidad de vida general de los pacientes con obesidad mórbida, es baja. Así mismo, se evidenció que el dominio de calidad de vida con mayor deficiencia, es la salud física.

Díaz (30), El trabajo de investigación fue titulado “Enfermedad crónica degenerativa: vivencias de los adultos mayores. Chota - 2012”. **Objetivo:** develar y describir las vivencias de los adultos mayores con enfermedad crónica degenerativa. **Materiales y métodos:** El diseño es cualitativo de tipo fenomenológico, realizado en una muestra de 10 adultos mayores. La

recolección de datos se realizó mediante la entrevista fenomenológica.

**Resultados**, se organizó en cinco categorías: A) En relación a la enfermedad:

1) De las emociones a los sentimientos: temor, tristeza, culpa, vergüenza, desesperanza, esperanza, alegría y gratitud; 2) Tratando de olvidar la enfermedad, realizan actividades para distraerse y hacer más llevadera su enfermedad; 3) El cuidado familiar, expresado por apoyo, cariño, presencia y ausencia de los hijos; 4) Deseo de terminar con el sufrimiento, expresiones de querer una muerte rápida y evitar dolor físico y emocional de ellos y sus familiares, en comunión consigo mismo. B) En relación a los servicios de salud: 5) Desinterés para el Cuidado, donde el adulto mayor, expresa ser atendido como máquinas y existe retraso en la atención. **Conclusiones:** las experiencias vividas de los adultos mayores predominan las emociones y los sentimientos, ellos reaccionan de acuerdo a la situación de la enfermedad, del apoyo familiar y de la actitud hacia ella; desafortunadamente las emociones insatisfactorias tienen mayor presencia en la experiencia de vida de los participantes.

Candiotti (31) realizó la tesis “Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria. HNERM.2013”. **Objetivo:** Determinar la autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de Cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria. **Materiales y Métodos:** Se trató de un estudio aplicativo, de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal; donde se trabajó con una conformada por 44 pacientes adultos mayores que asistieron a la Unidad de Quimioterapia durante el mes de mayo, obtenida a través de un muestreo no probabilístico, criterial. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, y el instrumento fue una escala tipo Likert modificada con 38 enunciados basados en las preguntas del cuestionario WHOQOL-Bref de la OMS y el cuestionario multidimensional QLQC30. **Resultados:** Dentro de los hallazgos, se obtuvo: Del total (44) de pacientes adultos mayores, el 25% (11) tiene una Autopercepción desfavorable de su calidad de vida, el 43.2% (19) tiene una Autopercepción medianamente favorable y 31.8% (14) tiene una

Autopercepción favorable de su calidad de vida. **Conclusiones:** El mayor porcentaje de adultos mayores encuestados tienen una Autopercepción medianamente favorable de su calidad de vida, seguida por un porcentaje significativo que tiene una Autopercepción favorable.

No se encontraron antecedentes locales

## 2.2 Bases Teóricas

### 2.2.2.1. Teoría del déficit del autocuidado

Teoría desarrollada por Dorothea Elizabeth Orem, en esta teoría se presenta la teoría del déficit del autocuidado como teoría en general, la cual a su vez está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

El concepto básico desarrollado por Orem sobre el autocuidado es que, ésta es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma ya que es el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior (32).

El autocuidado es una función humana reguladora que debe cada humano aplicar deliberadamente con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción, se va aprendiendo continuamente con el tiempo (33).

a. **TEORIA DEL AUTOCUIDADO:** Son las acciones personales que un individuo emprende y realiza, que van dirigidas hacia él o su entorno, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud. Para el desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar, existen requisitos los cuales

contribuyen al autocuidado de cada individuo:

- **Requisitos de autocuidado universal:** Son aquellos requisitos comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
  - **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** Este requisito promueve las condiciones necesarias para la vida y la maduración, es decir, en los distintos momentos del desarrollo humanos previene la aparición de condiciones adversas o mitiga los efectos de dichas situaciones.
  - **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** Las que surgen o están vinculados a los estados de salud (34).
- b. **TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO:** En esta teoría se describe y explica las causas que pueden provocar un déficit, es decir, que el elemento más importante de la teoría, el autocuidado se ve alterado porque el individuo es incapaz de cuidarse por sí mismo. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera (35).
- c. **TEORIA DE SISTEMAS DE ENFERMERIA:** Se refiere a la manera en la que la enfermera contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. Cuando aparece este déficit de autocuidado la enfermera sabrá compensar la carencia mediante el sistema de enfermería. Para la implementación de las actividades, D. Orem desarrolló tres sistemas de compensación:
- **Sistema de compensación total:** requiere que se actúe en su

lugar por incapacidad total o una situación limitante.

- **Sistema de compensación parcial:** se da cuando el individuo puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado, pero necesita todavía la ayuda de la enfermera.
- **Sistema de apoyo educativo:** cuando el individuo llega a satisfacer sus requisitos de autocuidado de manera completa, pero precisa ayuda para la toma de decisiones, la adquisición de habilidades y el control de la conducta (36).

#### **2.2.2.2. Calidad de vida**

**2.2.2.1 Definición:** El concepto de calidad de vida fue evolucionando a lo largo del tiempo, pasando de basarse, en sus orígenes, en el cuidado de la salud personal, a preocuparse por la salud e higiene pública, y extenderse a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; preocupándose, además, por la vida social de las personas, sus actividades cotidianas y su salud (37). Este concepto fue utilizado por primera vez a finales de la década de los 60, en una investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo de Wolfgang Zapf1, donde fue definida como la correlación existente entre un determinado nivel de vida objetivo, de un determinado grupo de población, y su correspondiente valoración subjetiva (satisfacción, bienestar). (2).

Posteriormente, el término “calidad de vida” fue usado de manera indistinta para nombrar numerosos aspectos de la vida, tales como: el estado de salud, el bienestar físico, el bienestar general, adaptación psicosocial, satisfacción con la vida, entre otros. A pesar de tener un sentido indeterminado, el término «calidad de vida» se refiere, de modo general, al

conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción de un sujeto, sobretodo en aspectos concernientes a la salud. (2)

Algunas de las definiciones de calidad de vida propuestas por distintos autores, son citados por Ardila (38):

- “Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa”.
- “Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo”.
- Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”.
- “Por definición, la calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo”.
- “Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado”.

De ese modo, la Calidad de vida fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por García (1), como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus metas, objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Esta definición prioriza la evaluación subjetiva de cada persona, la cual está inmersa en un contexto cultural, social y

medioambiental. Además de la subjetividad, la calidad de vida, se caracteriza por ser universal, holístico, dinámico y en el que todos los aspectos de la vida están interrelacionados. Sin embargo, existen numerosas definiciones de calidad de vida, y ninguna es universal. Siendo definida, por muchos autores, mediante aspectos subjetivos como: la felicidad, la satisfacción con la vida, etc., por otros mediante aspectos objetivos como las condiciones de salud, el bienestar físico, etc., y algunos autores se centran en ambos aspectos. (37)

### **2.2.2.2 Dimensiones de la Calidad de Vida**

Establecida por la OMS (39).

- a. Salud física: Según la OMS, la salud física es el bienestar del cuerpo y el óptimo funcionamiento del organismo el cual se encuentran en buen estado físico, mental y emocional. Así mismo, la OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía (40).

Entre los factores de la salud física tenemos:

- ✓ Actividades de la vida diaria
- ✓ Dependencia de medicamentos y ayuda médica
- ✓ Energía y fatiga
- ✓ Movilidad
- ✓ Dolor y disconformidad
- ✓ Sueño y descanso
- ✓ Capacidad de trabajo

- b. Salud psicológica: La salud mental o salud psicológica,

según la OMS, es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad (41). Los factores que involucran la salud psicológica son:

- ✓ Imagen y apariencia física
- ✓ Sentimientos negativos
- ✓ Sentimientos positivos
- ✓ Autoestima
- ✓ Creencias personales, religiosas y espirituales
- ✓ Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración

**c.** Relaciones sociales: Interacción de una persona con los demás de su entorno.

- ✓ Relaciones personales
- ✓ Apoyo social
- ✓ Actividad sexual

**d.** Entorno o Medio ambiente: El medio ambiente, según la OMS, es un determinante de la salud la cual es vital para “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (42), entre los factores de esta dimensión, tenemos:

- ✓ Recursos económicos
- ✓ Libertad y seguridad física
- ✓ Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales
- ✓ Entorno en el hogar
- ✓ Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades

- ✓ Participación y oportunidades de recreación y ocio
- ✓ Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima)
- ✓ Transporte

### **2.2.2.3. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**

El concepto de CVRS surge como una información necesaria sobre el estado de salud del paciente, se inició en EE.UU. hace unos 30 años, con la confluencia de dos líneas de investigación: la primera, la de la investigación clínica de la medición del «estado funcional» y la segunda, la de la investigación psicológica del bienestar y de la salud mental (2).

En el año 1995, Schumaker y Naughton (43) la definieron como: “... la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite continuar aquellas actividades que son importantes para el individuo y que tienen un impacto sobre su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y cuidado personal, y el bienestar emocional”.

Dicho de otro modo, la CVRS no es más que el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y el impacto que éste tiene sobre los diversos dominios de su vida; y es usado para indicar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas (44) (2).

Las características más importantes de la CVRS son 3: En

primer lugar, se basa en una evaluación subjetiva del individuo; en segundo lugar, refleja aspectos de la enfermedad que son importantes para el paciente; y, por último, evalúa la salud en distintos aspectos (físicos, mentales y sociales). Aunque, la evaluación del estado de salud se ha basado, de manera histórica, en la observación clínica, estudios bioquímicos y anatómicos, entre otros, la percepción que tienen los propios pacientes sobre su estado de salud ha sido una preocupación creciente en la práctica médica (1).

#### **2.2.2.4 Instrumento para medir calidad de vida**

**WHOQOL- BREF:** El World Health Organization Quality of Life 100 (WHOQOL-100, por sus siglas) es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida, diseñada por la OMS en su búsqueda por adoptar mediciones más holísticas (39).

El World Health Organization Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF, por sus siglas en inglés) es un instrumento genérico derivado del WHOQOL-100; consta de 26 preguntas, 2 de ellas son globales, y los 24 restantes generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones (39):

- A. Salud física:** Donde se considera la percepción del dolor y malestar, la energía para realizar tareas y fatiga, el sueño y el descanso.
- B. Salud psicológica:** Hace referencia a sensaciones positivas, evalúa el pensamiento, la memoria, el aprendizaje, la concentración, la autoestima, el autoconcepto de cuerpo y parecer. Del mismo modo, evalúa los sentimientos negativos, como la tristeza, la culpa, el desespero, el abatirse, el

nerviosismo, la ansiedad y la ausencia de placer en la vida.

**C. Relaciones sociales:** Integra las relaciones interpersonales, soporte social, actuación sexual en su grado de impulso, deseo y grado de manifestación y disfrute apropiado.

**D. Medio ambiente:** Integra aspectos relacionados al entorno y la interacción del sujeto con éste.

Ha sido utilizado ampliamente alrededor del mundo, en personas sanas y enfermas, debido a su excelente estructura conceptual, estructura operativa, desarrollo psicométrico, confiabilidad, y a su gran adaptación cultural y de lenguaje, al haber sido traducido a 19 idiomas. Evalúa las percepciones del sujeto en las dos semanas previas a su aplicación, y el puntaje obtenido ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida de un sujeto debido a la enfermedad, así como para establecer valores pronósticos de la enfermedad y para valorar algunas intervenciones. (39) (37)

Es de importancia resaltar que, a diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de la calidad de vida, que son empleados en el campo de la investigación clínica y epidemiológica, como el Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36), el WHOQOL-BREF no se enfoca en medir aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción del sujeto frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica. (39)

### **2.2.3 Enfermedades degenerativas**

Según el Instituto Nacional de Salud (INS), las enfermedades no transmisibles, o crónico degenerativas, "Son enfermedades para las cuales aún no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en tratamientos paliativos para mantener a la persona en un estado funcional, mediante el consumo constante de fármacos..." (3)

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (4), son un grupo de enfermedades cuya causa principal no es una infección aguda, caracterizadas por ser de larga duración y progresión generalmente lenta, producen una serie de alteraciones fisiopatológicas amplias, complejas, y profundas; por lo que generan, como resultado, consecuencias a largo plazo para la salud, requiriendo con frecuencia tratamiento y cuidados también a largo plazo.

Las enfermedades crónicas representan la principal causa de defunción y discapacidad en el mundo (4). Entre las enfermedades más reconocidas pertenecientes a este grupo se encuentran; las Neoplasias, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), osteoartritis, asma, hipertensión pulmonar, sarcopenia, enfermedades reumáticas (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, psoriasis, esclerodermia, espondilitis anquilosante, etc.) esclerosis múltiple, depresión, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, así como ciertas lesiones y trastornos de salud mental, entre otros (45).

### **2.2.3.1. Principales enfermedades degenerativas:**

- a. Diabetes mellitus:** Es un trastorno metabólico de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas caracterizados por hiperglucemia crónica, resulta de la coexistencia de defectos multiorgánicos que incluyen insulinoresistencia en el músculo y tejido adiposo, sumado a un progresivo deterioro de la función y la masa de células beta pancreáticas, secreción inadecuada de glucagón y el aumento de la producción hepática de glucosa (45).

Es responsable de producir aproximadamente 4.6 millones de defunciones al año.

Existen 3 tipos de Diabetes Mellitus: Tipo 1 o

Insulinodependiente (diabetes de comienzo juvenil); tipo 2 (diabetes del adulto o diabetes relacionada con la obesidad); y diabetes gestacional (ocurre durante el embarazo) (46).

– **Síntomas:** Dentro de los principales síntomas encontramos: Poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso sin razón aparente. Siendo frecuente también la fatiga y cambios en la agudeza visual.

Además, aunque con menor frecuencia, se presenta con: Vaginitis en mujeres, balanitis en hombres, glucosuria, amenorrea, aparición de impotencia en los hombres, dolor abdominal, hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca, úlceras o heridas que cicatrizan lentamente, astenia, cambios de ánimo, náuseas y vómitos y mal aliento (46)

**b. Hipertensión arterial:** Es una enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales; considerándose hipertensión arterial a valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o valor de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg. Ante la presencia de comorbilidades como diabetes o enfermedad renal crónica. Los valores límite de PA es de 130/80 mmHg (45)

La HTA representa uno de los factores de riesgos más fundamentales para padecer una enfermedad cardiovascular y falla renal; y se asocia a importantes daños de órganos blanco (corazón, riñones, vasos sanguíneos, órgano de la visión y encéfalo) (45)

Como medidas de prevención podemos: Control de peso, actividad física, evitar el sedentarismo, reducción del consumo de alcohol, reducción bebidas azucaradas, reducción del consumo de sal, ingestión adecuada de potasio, evitar el tabaquismo. (46)

### **c. Cáncer**

De acuerdo a la OMS es el término empleado para aludir a “un conjunto de enfermedades que se pueden originar en casi cualquier órgano o tejido del cuerpo cuando células anormales crecen de forma descontrolada, sobrepasan sus límites habituales e invaden partes adyacentes del cuerpo y/o se propagan a otros órganos” (47).

#### **- Tipos de Cáncer**

En los hombres los más comunes son: “pulmonar, prostático, colorrectal, estomacal y hepático”, y en mujeres los más comunes son el mamario, colorrectal, pulmonar, cervical y tiroideo (47).

#### **- Prevalencia**

La carga de morbilidad por cáncer sigue aumentando en todo el mundo, y ello genera una enorme tensión física, emocional y financiera para las familias, las comunidades y los sistemas de salud.

#### **- Tasa de supervivencia.**

En los países cuyos sistemas de salud son robustos, “las tasas de supervivencia para muchos tipos de cáncer están mejorando gracias al buen acceso a la detección precoz, el tratamiento de calidad y la atención de los supervivientes” (47).

### **d. Enfermedad cardiovascular**

Término amplio para problemas con el corazón y los vasos sanguíneos, se deben a menudo por la aterosclerosis o por la acumulación de grasa y colesterol en las paredes del vaso

sanguíneo (arteria). Esta acumulación se denomina placa; con el tiempo, la placa puede estrechar los vasos sanguíneos y causar problemas que se extiendan a todo el cuerpo (48).

### **Síntomas**

Varían entre los hombres y mujeres, pudiendo incluir: “dolor de pecho (angina de pecho), falta de aire, dolor, entumecimiento, debilidad o frío en las piernas o los brazos si se estrechan los vasos sanguíneos de las partes en el cuerpo; dolor en el cuello, la mandíbula, la garganta, abdomen superior o en la espalda” (49).

### **Factores de riesgo**

Pueden incluir: “edad, sexo, antecedentes familiares, el tabaquismo, la mala alimentación, la falta de actividad física, el consumo de alcohol, hipertensión, diabetes y obesidad (49).

### **Prevención**

Pueden ser prevenidas o tratadas manteniendo un estilo de vida saludable, chequeos continuos y detección temprana.

## **e. Obesidad**

La OMS la define como “la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 se considera sobrepeso, y superior a 30, obesidad” (50).

### **• Clasificación (50).:**

- Obesidad grado I. considerada cuando se tiene un rango de IMC es de 30 a 34.
- Obesidad grado II, considerada cuando se tiene un rango de IMC de 35 a 39.9.

- Obesidad grado III o mórbida. considerada cuando se tiene IMC de 40 a 49.9.

**f. Alzheimer**

Es un trastorno cerebral que destruye lentamente la memoria y la capacidad de pensar y, en un largo plazo, la habilidad de llevar a cabo las tareas más sencillas. En la mayoría de las personas con esta enfermedad, los síntomas aparecen por primera vez más tarde en la vida y el principal síntoma es el deterioro cognitivo progresivo de la memoria.

La enfermedad de Alzheimer es común, suele ser hereditaria y suele afectar a personas de edad avanzada, aunque se han registrado casos en personas menores de 40 años. El paciente sufre episodios crecientes de desorientación (51).

Inicialmente el daño ocurre en el hipocampo y la corteza entorrinal y, a medida que mueren más neuronas, otras partes del cerebro resultan afectadas y comienzan a encogerse. En la etapa final de la enfermedad de Alzheimer, el daño es extenso y el tejido cerebral se ha reducido considerablemente (52).

**g. Osteoartritis o artrosis**

Esta enfermedad consiste en pequeñas lesiones en las articulaciones las cuales provocan dolor, rigidez, hipersensibilidad, dificultades de movilidad y un sonido crepitante (producido por la fricción de los tejidos), Esto conduce a la atrofia de las articulaciones y al dolor, lo que puede provocar una discapacidad permanente.

La artrosis, también llamada osteoartritis, es la forma más común de artritis. Esta enfermedad degenerativa se caracteriza por la degeneración progresiva del cartílago en todas las articulaciones.

Enfermedad que es común entre los 50 y los 70 años, aunque puede aparecer en cualquier edad. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Dentro de las enfermedades degenerativas, la artrosis suele ser hereditaria, pero la obesidad, las lesiones o el uso excesivo de las articulaciones pueden provocarla.

#### **h. Esclerosis Múltiple**

La esclerosis múltiple es una de las enfermedades degenerativas crónicas en la que el sistema inmunitario del cuerpo se ataca a sí mismo por error. Esto se conoce como respuesta autoinmune.

En la EM, el sistema inmunitario ataca y daña el material graso (mielina) que aísla los nervios de tu sistema nervioso central (el cerebro, la médula espinal y los nervios ópticos). Esto se conoce como desmielinización. La mielina sana actúa como la cubierta de un cable eléctrico. Protege tus fibras nerviosas y les permite transmitir impulsos (mensajes) de forma rápida y eficaz.

Por otro lado, la desmielinización provoca inflamación y cicatrices (esclerosis múltiple significa «muchas cicatrices»). La formación de estas cicatrices, conocidas como placas o lesiones, afecta a la capacidad de tus nervios para transmitir mensajes entre el cerebro y otras partes del cuerpo.

#### **i. Parkinson**

La enfermedad de Parkinson es una de las enfermedades degenerativas que afecta al control de los movimientos corporales de una persona. Se cree que la enfermedad puede ser genética en un porcentaje muy pequeño de casos.

La enfermedad de Parkinson se clasifica como una de las

enfermedades neurológicas degenerativas y es progresiva. Los síntomas de la enfermedad están causados por la degeneración progresiva de las células nerviosas de la zona media del cerebro. Esto provoca una falta de dopamina, un mensajero químico (neurotransmisor) necesario para los movimientos suaves y controlados.

Los síntomas del Parkinson aparecen cuando alrededor del 70% de las células productoras de dopamina dejaron de funcionar normalmente. Los síntomas de esta enfermedad solo son controlados, con una combinación de medicación y apoyo multidisciplinar (equipo de profesionales sanitarios aliados) y cirugía de estimulación cerebral profunda para algunas personas (53).

#### **j. Osteoporosis**

La osteoporosis es la disminución progresiva de la masa ósea y la consiguiente debilidad de los huesos. Es más frecuente en mujeres, esta debilidad ósea es causa de una mayor porosidad en los huesos, causada a su vez por una carencia de vitamina D (54).

La pérdida del tejido óseo normal conlleva una disminución de la resistencia del hueso frente a los traumatismos o la carga, con la consiguiente aparición de fracturas porque los huesos se vuelven más porosos, aumentando el número y la amplitud de las celdillas que existen en su interior (55).

### **2.3 Definición de Términos**

- a. **Apoyo:** Ayuda psicológica, física y financiera que proveen familiares, amigos, vecinos y miembros de la comunidad en momentos de necesidad como es en la enfermedad (56).
- b. **Arequipa:** Ciudad peruana y un área metropolitana, capital de la provincia homónima y del departamento de Arequipa, es considerada la «Capital Jurídica del Perú» y la «Sede Oficial del Tribunal Constitucional» desde 1979 (57).

- c. **Atención:** Prestación de servicios de salud de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico o rehabilitador que tiene por objetivo promover, mantener o restablecer la salud de las personas (58).
- d. **Autocuidado:** Son aquellas acciones que velan por el bienestar de la salud física y mental, son tareas y hábitos que incluimos en nuestra rutina diaria y que nos ayudan a garantizar una mejor calidad de vida (59).
- e. **Bienestar físico:** Hace referencia al correcto funcionamiento de los diferentes órganos del cuerpo humano, dando una adecuada respuesta a las necesidades básicas del organismo (60).
- f. **Bienestar psicológico:** Constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social (60).
- g. **Calidad de vida relacionada a la salud:** Hace referencia al aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y el impacto que éste tiene sobre los diversos dominios de su vida (61).
- h. **Calidad de vida:** Es la percepción que tiene la persona sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus metas, objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes físico, psicológico y social (61).
- i. **Enfermedad:** Estado producido en un ser vivo la cual altera la función de uno de sus órganos o de todo el organismo (62).
- j. **Enfermedades crónicas:** Procesos patológicos de evolución prolongada que no se resuelven espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, además, generan una gran carga social en distintos ámbitos. (63).
- k. **Enfermedades degenerativas:** Son aquellas enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta, que van degradando física y/o mentalmente a quienes las padecen, provocan un desequilibrio y afectan a

los órganos y tejidos (61).

- l. **Entorno:** Conjunto de factores sociales, culturales, morales, económico, etc., que rodean a una persona e influyen en su desarrollo (64).
- m. **Estado de salud:** Condiciones médicas (salud física y mental) de un individuo, la cual ayuda a conocer la situación de una persona, es decir, si padece de una enfermedad o no (65).
- n. **Estilo de vida:** Forma 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 (66).
- o. **Micro red de salud:** Conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, facilita la organización de la prestación de servicios de salud (67).
- p. **Paciente:** Persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales para la mejoría de su salud (68).
- q. **Percepción:** Conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro entorno, nuestras acciones, y nuestros propios estados internos (64).
- r. **Relaciones sociales:** Es el conjunto de interacciones que realiza un sujeto con otros que forman parte de su entorno, es parte del día a día y son importantes para fortalecer el desarrollo personal (64).
- s. **Salud:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (69).
- t. **Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (61).
- u. **WHOQOL-BREF:** World Health Organization Quality of Life, versión corta, por sus siglas en inglés. Es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida, diseñada por la OMS (47).

- v. **Zamacola:** Es un centro poblado ubicado dentro del distrito de Cerro Colorado, provincia de Arequipa, en la región de Arequipa (70).

## **2.4 Formulación de Hipótesis**

### **Hipótesis general**

**H<sub>1</sub>:** Existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.

**H<sub>0</sub>:** No existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz –Zamacola, Arequipa.

## **2.5 Identificación de Variables**

El siguiente estudio tiene como variables:

V1: Calidad de vida

V2: Enfermedades degenerativas

## **Operacionalización de variables**

### Variable 1: Calidad de vida

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valoración
<b>Calidad de Vida</b>	Es la percepción que tiene la persona sobre su posición en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus metas, objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes físico, psicológico y social	Valor subjetivo que atribuye la persona en relación a sus dimensiones físicas, psicológicas, de relaciones sociales y ambiente, expresada en el cuestionario WHOQOL-BREF.	<b>E.</b> Salud física	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividades de la vida diaria</li> <li>- Dependencia de medicamentos y ayuda médica</li> <li>- Energía y fatiga</li> <li>- Movilidad</li> <li>- Dolor y disconformidad</li> <li>- Sueño y descanso</li> <li>- Capacidad de trabajo</li> </ul>	<p>Q3 del cuestionario Whoqol-Bref Q4 del cuestionario Whoqol-Bref</p> <p>Q10 del cuestionario Whoqol-Bref Q15 del cuestionario Whoqol-Bref Q16 del cuestionario Whoqol-Bref Q17 del cuestionario Whoqol-Bref Q18 del cuestionario Whoqol-Bref</p>	<b>Variable</b> Cualitativo  <b>Escala</b> Ordinal
			<b>F.</b> Salud psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagen y apariencia física</li> <li>- Sentimientos negativos</li> <li>- Sentimientos positivos</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Creencias personales, religiosas y espirituales</li> <li>- Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración</li> </ul>	<p>Q5 del cuestionario Whoqol-Bref Q6 del cuestionario Whoqol-Bref Q7 del cuestionario Whoqol-Bref Q11 del cuestionario Whoqol-Bref Q19 del cuestionario Whoqol-Bref</p> <p>Q26 del cuestionario Whoqol-Bref</p>	
			<b>G.</b> Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones personales</li> <li>- Apoyo social</li> <li>- Actividad sexual</li> </ul>	<p>Q20 del cuestionario Whoqol-Bref Q21 del cuestionario Whoqol-Bref Q22 del cuestionario Whoqol-Bref</p>	

			<p><b>H.</b> Entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recursos económicos</li> <li>- Libertad y seguridad física</li> <li>- Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales</li> <li>- Entorno en el hogar</li> <li>- Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades</li> <li>- Participación y oportunidades de recreación y ocio</li> <li>- Entorno físico (Polución, ruido, tráfico, clima)</li> <li>- Transporte</li> </ul>	<p>Q8 del cuestionario Whoqol-Bref  Q9 del cuestionario Whoqol-Bref  Q12 del cuestionario Whoqol-Bref  Q13 del cuestionario Whoqol-Bref  Q14 del cuestionario Whoqol-Bref  Q23 del cuestionario Whoqol-Bref  Q24 del cuestionario Whoqol-Bref  Q25 del cuestionario Whoqol-Bref</p>	
--	--	--	--	---	--

**Variable 2: Enfermedades degenerativas**

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de valoración</b>
<b>Enfermedades degenerativas</b>	Afecciones de larga duración y progresión generalmente lenta, durante la cual tiene lugar un proceso continuo basado en cambios degenerativos en las células, en el cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo.	Proceso mediante el cual se mide la variable de estudio a través del instrumento denominado guía de análisis documental.	<b>I.</b> Hipertensión Arterial <b>J.</b> Diabetes Mellitus <b>K.</b> Cáncer <b>L.</b> Enfermedades cardiovasculares <b>M.</b> Obesidad	<b>N.</b> DM tipo I <b>O.</b> DM tipo II  <b>P.</b> Obesidad grado I <b>Q.</b> Obesidad grado II <b>R.</b> Obesidad grado III o mórbida	<b>S.</b> Diagnóstico de hipertensión arterial en Historia Clínica.  <b>T.</b> Diagnóstico de Diabetes mellitus en Historia clínica.  <b>U.</b> Diagnóstico de Cáncer en Historia clínica.  <b>V.</b> Diagnóstico de Enfermedades cardiovasculares en Historia clínica.  <b>W.</b> Diagnóstico de Obesidad en Historia clínica  <b>X.</b> Diagnóstico de una o más enfermedades degenerativas en Historia clínica.	<b>Variable</b> Cualitativo  <b>Escala</b> Nominal

## **Capítulo III**

### **Metodología de la Investigación**

#### **3.1. Tipo de Investigación**

La presente investigación fue de tipo aplicada, porque buscó generar conocimientos que puedan ser utilizado a mediano plazo en la mejora de la calidad de vida de las personas, especialmente aquellas con enfermedades degenerativas. Su propósito fue utilizar y aplicar a la realidad los conocimientos adquiridos. (71)

#### **3.2. Nivel de Investigación**

La presente investigación correspondió al nivel correlacional (72), puesto a que se pretendió determinar la asociación que existe entre ambas variables (calidad de vida y enfermedades degenerativas)

#### **3.3. Método de Investigación**

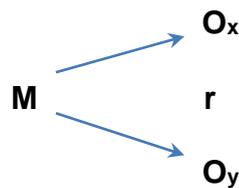
Deductivo: porque va de lo general a lo particular (73) Hipotético-deductivo: constituyó una mezcla o combinación del método inductivo y el deductivo. Se realizaron deducciones de la teoría, las cuales son corroboradas, o no, mediante la observación de la realidad (73) (74).

Inductivo: porque partió de los fenómenos específicos, los cuales permitieron obtener información sobre la calidad de vida asociada a las enfermedades degenerativas (73).

### 3.4. Diseño de Investigación

Se aplicó el diseño no experimental - transeccional o transversal - diseño de tipo Correlacional.

Cuyo esquema es el siguiente:



**Dónde:**

**M:** Pacientes de la micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.

**Ox:** Calidad de vida

**Oy:** Enfermedades degenerativas

**r:** Representa la asociación entre las variables observadas.

### 3.5. Población, Muestra y Muestreo

**Población:** La población estuvo constituida por todos los pacientes de la micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa, que hayan acudido por consulta durante los meses de enero a junio del 2022 siendo 126.

**Muestra:** La muestra estuvo conformada por los pacientes de la micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa, que acudieron por consulta durante los meses de enero a junio del 2022, siendo un total de 95 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, aplicando la fórmula para muestra finita.

$$n = \frac{Z^2 N \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = tamaño de la muestra que se desea saber

Z = nivel de confianza (95%= 1.96)

N = representa el tamaño de la población= 126

p = probabilidad a favor (0.5)

q = probabilidad en contra (0.5) E = error de estimación (0.05)

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 126 \times 0.5 \times 0.5}{(126 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \cdot 0.5 \times 0.5}$$

**n = 95**

**Muestreo:** El muestreo usado fue no probabilístico, de tipo intencional o criterial<sup>19</sup> siendo un total de 95 pacientes.

Criterios de Inclusión:

- Edad mayor a 30 años
- Pacientes con residencia en Zamacola
- Pacientes con presencia de alguna enfermedad degenerativa

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con enfermedad invalidante
- Pacientes que se encuentren hospitalizados

### **3.6. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos**

Para obtener información sobre la variable “calidad de vida”, la técnica que se uso fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS. Dicho instrumento se encuentra validado a nivel internacional, con su correspondiente traducción al español, lo que permitió su uso a nivel local.

Para la variable “enfermedades degenerativas”, la técnica que se usó fue de observación (no participativa) y el instrumento fue una guía de análisis documental.

### **3.7. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos**

**De la estadística descriptiva:** Se utilizó técnicas para resumir y describir datos cuantitativos; y, de este modo, presentar en forma ordenada el análisis de las variables.

Tablas de frecuencia simple, cuadros de doble entrada o de contingencia y los diagramas de barras simple.

**De la estadística inferencial:**

Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado con un intervalo de confianza de 95%.

**Programas estadísticos:**

Se usaron los siguientes softwares; SPSS v. 24, Excel - 2016, que permitieron procesar datos obtenidos con el instrumento de recolección.

### **3.8. Descripción de la Prueba de Hipótesis**

Se aplicó la prueba de Chi Cuadrada la cual se efectuó para contrastar la hipótesis nula de no-existencia de diferencias significativas entre las medias de dos variables (X e Y). La aplicación de la prueba exige la categorización de variables en cualitativas. Si el p-valor (sig. bilateral) asociado al estadístico de contraste es mayor que  $\alpha$ , se aceptará la hipótesis nula. Por el contrario, si el p-valor es menor que  $\alpha$ , se aceptará la hipótesis alternativa de diferencias significativas entre las medias de ambas variables, al nivel de significación  $\alpha$ .

## **Capítulo IV**

### **Presentación de resultados**

#### **4.1 Presentación e interpretación de datos**

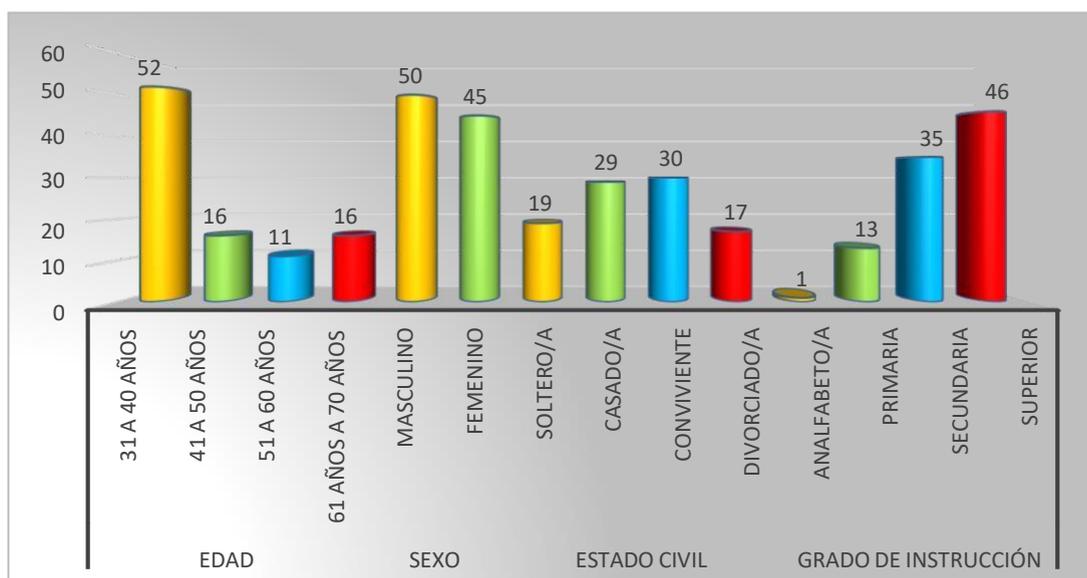
Para tener fiabilidad en los cálculos de los resultados, se procesó los datos con el programa estadístico IBM SPSS Vers. 26.0 y Microsoft Office-Excel 2019. Se empleó la técnica de la estadística descriptiva simple, análisis univariado. Para la estadística inferencial se empleó la Chi Cuadrada. Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas

**Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa 2022.**

Características sociodemográficas		f	%
Edad	31 a 40 años	52	54.70
	41 a 50 años	16	16.80
	51 a 60 años	11	11.60
	61 años a 70 años	16	16.80
Sexo	Masculino	50	52.60
	Femenino	45	47.40
Estado civil	Soltero/a	19	20.00
	Casado/a	29	30.50
	Conviviente	30	31.60
	Divorciado/a	17	17.90
Grado de instrucción	Analfabeto/a	1	1.10
	Primaria	13	13.70
	Secundaria	35	36.80
	Superior	46	48.40
Total		95	100.00

Fuente: Guía de análisis documental.

Figura 1.



Fuente: Tabla 1.

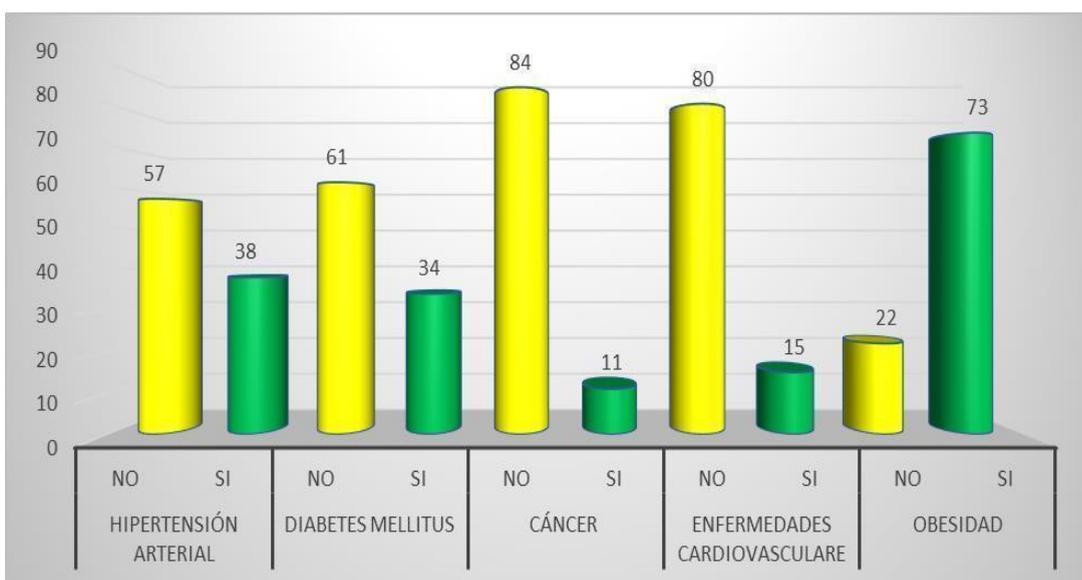
De la tabla y figura 1 se muestra 54.70% (52) entre 31 a 41 años, en menor frecuencia 11.60% (11) entre 51 a 60 años, se muestra mayor porcentaje del sexo masculino 52.60% (50) y 47.40% (45) mujeres; respecto a estado civil mayor frecuencia de convivientes 31.60% (30) y en menor frecuencia 17.90% (17) divorciado/a y por último mayor frecuencia respecto a grado de instrucción 48.40% (48) superior y en menor frecuencia 1.10% (1) analfabeto/a.

**Tabla 2. Enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.**

Enfermedades degenerativas		f	%
Hipertensión arterial	No	57	60.00
	Si	38	40.00
Diabetes Mellitus	No	61	64.20
	Si	34	35.80
Cáncer	No	84	88.40
	Si	11	11.60
Enfermedades cardiovasculares	No	80	84.20
	Si	15	15.80
Obesidad	No	22	23.20
	Si	73	76.80
Total		95	100.00

Fuente: Instrumentos de recolección de datos denominados cuestionario WHOQOL-BREF y guía de análisis documental.

Figura 2.



Fuente: Tabla 2.

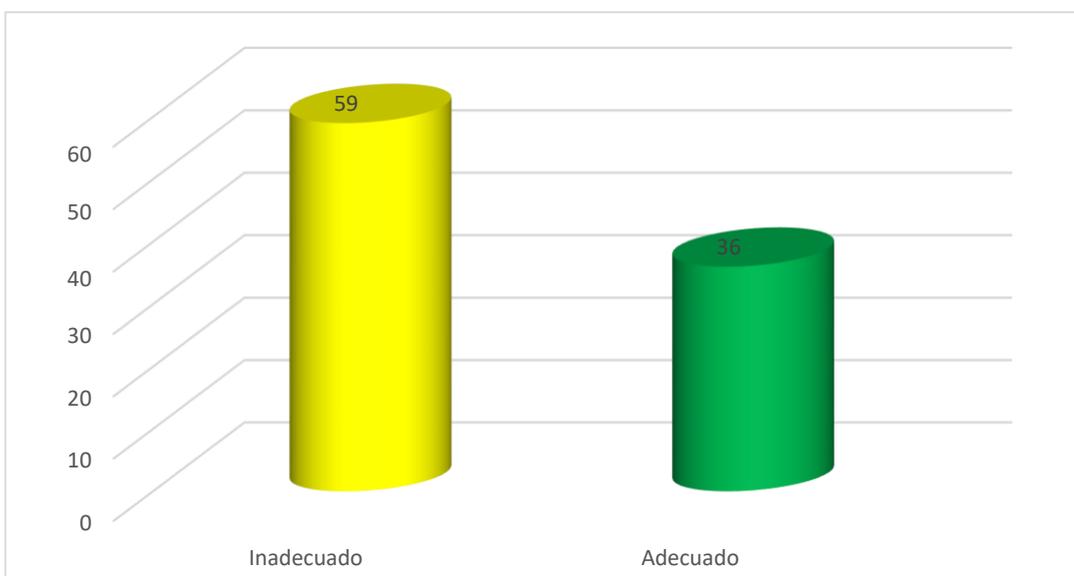
De la tabla y figura 2, se evidencia 60% (57) pacientes sin hipertensión arterial (HTA) y 40% (38) con HTA; 64.20% (61) no tienen diabetes mellitus (DM) y 35.80% (34) con DM; 88.40% (84) no tienen cáncer y 11.60% con cáncer; 84.20% (80) no tienen enfermedades cardiovasculares y 15.80% (15) con enfermedades cardiovasculares; 76.80% (73) con obesidad y 23.20% (22) sin obesidad.

**Tabla 3. Calidad de vida de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.**

Calidad de vida	f	%
Inadecuado	59	62.10
Adecuado	36	37.90
Total	95	100.00

Fuente: Instrumentos de recolección de datos denominados cuestionario WHOQOL-BREF y guía de análisis documental.

**Figura 3.**



Fuente: Tabla 3.

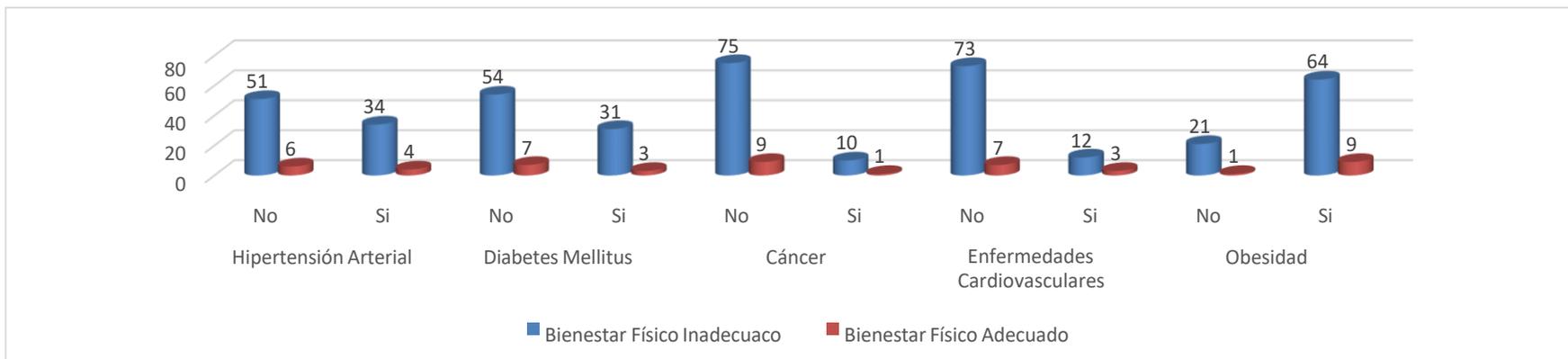
De la tabla y figura 3, se evidencia 62.10% (59) pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa que tienen una calidad de vida inadecuado; en tanto 37.90% (36) tienen una calidad de vida adecuado.

**Tabla 4. Asociación entre el bienestar físico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.**

		Hipertensión Arterial				Diabetes Mellitus				Cáncer				Enfermedades Cardiovasculares				Obesidad				Total	%
		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Bienestar físico	Inadecuado	51	53.68	34	35.79	54	56.84	31	32.63	75	78.95	10	10.53	73	76.84	12	12.63	21	22.11	64	67.37	85	89.47
	Adecuado	6	6.32	4	4.21	7	7.37	3	3.16	9	9.47	1	1.05	7	7.37	3	3.16	1	1.05	9	9.47	10	10.53
Total		57	60.00	38	40.00	61	64.21	34	35.79	84	88.42	11	11.58	80	84.21	15	15.79	22	23.16	73	76.84	95	100.00

Fuente: Fuente: Instrumentos de recolección de datos denominados cuestionario WHOQOL-BREF y guía de análisis documental.

Figura 4.



Fuente: Tabla 4.

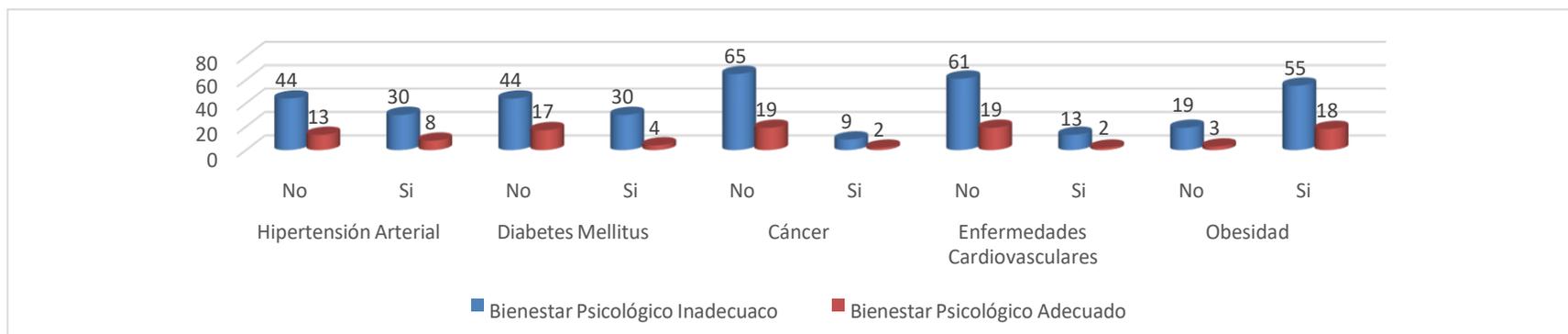
De la tabla y figura 4, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera un bienestar físico inadecuado es la obesidad con 67.37% (64); seguida de hipertensión arterial con 35.79% (34) y como menor frecuencia el cáncer con 10.53% (10) pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con bienestar físico adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 9.47% (09); seguida de pacientes con hipertensión arterial 4.21% (04); y la de menor frecuencia pacientes con cáncer con 1.05% (01).

**Tabla 5. Asociación entre el bienestar psicológico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.**

		Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Cáncer		Enfermedades Cardiovasculares		Obesidad		Total	%										
		No		Si		No		Si		No				Si									
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			f	%								
Bienestar psicológico	Inadecuado	44	46.32	30	31.58	44	46.32	30	31.58	65	68.42	9	9.47	61	64.21	13	13.68	19	20.00	55	57.89	74	77.89
	Adecuado	13	13.68	8	8.42	17	17.89	4	4.21	19	20.00	2	2.11	19	20.00	2	2.11	3	3.16	18	18.95	21	22.11
Total		57	60.00	38	40.00	61	64.21	34	35.79	84	88.42	11	11.58	80	84.21	15	15.79	22	23.16	73	76.84	95	100.00

Fuente: Fuente: Instrumentos de recolección de datos denominados cuestionario WHOQOL-BREF y guía de análisis documental.

Figura 5.



Fuente: Tabla 5.

De la tabla y figura 5, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera un bienestar psicológico inadecuado

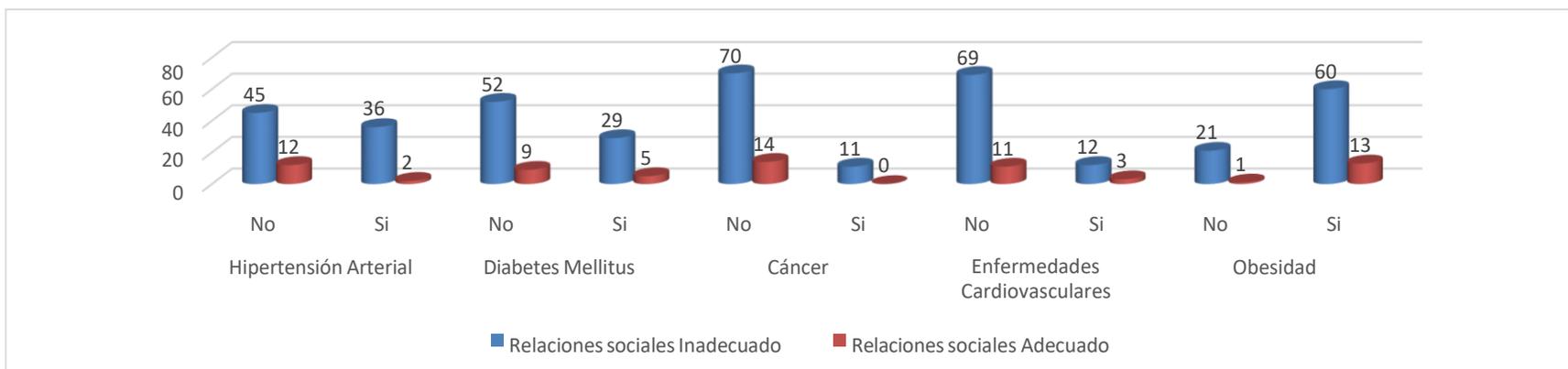
es la obesidad con 57.89% (55); seguida de hipertensión arterial y diabetes mellitus con 31.58% (30) y como menor frecuencia el cáncer con 9.47% (09) pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con bienestar psicológico adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 18.95% (18); seguida de pacientes con hipertensión arterial 8.42% (08); y la de menor frecuencia pacientes con cáncer y enfermedades cardiovasculares con 2.11% (02).

**Tabla 6. Asociación entre las relaciones sociales y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.**

		Hipertensión Arterial				Diabetes Mellitus				Cáncer				Enfermedades Cardiovasculares				Obesidad				Total	%
		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Relaciones sociales	Inadecuado	45	47.37	36	37.89	52	54.74	29	30.53	70	73.68	11	11.58	69	72.63	12	12.63	21	22.11	60	63.16	81	85.26
	Adecuado	12	12.63	2	2.11	9	9.47	5	5.26	14	14.74	0	0.00	11	11.58	3	3.16	1	1.05	13	13.68	14	14.74
Total		57	60.00	38	40.00	61	64.21	34	35.79	84	88.42	11	11.58	80	84.21	15	15.79	22	23.16	73	76.84	95	100.00

Fuente: Fuente: Instrumentos de recolección de datos denominados cuestionario WHOQOL-BREF y guía de análisis documental.

Figura 6.



Fuente: Tabla 6.

De la tabla y figura 6, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera relaciones sociales inadecuado es la

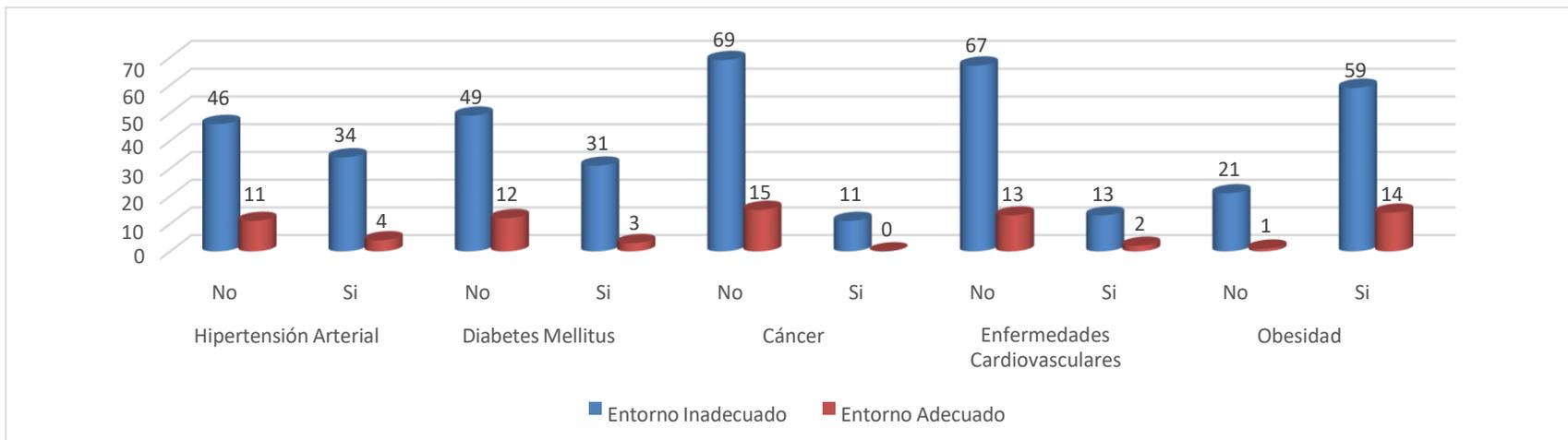
obesidad con 63.16% (60); seguida de hipertensión arterial con 37.89% (36) y como menor frecuencia el cáncer con 11.58% (11) pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con relaciones sociales adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 13.68% (14); seguida de pacientes con diabetes mellitus 5.26% (05); y la de menor frecuencia pacientes con hipertensión arterial con 2.11% (02).

**Tabla 7. Asociación entre el entorno y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.**

		Hipertensión Arterial				Diabetes Mellitus				Cáncer				Enfermedades Cardiovasculares				Obesidad				Total	%
		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Entorno	Inadecuado	46	48.42	34	35.79	49	51.58	31	32.63	69	72.63	11	11.58	67	70.53	13	13.68	21	22.11	59	62.11	80	84.21
	Adecuado	11	11.58	4	4.21	12	12.63	3	3.16	15	15.79	0	0.00	13	13.68	2	2.11	1	1.05	14	14.74	15	15.79
Total		57	60.00	38	40.00	61	64.21	34	35.79	84	88.42	11	11.58	80	84.21	15	15.79	22	23.16	73	76.84	95	100.00

Fuente: Instrumentos de recolección de datos denominados cuestionario WHOQOL-BREF y guía de análisis documental.

Figura 7.



Fuente: Tabla 7.

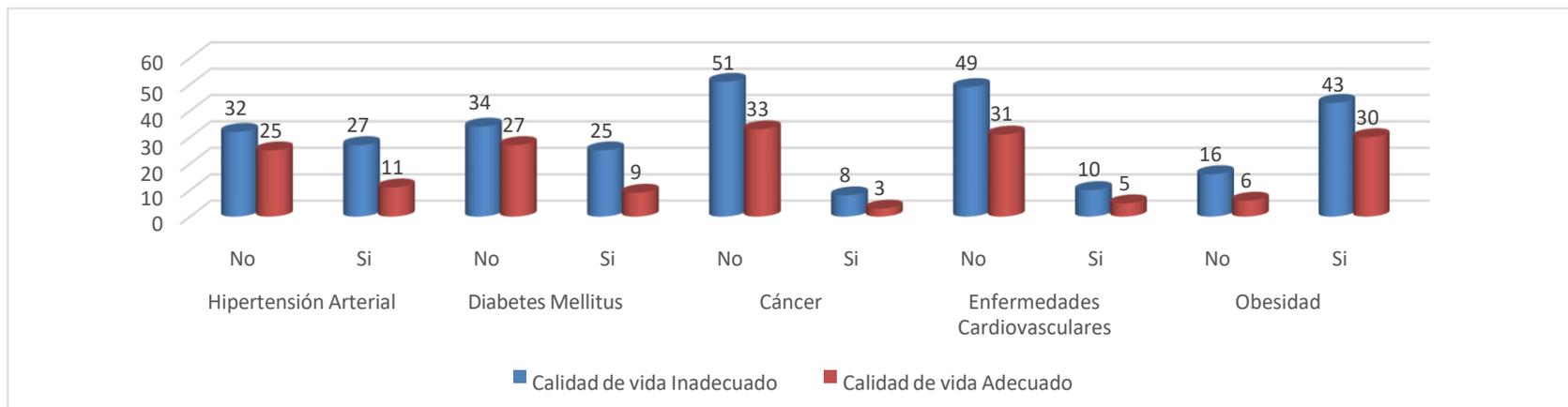
De la tabla y figura 7, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera un entorno inadecuado es la obesidad con 62.11% (59); seguida de hipertensión arterial con 35.79% (34) y como menor frecuencia el cáncer con 11.58% (11) pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con entorno adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 14.74% (14); seguida de pacientes con hipertensión arterial 4.21% (04); y la de menor frecuencia pacientes con enfermedades cardiovasculares con 2.11% (02).

**Tabla 8. Asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.**

		Hipertensión Arterial				Diabetes Mellitus				Cáncer				Enfermedades Cardiovasculares				Obesidad				Total	%
		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si		No		Si			
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Calidad de vida	Inadecuado	32	33.68	27	28.42	34	35.79	25	26.32	51	53.68	8	8.42	49	51.58	10	10.53	16	16.84	43	45.26	59	62.11
	Adecuado	25	26.32	11	11.58	27	28.42	9	9.47	33	34.74	3	3.16	31	32.63	5	5.26	6	6.32	30	31.58	36	37.89
Total		57	60.00	38	40.00	61	64.21	34	35.79	84	88.42	11	11.58	80	84.21	15	15.79	22	23.16	73	76.84	95	100.00

Fuente: Instrumentos de recolección de datos denominados cuestionario WHOQOL-BREF y guía de análisis documental.

Figura 8.



Fuente: Tabla 8.

De la tabla y figura 8, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera una calidad de vida inadecuado es la

obesidad con 45.26% (43); seguida de hipertensión arterial con 28.42% (27) y como menor frecuencia el cáncer con 8.42% (08) pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con calidad de vida adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 31.58% (30); seguida de pacientes con hipertensión arterial 11.58% (11); y la de menor frecuencia pacientes con cáncer con 3.16% (03).

## 4.2 Discusión de resultados

El modelo bio-psico-social planteada por George Engel citado por Portal (29) menciona que la salud-enfermedad es un proceso continuo y dinámico, donde interactúan mente-cuerpo-contexto social; generando la siguiente conclusión de la teoría que establece que la afectación biológica puede alterar aspectos psicológicos, y las condiciones psicológicas pueden desarrollar o mantener una enfermedad. Hecho que el autor concuerda pues los resultados de la presente tesis dividen dos grupos de pacientes con enfermedades degenerativas de los cuales un grupo tiene una calidad de vida inadecuada y otro grupo que también tiene la enfermedad degenerativa posee una calidad de vida adecuada, reforzando con hechos que la psicología puede mantener una enfermedad. Reforzada por Pascual, y Caballo (12) quienes proponen que las variables psicológicas juegan un papel importante en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

Para el presente estudio se empleó el instrumento WHOQOL \_ BREF para medir la variable calidad de vida en pacientes con enfermedades degenerativas, la cual es reafirmada por Castillo, et al. (23) quienes expresan que el instrumento WHOQOL \_ BREF permite medir idóneamente la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. Evidenciando su uso idóneo en el presente estudio.

Ya ingresando a los resultados obtenidos podemos mencionar datos como la edad, siendo la más frecuente las edades entre los 41-50 y 61 a 70 años; en su mayoría del sexo masculino, con estado civil de conviviente y grado de instrucción de superior. A diferencia de lo hallado por Aguilar, Rivera, González, Juárez, Ponce y Landeros (20) quienes hallaron que la media de su muestra de estudio estaba entre los 72.2 años y con predominancia del sexo femenino, no teniendo referencia a estudios que hablen del grado de instrucción y estado civil, pero pudiendo mencionar que estos dos aspectos pueden intervenir en las medidas de la calidad de vida del paciente con enfermedades degenerativas, por el apoyo emocional de la pareja y nivel de conocimiento adquirido para ejercer mejor el proceso de autocuidado.

En referencia a la obesidad es la enfermedad degenerativa más frecuente, seguida de la hipertensión y con menor frecuencia el cáncer. Aunque en los diferentes estudios consignados como antecedentes no abordan explícitamente la frecuencia de enfermedades degenerativas, pero si hablan sobre las enfermedades degenerativas consignadas en el presente estudio respecto a la calidad de vida, es así que Portal (29) menciona que la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida, es baja y dentro del dominio de calidad de vida con mayor deficiencia, se encuentra la salud física. Coincidiendo con el autor pues en dicha dimensión la mayor frecuencia de pacientes con calidad de vida inadecuada es la obesidad.

En el segundo resultado se muestra que la mayor frecuencia de pacientes con enfermedades degenerativas presenta calidad de vida inadecuado seguida de un porcentaje menor con calidad de vida adecuado. Concluyendo que las enfermedades degenerativas mellan la calidad de vida de las personas que la padecen. Coligiendo con Vásquez y Horta (10), quienes expresan que existe gran efecto negativo de las enfermedades crónicas sobre la calidad de vida, percepción de salud y de la enfermedad en personas adulto mayores. Reafirmado por Aguilar et al. (20) quienes mencionan que la calidad de vida fue moderada en pacientes con enfermedades crónicas predominando pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, afectando principalmente la autonomía e intimidad. Algo con lo que el autor esta de acuerdo pues las enfermedades degenerativas que tienen mayor frecuencia de calidad de vida inadecuada también se encuentran la diabetes mellitus e hipertensión arterial. Así mismo, López, Cifuentes, y Sánchez (21) van más allá de nuestros resultados pues plantean que pese a expresar los pacientes con diabetes mellitus en percibir su calidad de vida y estado de salud como buena; una gran mayoría reporta baja calidad de vida a su entorno y médico tratante. Coincidiendo con Candiotti (31) quien expresa que la mayoría de los adultos mayores tienen una autopercepción medianamente favorable de su calidad de vida, seguida por un porcentaje significativo que tiene una Autopercepción favorable superficial. Y por último lo contrasta Núñez (27) mencionando que el adulto jubilado y enfermo, viven su vejez con situaciones

de culpabilidad, tristeza, desesperanza, miedo y pena, sentimientos que mella su calidad de vida por padecer enfermedades degenerativas. Contradiendo a los estudios precedidos Reséndiz et al. (11), pues menciona que existen niveles altos de espiritualidad y una calidad de vida positiva en la mayoría de pacientes con enfermedades degenerativas.

En nuestros resultados por dimensión se evidenciaron que en cada dimensión como física, psicológico, social y entorno existen gran cantidad de pacientes que son afectados en su calidad de vida y esta se torna inadecuada. Coincidiendo con Segura (22) quién afirma que las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, perciben que su calidad de vida se encuentra afectada negativamente, tanto en la dimensión física, como en la psicológica y social; y, en menor grado, en la dimensión espiritual. Debiendo el autor manifestar que, pese a no haber realizado un estudio sobre la dimensión espiritual, éste concuerda con lo mencionado por el autor que abordó dicha dimensión pues el ser humano es un ente completo donde se incorpora el espíritu.

Ya como proceso final contamos con dos autores que expresan como Garrido (1) que las peores valoraciones de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedades degenerativas se dan más en mujeres mayores de 65 años contrariamente de lo que sucede en los varones de la misma edad. Y Escajadillo, et al. (28) expresan que la calidad de vida de los deportistas con discapacidad es alta, según la escala SF-36, mientras que es menor en el grupo con antecedente de participación en una competencia de alto nivel. Ambos autores abordaron aspectos que el autor de la presente tesis no realizó, sin embargo, no deja de ser muy importante pues contextualiza hechos que incremental el aporte científico de lo estudiado, pues evidencia que las mujeres serían las más afectadas en su calidad de vida y en personas con discapacidad al ser sometidos a situaciones de alto rendimiento les genera una disminución en su percepción de calidad de vida. Reafirmando estos datos la teoría de George Engel citado por Portal (29), donde afirma que lo biológico puede alterar aspectos psicológicos, y las condiciones psicológicas pueden desarrollar o mantener una enfermedad. Explicando la teoría, se puede

expresar que la biología entre el varón y la mujer es diferente, por ende, tendrá diferentes efectos al ser puesta en condiciones de enfermedad y la psicología afecta a las personas con discapacidad al ser sometidos a situaciones de alto rendimiento generando afectación psicológica sobre su discapacidad. Hecho que sin duda se da en el padecimiento de enfermedades degenerativas.

### 4.3 Proceso de prueba de hipótesis

#### Significación estadística de la prueba de Chi Cuadrado Global:

##### Hipótesis Alterna (Ha):

Existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.

##### Hi: $r < 0$ La relación es significativa

##### Hipótesis Nula (Ho):

No existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.

##### Hi: $r \geq 0$ La relación no es significativa

Nivel de significancia ( $\alpha$ ) y nivel de confianza (Y)

$$(\alpha) = 0,05 (5\%); \quad (Y) = 0,95 (95\%)$$

#### Función o estadística de prueba

Dado que las variables calidad de vida con categorías adecuado e inadecuado y la variable enfermedades degenerativas con categorías si y no son categorías cualitativas y la muestra de estudio fue de 95 pacientes; la estadística para probar la hipótesis nula es la función Chi Cuadrado.

#### Formula de la Chi Cuadrado

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim X^2 (F-1)(C-1)$$

La función  $X^2$  tiene distribución Chi cuadrada con  $(F-1)*(C-1)$  grados de libertad.

Aquí  $O_{ij}$  es la frecuencia observada de la celda (i, j) correspondiente a la categoría “i” de la variable fila (**calidad de vida**) y categoría “j” de la variable columna (**enfermedades degenerativas**);  $e_{ij}$  es la frecuencia esperada

correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas  $e_{ij}$  se obtiene con la fórmula siguiente:

$$E_{ij} = (\text{Total fila } i) * (\text{Total columna } j)$$

Número total de datos

Por tanto, la función Chi cuadrada toma la forma

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim X^2(1)$$

La función  $X^2$  tiene distribución Chi cuadrada con 02 grados de libertad.

**Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:**

Como la hipótesis alternativa es unilateral derecha y  $(\alpha) = 0,05$  (5%) entonces el valor tabulado (VT) de la función de la Chi cuadrado es VT=3.8415; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alterna si  $VC > VT$ .

**Valor calculado**

El valor calculado (VC) de la prueba de Chi cuadrada se obtiene en:

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.154 <sup>a</sup>	1	.014		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4.567	1	.021		
Razón de verosimilitud	4.189	1	.014		
Prueba exacta de Fisher				.020	.010
Asociación lineal por lineal	4.132	1	.014		
N de casos válidos	95				
a. 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

Fuente: Base de datos del SPSS.

El valor calculado de la Chi Cuadrada es VC=4,154

### Decisión estadística:

El VC es mayor que VT; es decir, 4.154 es mayor que 3,8415 ; se acepta la hipótesis alterna rechazando la hipótesis nula, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio son dependientes; vale decir, que existe evidencia significativa suficiente para afirmar que la **calidad de vida** se relaciona directamente con las **enfermedades degenerativas**.

La magnitud de la relación entre las variables de estudio se ve con la sig=pvalue < 0.05; el cual se define Sig. Bilateral=0.014; es decir; existe relación significativa entre las variables de estudio.

1-  $\alpha=0.95$  o 95%. Probabilidad que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

Por ende, “Existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa”

### Contrastación de hipótesis específicas

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson (Bienestar físico*Enfermedad degenerativa)	4.087 <sup>a</sup>	1	0.03		
Chi-cuadrado de Pearson (Bienestar físico*Enfermedad psicológico)	4.041	1	0.04		
Chi-cuadrado de Pearson (Relaciones sociales*Enfermedad degenerativa)	4.524	1	0.03		

Chi-cuadrado de Pearson (Entorno*Enfermedad degenerativa)	4.319	1	0.02		
N de casos válidos	95				
a. 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5.					
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2					

El VT es menor que VC; es decir, 4.087; 4.041; 4.524; 4.319 es mayor que 3,8415 se acepta la hipótesis alterna para todas las hipótesis específicas rechazando sus hipótesis nulas, al 5% de significancia estadística.

La magnitud de la relación entre las variables de estudio se ve con la sig=pvalue < 0.05; el cual se define Sig. Bilateral=0.030; 0.040; 0.030; 0.020 respectivamente, es decir; existe relación significativa entre las variables de estudio.

1-  $\alpha=0.95$  o 95%. Probabilidad que la estimación de un parámetro en una muestra sea el valor real en la población.

Por ende, “Existe asociación entre bienestar físico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa”; “Existe asociación entre bienestar psicológico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa”; “Existe asociación entre relaciones sociales y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa”; “Existe asociación entre entorno y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa”

## Conclusiones

- Existe mayor frecuencia de edades entre los 41-50 y 61-70 años; en su mayoría del sexo masculino, con estado civil conviviente y grado de instrucción superior.
- La enfermedad degenerativa de mayor frecuencia evidenciada en los pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa es la obesidad, seguida de la hipertensión arterial y como menor frecuencia el cáncer.
- La calidad de vida de mayor frecuencia evidenciada en los pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa es inadecuado porque los pacientes no cumplen con todas las actividades o exigencias de manera personal, seguido de calidad de vida adecuado.
- Existe asociación entre bienestar físico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.087 y un p valor = 0.030.
- Existe asociación entre bienestar psicológico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.041 y un p valor = 0.040.
- Existe asociación entre relaciones sociales y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.524 y un p valor = 0.030.
- Existe asociación entre entorno y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.319 y un p valor = 0.020.
- Existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.154 y un p valor = 0.014.

## **Recomendaciones**

Al director de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa a través de sus órganos de línea realicen los siguiente:

- Desarrollen procesos de enseñanza aprendizaje mediante cursos, talleres sobre la importancia de calidad de vida en pacientes con enfermedades degenerativas.
- Elaboren acciones de intervención mediante programas de seguimiento domiciliario para evaluar in situ la calidad de vida de los pacientes con enfermedades degenerativas.
- Ejecuten radares de ubicación de pacientes con enfermedades degenerativas para su fácil ubicación e intervención.

A las autoridades de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad nacional de Huancavelica.

- Promuevan la ejecución de investigaciones aplicadas de investigación orientadas a solucionar el problema de las enfermedades degenerativas en la sociedad.
- Incorporen materias de estudio en su malla curricular que trate sobre la importancia de la prevención de enfermedades degenerativas para obtener una calidad de vida digna en el proceso de envejecimiento.

## Referencias Bibliográficas

1. García Garrido B. Calidad de vida relacionada con la salud del Anciano atendido en Atención Primaria. Tesis Doctoral. Santander: Universidad de Cantabria, Facultad de Medicina; 2014.
2. Fernández López JA, Fernández Fidalgo M, Alarcos C. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Revista Española de Salud Pública. 2010 Marzo-Abril; 84(2).
3. UnoWeb. Así Vamos En Salud. [Online].; 2015 [cited 18 Junio 2022. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/enfermedades-cronicas-una-epidemia-segun-la-oms>.
4. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. [Online]. [cited 2022 Junio 17. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.
5. Ministerio de Salud del Perú. Carga de Enfermedad de la Región Arequipa. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2020.
6. USIL. [Online].; 2019 [cited 17 Junio 2022. Available from: <https://novedades.usil.edu.pe/noticias/aumento-de-enfermedades-cronicas-en-el-peru-analizaran-en-congreso-internacional>.
7. Barboza Palomino E. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. Revista Cuidarte. 2020 Mayo-Agosto; 11(2).
8. Gerencia Regional de Arequipa. Análisis de Situación de Salud. Gobierno Regional de Salud Arequipa, Dirección de Epidemiología; 2019.
9. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Perspectivas en Psicología. 2005 Junio; I(2): p. 125-137.
10. Vásquez Morales A, Horta Roa F. Enfermedad crónica no transmitible y calidad de vida. Revisión Narrativa. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Cauca. 2018 Enero; 20(1).

11. Reséndiz Rivera MKM, Fuentes Ocampo L, Mejía Benavides JE, Díaz Cervantes A. Espiritualidad y calidad de vida en adultos con enfermedades crónico-degenerativas. *Jóvenes en la ciencia*. 2021 Agosto ; 11(1).
12. Pascual Sánchez A, Caballero Escribano C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enfermería Global*. 2017 Abril; 1(46): p. 281-294.
13. Orozco González , Vagner Ramírez B, Salas Zapata C. Calidad de vida en pacientes con esclerosis múltiple atendidos en una institución de salud de Medellín, Colombia. *Scielo*. 2019 septiembre-diciembre ; 21(3).
14. Rivera Vázquez , Rojas W. Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Revista Enfermería Herediana*. 2017 junio-diciembre; 10(2).
15. Carranza Prado LD, González Villegas , Picazo Carranza AR, Recéndiz de Jesús Ruiz M, González Villegas AL, Lozano Zúñiga MM. Calidad de vida en adultos mayores con enfermedades crónico degenerativas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023; 7(1).
16. Pedroso Govea A, Guibert Toledano ZM, Pozo Abreu SM. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con osteoartritis sintomática de rodilla. Centro de referencias de enfermedades reumáticas. *Revista cubana de reumatología*. 2022 diciembre ; 24(4).
17. Piguave Figueroa T. Calidad de vida en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas según el. Tesis de maestría. Jipijapa: Universidad Estatal Del Sur De Manabí; 2022.
18. García Barrera AE, Horta Roa LF, Bautista Roa MA, Ibáñez Pinilla EA, Cobo Mejía EA. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Salud del bosque*. 2022 agosto ; 12(1).
19. Dussán Torres GA. La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con degeneración macular asociada con la edad. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*. 2017; 15(1).
20. Aguilar Navarro MR, Alonso Rivera CE, Gonzales Castro S, JuárezNieto MA,

Ponce Moreno V, Landeros López M. Calidad de vida en el Adulto Mayor con rónicas en el Grupo "Un Día Más". In 8° Foro Estatal Interinstitucional de Bioética e Investigación en Salud; 2014; San Luis Potosí. p. 2-7.

21. López Cortés LF, Cifuentes Ortiz M, Sánchez Ruiz A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013. *Ciencia & Salud*. 2014 Febrero; 2(8).
22. Segura Barrios M. Percepción de la calidad de vida en personas con situación de Enfermedad Crónica en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Barranquilla. Tesis para optar el título de Magíster. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2012.
23. Castillo Guzmán A, Arocha Meriño C, Armas Rojas NB, Castillo Arocha I, Cueto Cañabate ME, Herrera Giró ML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Scielo*. 2008 Julio-Diciembre; 27(3-4).
24. Martínez Ríos NC, Franco Corona MBE. Vivencias del adulto ante la enfermedad crónica degenerativa. *Jóvenes en la ciencia*. 2018 noviembre; 4(1).
25. Solis Cartas , Barbón Pérez OG, Martínez Larrarte JP. Determinación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis de columna vertebral. *Scielo*. 2016 mayo-junio; 20(3).
26. Franco Corona MBE, Soto Ríos AK, García Rodríguez AA, Ontiveros Hernández E. Estilo de vida en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba 2018. 2018.
27. Núñez Cerquera ME. Vivencias de los adultos mayores jubilados, con enfermedades crónico degenerativas. Cajamarca 2019.. Tesis. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud.; 2021. Report No.: 1.
28. Escajadillo Dávalos KJ, León Andonayre MF, Rojas Vilca JL, Sarmiento Almidón ML. Calidad de vida en personas con discapacidad física que practican actividad física. *Revista Hrediana de Rehabilitación*. 2019 Setiembre; 2.

29. Portal Reátegui WÁ. Calidad de vida en adultos con obesidad grado III. Tesis para optar título de Segunda Especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología; 2018.
30. Díaz Rodrigo AL. Enfermedad crónica degenerativa: vivencias de los adultos mayores. Chota - 2012. Tesis de maestría. Cajamarca: Universidad de Cajamarca; 2015.
31. Candiotti Guzmán CF. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria. HNERM.2013. Tesis de Grado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2013.
32. Autocuidado. Autocuidado. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: [https://www7.uc.cl/sw\\_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm](https://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/general/autocui.htm).
33. Naranjo Hernández DCY, Concepción Pacheco DCJA, Rodríguez Larreynaga LM. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017; Vol.19(No. 3).
34. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Scielo. 2010 junio; 19.
35. Teorías de Dorothea Orem (Autocuidado). [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: <https://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorothea-orem-autocuidado/>.
36. Manual CTO. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. [Online].; 2018 [cited 2023 marzo 17. Available from: <https://www.berri.es/pdf/MANUAL%20CTO%20OPOSICIONES%20DE%20ENFERMERIA%20-%20PAIS%20VASCO%E2%80%9A%20Vol%C3%BAmen%201/9788417470050>.
37. Sanabria Hernández MS. Calidad de Vida e Instrumentos de Medición. Trabajo de Fin de Grado. Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación; 2016.

38. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003; 35(2): p. 161-164.
39. Cardona Arias JA, Higuera Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014; 40(2).
40. Contacto Maestro. Contacto Maestro. [Online]. [cited 2023 marzo 22. Available from: <https://contactomaestro.colombiaaprende.edu.co/docentes/cuidar/salud-fisica#:~:text=La%20salud%20f%C3%ADsica%20es%20el,el%20consiguiente%20consumo%20de%20energ%C3%ADa>.
41. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]. [cited 2023 marzo 22. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
42. OPS. Organización Panamericana. [Online]. [cited 2023 marzo 22. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>.
43. Shumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. Oxford: Shumaker S, Berzon RA, editors; 1995.
44. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*. 2010 Marzo; 138(3): p. 358-365.
45. Rosales Molina LE. Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Examen Complejivo. Machala: Universidad Técnica de Machala, Unidad Académica de Ciencias Químicas y Salud; 2017.
46. Secretaría de Salud de Michoacán. Plan de Acción de Promoción de la Salud en Enfermedades Crónico-Degenerativas. [Online].; 2015 [cited 2022 Junio 20. Available from: <https://salud.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2015/10/degenerativos.pdf>.
47. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). [Online].; 2018 [cited 2021 Enero 24. Available from: [https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/cancer#tab=tab_1).

48. Mediplus. Mediplus (Enfermedades Cardiovasculares). [Online].; 2022 [cited 2023 Enero 14. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000759.htm>.
49. Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Enfermedades cardiovasculares. [Online].; 2019 [cited 2023 Enero 24. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>.
50. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS) "Temas de salud". [Online].; 2019 [cited 2023 Enero 23. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
51. Alzheimer Association. Alzheimer Association. [Online]. [cited 2023 marzo 22. Available from: <https://www.alz.org/alzheimer-demencia/que-es-la-enfermedad-de-alzheimer>.
52. National Institute on Aging. National Institute on Aging. [Online]. [cited 2023 marzo 22. Available from: <https://www.nia.nih.gov/espanol/hoja-informativa-sobre-enfermedad-alzheimer#:~:text=La%20enfermedad%20de%20Alzheimer%20es,m%C3%A1s%20tarde%20en%20la%20vida>.
53. Psicología educativa. Psicología educativa. [Online]. [cited 2023 marzo 22. Available from: <https://estudiarpsicologiaonline.es/enfermedades-degenerativas/#ftoc-heading-4&gsc.tab=0>.
54. Mas vita. Mas vita. [Online]. [cited 2023 marzo 22. Available from: <https://masvita.es/tipos-de-enfermedades-degenerativas/#Osteoporosis>.
55. Clinica Universidad de Navarra. Clinica Universidad de Navarra. [Online]. [cited 2023 marzo 22. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/osteoporosis#:~:text=La%20osteoporosis%20es%20una%20enfermedad,la%20consiguiente%20aparici%C3%B3n%20de%20fracturas>.
56. NCI. Instituto Nacional del Cáncer. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario->

cancer/def/apoyo-social.

57. Municipalidad de Arequipa. MuniArequipa. [Online]. [cited 2023 marzo 17]. Available from: <https://www.muniarequipa.gob.pe/arequipa/historia/>.
58. RAE. Real Academia Española. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: <https://dpej.rae.es/lema/atenci%C3%B3n-sanitaria>.
59. Fundacion Clinica Shaio. Fundacion Clinica Shaio. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: <https://www.shaio.org/autocuidado-salud>.
60. Biblioweb. Biblioweb. [Online].; 2018 [cited 2021 Enero 2021. Available from: <http://biblioweb.tic.unam.mx/diccionario>.
61. Diccionario Medico. CUNES. [Online].; 2020 [cited 2021 Agosto. 12. Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>.
62. RAE. Real Academia Española. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: <https://dle.rae.es/enfermedad>.
63. Ardila. Las enfermedades crónicas. Scielo. 2018 mayo ; 38.
64. Diccionario de la RAE. Busca palabras. [Online].; 2018. Available from: <https://www.buscapalabra.com/definiciones>.
65. Cuidado de Salud. CuidadoDeSalud.gov. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/glossary/health-status/#:~:text=Se%20refiere%20a%20sus%20condiciones,evidencia%20de%20asegurabilidad%20e%20incapacidad>.
66. Gerencia Asistencial de Atencion Primaria. Gerencia Asistencial de Atencion Primaria. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/ciudadanos/estilos-vida>.
67. DIRESA San Martin. DIRESA San Martin. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from: <http://www.saludbajomayo.gob.pe/web/redes-de-salud#:~:text=Micro%20Red%20de%20Salud,prestaci%C3%B3n%20de%20servicios%20de%20salud>.
68. Significados. Significados. [Online]. [cited 2023 marzo 17. Available from:

<https://www.significados.com/paciente/>.

69. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2023 marzo 17]. Available from: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
70. DePeru.com. DePeru.com. [Online]. [cited 2023 marzo 17]. Available from: <https://www.deperu.com/centros-poblados/zamacola-16847>.
71. Burns N, Grove S. Investigación de enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. España: Elsevier España; 2012.
72. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: MC Grau Hill; 2014.
73. Sánchez Flores FA. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. [Online].; 2019 [cited 2022 Junio 08]. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-0144-9892>.
74. Ñaupas Paitán H, Mejía Mejía E, Novoa Ramírez E, Villagómez Paucar A. Metodología de la Investigación Científica. Cuarta ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2014.
75. De los Ríos Castillo JL, Sánchez Sosa J, Barrios Santiago P, Guerrero Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Médica del IMSS. 2004 Marzo-Abril; 42(2).
76. López Cortés LF, Cifuentes Ortiz M, Sánchez Ruiz A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013. Ciencia de Salud. 2013; 2(8): p. 6.
77. medlineplus. medlineplus. [Online].; 2019 [cited 2021 Octubre 14]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>.
78. Lazarus. , Folkman.. Estrés y procesos cognitivos. 2nd ed. Roca M, editor. México: Stivf; 2018.
79. Jorques Infante MJ. Estrategias de afrontamiento ante el cáncer de mama. Tesis Doctoral. Valencia, España.: Universidad de Valencia, Programa de Docotorado; 2015. Report No.: 1.

80. Linares Peve EL. Calidad de vida y afrontamiento al estrés en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, consultorio oncológico medicarte, 2017. Tesis de Maestría. Lima. Perú: Universidad Inca Garcilazo De La Vega., Facultad de Enfermería; 2018. Report No.: 1.

## **Anexos**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

### TÍTULO: Calidad de vida asociado a las enfermedades degenerativas de pacientes atendidos en la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa

Formulación del problema	Objetivos	Sistema de hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p><b>Problema General</b></p> <p>¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.</li> <li>• Identificar la calidad de vida de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa</li> <li>• Identificar la asociación entre el bienestar físico y las</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>H<sub>1</sub>: Existe asociación significativa entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.</p> <p>H<sub>0</sub>: No existe asociación significativa entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.</p>	<p><b>VI.</b> Calidad de vida</p> <p><b>Tipo de variable:</b> de</p> <p>Cualitativa</p> <p><b>Nivel de medición:</b> de</p> <p>Ordinal</p>	<p><b>Y.</b> Salud física</p> <p><b>Z.</b> Salud psicológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividades de la vida diaria</li> <li>- Dependencia de medicamentos y ayuda médica</li> <li>- Energía y fatiga</li> <li>- Movilidad</li> <li>- Dolor y disconformidad</li> <li>- Sueño y descanso</li> <li>- Capacidad de trabajo</li> <li>- Imagen y apariencia física</li> <li>- Sentimientos negativos</li> <li>- Sentimientos positivos</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Creencias personales, religiosas y espirituales</li> </ul>	<p><b>Tipo de Investigación</b> Aplicada</p> <p><b>Nivel de Investigación</b> Correlacional</p> <p><b>Método de Investigación</b> Método Deductivo-Inductivo</p> <p><b>Diseño de Investigación</b> No Experimental - transeccional o transversal - diseño de tipo correlacional.</p> <p style="text-align: center;">Ox M — r     \ Oy</p> <p><b>Población:</b> Estará constituida por todos los pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa que hayan acudido por consulta durante los meses de enero a junio de 2022.</p> <p><b>Muestra:</b> La muestra estará conformada por total de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.</p>

	<p>enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la asociación entre el bienestar psicológico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.</li> <li>• Identificar la asociación entre las relaciones sociales y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.</li> <li>• Identificar la asociación entre el entorno y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz –</li> </ul>			<p><b>AA.</b> Relaciones interpersonales</p> <p><b>BB.</b> Entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración</li> <li>- Relaciones personales</li> <li>- Apoyo social</li> <li>- Actividad sexual</li> <li>- Recursos económicos</li> <li>- Libertad y seguridad física</li> <li>- Accesibilidad y calidad de cuidados de salud y sociales</li> <li>- Entorno en el hogar</li> <li>- Oportunidades de adquirir nueva información y habilidades</li> <li>- Participación y oportunidades de recreación y ocio</li> <li>- Entorno físico</li> </ul>	<p><b>Muestreo:</b> El muestreo usado será no probabilístico, de tipo intencional o criterial<sup>17</sup></p> <p><b>Criterios de Inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad mayor a 18 años</li> <li>• Pacientes con residencia en Zamacola</li> </ul> <p><b>Criterios de Exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con enfermedad invalidante</li> <li>• Pacientes que se encuentren hospitalizados</li> </ul> <p><b>Técnica e Instrumento de Recolección de Datos</b> Para obtener información sobre la variable “calidad de vida”, la técnica que se usará es la encuesta y el instrumento será el cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS. Dicho instrumento se encuentra validado a nivel internacional, con su correspondiente traducción al español que permite su uso a nivel local. Para la variable “enfermedades degenerativas”, la técnica que se usará es de observación (no participativa) y el instrumento será una guía de análisis documental. Para valorar su validez y confiabilidad. <b>Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos Estadística descriptiva:</b> Se utilizarán técnicas para resumir y describir datos cuantitativos; y, de este modo, presentar en forma ordenada el análisis de la variable. Tablas de frecuencia simple, cuadros de doble entrada o de contingencia y los diagramas de barras simple.</p> <p><b>Estadística inferencial:</b></p>
--	--	--	--	--	---	--

	<p>Zamacola, Arequipa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asociar la calidad de vida a las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.</li> </ul>		<p><b>V2.</b> Enfermedades degenerativas</p> <p><b>Tipo de variable:</b> Cualitativa</p> <p><b>Nivel de medición:</b> Nominal</p>	<p><b>CC.</b> Hipertensión Arterial</p> <p><b>DD.</b> Diabetes Mellitus</p> <p><b>EE.</b> Cáncer</p> <p><b>FF.</b> Enfermedades cardiovasculares</p> <p><b>GG.</b> Obesidad</p> <p><b>HH.</b> Otros</p>	<p>(Polución, ruido, tráfico, clima) - Transporte</p> <p><b>II.</b> DM tipo I</p> <p><b>JJ.</b> DM tipo II</p> <p><b>KK.</b> Obesidad grado I</p> <p><b>LL.</b> Obesidad grado II</p> <p><b>MM.</b> Obesidad grado III o mórbida</p>	<p>Para el contraste de hipótesis se utilizará la prueba estadística de Chi cuadrado con un intervalo de confianza de 95%.</p> <p><b>Programas estadísticos:</b> Se usarán los siguientes softwares: SPSS v. 24, Excel - 2016, que permitirán procesar datos obtenidos con el instrumento de recolección.</p>
--	---	--	---	---	--	---



## Anexo 2: Ficha de recolección de datos



**Instrucciones:** Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5

4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

Gracias por su ayuda

Tabla de proceso de Confiabilidad.

**Tabla 3. Resultados del análisis de correlación ítem-test y consistencia interna**

Facetas	Correlación ítem-test	Alpha de Cronbach
<i>Salud física</i>		
Dolor	0,4705	0,8771
Dependencia de medicinas**	0,3797	0,8798
Energía para la vida diaria*	0,6921	0,8694
Movilidad	0,5627	0,8732
Sueño y descanso	0,5056	0,8753
Actividades de la vida diaria*	0,6533	0,8707
Capacidad de trabajo	0,6164	0,8717
<i>Psicológico</i>		
Sentimientos positivos*	0,6348	0,8711
Espiritualidad, religión, creencias personales	0,5840	0,8728
Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración	0,4801	0,8754
Imagen corporal	0,4895	0,8753
Autoestima*	0,6380	0,8712
Sentimientos negativos	0,4519	0,8771
<i>Relaciones sociales</i>		
Relaciones personales	0,5861	0,8727
Actividad sexual**	0,3903	0,8783
Apoyo social	0,4711	0,8759
<i>Ambiente</i>		
Libertad y seguridad	0,4895	0,8750
Ambiente físico	0,4868	0,8753
Recursos económicos	0,5165	0,8748
Oportunidad de información	0,4886	0,8754
Ocio y descanso	0,5387	0,8744
Hogar	0,5298	0,8741
Atención sanitaria/social	0,4207	0,8776
Transporte	0,4557	0,8773
Puntaje total del WHOQOL-BREF		0,88

\*Preguntas con las más altas correlaciones ítem-test, valores sobre 0,6. \*\*Preguntas con las más bajas correlaciones ítem-test, valores bajo 0,4.

**Tabla 4. Confiabilidad del WHOQOL-BREF en relación a su consistencia interna por dimensiones**

Dimensión	n de ítems	Correlación ítem-test	Alpha de Cronbach (n = 1.503)
Física	7	0,80	0,74
Psicológica	6	0,83	0,70
Relaciones sociales	3	0,75	0,79
Ambiental	8	0,78	0,73
Escala del test	24		0,88



## Anexo 3: Guía de análisis documental variable “enfermedades degenerativas”



GUÍA N°: \_\_\_\_\_

HCL: \_\_\_\_\_

**Instrucción:** Revise la historia clínica y extraiga los datos requeridos

### DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( )

**Grado de Instrucción:** Analfabeta ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

¿La Historia clínica registra una o más de una enfermedad como “Comorbilidades”, “Antecedentes personales”, ¿o “Enfermedades de base”?

si ( )

no ( )

**Instrucción:** En caso de marcar “SI”, registre el diagnóstico y datos requeridos a continuación:

### DIAGNÓSTICO REGISTRADO POR PROFESIONAL DE LA SALUD:

#### 1. Diagnóstico de enfermedad degenerativa:

- Hipertensión arterial SI ( ) No ( )
- Diabetes mellitus: SI ( ) No ( )
- Cáncer: SI ( ) No ( )
- Enfermedades cardiovasculares SI ( ) No ( )
- Obesidad: SI ( ) No ( )

#### 2. ¿Recibe tratamiento? si ( ) no ( )



## Anexo 4: Consentimiento Informado

### Acta de consentimiento informado



Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona, acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación “Calidad de vida de los pacientes con enfermedades degenerativas de la Micro red Maritza Campos Díaz - Zamacola”, dirigida por \_\_\_\_\_, Investigador Responsable de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación. En relación a ello, acepto responder las encuestas sobre ..... a realizarse en el .....

Declaro haber sido informado/a que mi participación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial v anónima**. Entiendo que la información será analizada por el investigador y que no se podrán identificar las respuestas y opiniones de cada participante de modo personal.

Declaro saber que la información que se obtenga será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad Nacional de Huancavelica y será utilizada sólo para este estudio.

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Huancavelica, ..... de ..... de 2022.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre Investigador

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigado

## Anexo 5: Baremos

Para realizar la medición de la variable calidad de vida se procedió de la siguiente forma:

Promedio (x): 72.96

Desviación estándar (S): 10.83

Número de Preguntas: 26

Luego se aplicó la escala de Estatores, donde:

a)  $X-(0.75)(S)$

$72.96-(0.75)(10.83)$

64.84

b)  $X+(0.75)(S)$

$72.96+(0.75)(10.83)$

81.09

Al categorizar en inadecuado y adecuado se tomará el valor de la formula  $X+(0.75)(S)$ .

Quedando de la siguiente manera.

---

0	81.09	130
---	-------	-----

Inadecuado: 0 a 81.09

Adecuado: 81.10 a 130

## Anexo 6: Panel fotográfico

Foto 1: Proceso de aplicación de y guía de análisis documental.



Foto 2. Proceso de aplicación de cuestionario WHOQOL-BREF



## Anexo 7: Autorización de ejecución de proyecto



“ DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES”  
“ AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL”

Arequipa, 31 de Agosto del 2022

OFICIO N° 221-2022- GRA/GRS/GR-RSAC-D-MRS.MCD-ZAM-J

Dr  
Luis Joel Arroyo Saenz  
Médico Cirujano Especialista en Medicina Familiar  
Presente.-

Asunto: Autorización para recolectar datos

Por el presente me dirijo a usted, para saludarlo muy cordilamente y en atención a su solicitud presentada, esta Jefatura **AUTORIZA** para la recolección de datos para su trabajo de investigación “**CALIDAD DE VIDA ASOCIADO A LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA MICRO RED MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMACOLA , AREQUIPA**”.

Sin otro particular, me reitero de usted.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE ZAMACOLA  
MICRO RED DE SALUD ZAMACOLA  
-----  
Mr. *Justin R. Alvarón Arenas*  
CD. ORTODONCISTA  
C.O.P. 5447 - N.º 351  
JEFE DE LA MICRO RED

JAA/vos.  
c.c. archivo

## Anexo 8: Base de datos

61 años a 70 años	Masculino	Conviviente	Secundaria	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Superior	No	No	No	Si	Si	Si	Si	Bastante buena
51 a 60 años	Femenino	Divorciado/a	Analfabeto/a	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Superior	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Secundaria	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal
31 a 40 años	Masculino	Soltero/a	Superior	Si	No	No	No	No	Si	Si	Normal
41 a 50 años	Masculino	Soltero/a	Superior	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Muy buena
41 a 50 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Superior	Si	No	Si	No	Si	No	Si	Regular
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Normal
61 años a 70 años	Femenino	Casado/a	Secundaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Regular
51 a 60 años	Femenino	Casado/a	Superior	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Normal
41 a 50 años	Femenino	Divorciado/a	Primaria	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Regular
51 a 60 años	Masculino	Divorciado/a	Secundaria	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Secundaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Normal
61 años a 70 años	Masculino	Soltero/a	Primaria	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Regular
61 años a 70 años	Femenino	Casado/a	Primaria	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	Si	No	No	No	No	Si	Regular
51 a 60 años	Femenino	Soltero/a	Secundaria	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Primaria	No	Si	No	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Secundaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Secundaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Secundaria	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	No	No	No	No	Si	Si	Normal

61 años a 70 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Casado/a	Secundaria	Si	Si	No	No	No	No	Si	Regular
41 a 50 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	No	No	No	No	Si	Si	Muy buena
51 a 60 años	Femenino	Casado/a	Superior	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Bastante buena
41 a 50 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Normal
51 a 60 años	Femenino	Divorciado/a	Superior	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Bastante buena
41 a 50 años	Masculino	Casado/a	Primaria	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Muy buena
41 a 50 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Superior	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Secundaria	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal
61 años a 70 años	Masculino	Divorciado/a	Secundaria	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Femenino	Casado/a	Secundaria	Si	No	No	No	No	Si	Si	Regular
51 a 60 años	Femenino	Conviviente	Secundaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Casado/a	Superior	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Regular
61 años a 70 años	Masculino	Divorciado/a	Secundaria	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Regular
61 años a 70 años	Femenino	Divorciado/a	Primaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Divorciado/a	Superior	Si	No	No	No	No	Si	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Superior	Si	No	No	No	No	Si	Si	Regular
61 años a 70 años	Femenino	Casado/a	Primaria	Si	Si	No	No	No	No	Si	Normal
31 a 40 años	Masculino	Soltero/a	Superior	Si	No	No	Si	No	No	Si	Normal
61 años a 70 años	Masculino	Casado/a	Secundaria	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Regular
41 a 50 años	Masculino	Casado/a	Secundaria	Si	No	No	No	No	Si	Si	Regular
61 años a 70 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal
41 a 50 años	Masculino	Casado/a	Secundaria	Si	Si	No	No	No	No	Si	Normal
61 años a 70 años	Masculino	Casado/a	Secundaria	Si	Si	No	No	No	No	Si	Normal
31 a 40 años	Masculino	Casado/a	Secundaria	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal

31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal
31 a 40 años	Femenino	Casado/a	Secundaria	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Regular
31 a 40 años	Masculino	Casado/a	Secundaria	Si	No	Si	No	No	No	Si	Normal
61 años a 70 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Normal
61 años a 70 años	Femenino	Casado/a	Primaria	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Normal
61 años a 70 años	Femenino	Divorciado/a	Secundaria	Si	No	Si	No	No	No	Si	Regular
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Secundaria	Si	Si	No	No	No	No	Si	Normal
41 a 50 años	Masculino	Divorciado/a	Superior	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Divorciado/a	Superior	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	No	No	No	No	Si	Si	Normal
61 años a 70 años	Masculino	Casado/a	Primaria	Si	No	Si	No	No	No	Si	Regular
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Secundaria	Si	No	No	No	No	Si	Si	Normal
51 a 60 años	Masculino	Divorciado/a	Secundaria	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Regular
41 a 50 años	Masculino	Casado/a	Superior	Si	No	No	No	No	Si	No	Regular
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Superior	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Masculino	Divorciado/a	Superior	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal
51 a 60 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal
31 a 40 años	Femenino	Casado/a	Secundaria	Si	Si	No	No	No	No	Si	Normal
51 a 60 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Secundaria	Si	No	Si	No	No	No	Si	Normal
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	No	No	Si	No	Si	No	Normal
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Superior	Si	No	Si	No	No	No	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Masculino	Divorciado/a	Primaria	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Normal
41 a 50 años	Masculino	Casado/a	Secundaria	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Normal
41 a 50 años	Femenino	Soltero/a	Secundaria	Si	Si	Si	No	No	No	Si	Regular
31 a 40 años	Masculino	Divorciado/a	Superior	Si	No	No	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Divorciado/a	Secundaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Femenino	Soltero/a	Secundaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Normal
41 a 50 años	Masculino	Conviviente	Secundaria	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Normal

41 a 50 años	Masculino	Conviviente	Secundaria	Si	Si	No	No	No	Si	Si	Regular
41 a 50 años	Masculino	Conviviente	Primaria	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Normal
51 a 60 años	Masculino	Divorciado/a	Primaria	Si	No	No	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Masculino	Soltero/a	Primaria	Si	No	No	No	No	Si	Si	Normal
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Superior	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Masculino	Conviviente	Secundaria	Si	No	No	No	No	Si	No	Normal
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	No	No	No	No	Si	Si	Bastante buena
31 a 40 años	Femenino	Conviviente	Superior	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Normal

## **Anexo 9: Artículo científico**

### **Calidad de vida asociado a las enfermedades degenerativas de pacientes atendidos en la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.**

*Arroyo J.*

Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú

#### **RESUMEN:**

**Objetivo:** determinar la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa.

**Materiales y métodos:** estudio de tipo aplicada, nivel correlacional, empleó el método deductivo inductivo, con diseño no experimental transeccional, tuvo una muestra de 95 pacientes, empleó el muestreo no probabilístico intencional, se aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS para establecer calidad de vida y para medir enfermedades degenerativas el análisis documental.

**Resultados:** 40% (38) pacientes tienen hipertensión arterial; 35.80% (34) con diabetes mellitus; 11.60% con cáncer; 15.80% (15) con enfermedades cardiovasculares y 76.80% (73) con obesidad. En relación a la calidad de vida que tienen los pacientes con enfermedades degenerativas se tiene 62.10% (59) pacientes tienen calidad de vida inadecuado y 37.90% (36) tienen calidad de vida adecuado.

**Conclusiones:** Existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Microred Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.154 y un p valor = 0.014.

**Palabras Clave:** Calidad de vida, enfermedades degenerativas, pacientes.

#### **Quality of life associated with degenerative diseases in patients cared for in the Maritza Campos Díaz Micronetwork – Zamacola, Arequipa.**

*Arroyo. J.*

Postgraduate Unit of the Faculty of Nursing, National University of Huancavelica, Huancavelica, Peru

#### **ABSTRACT:**

**Objective:** The general objective of the thesis was to determine the association between quality of life and degenerative diseases in patients from the Micronetwork Maritza Campos Díaz - Zamacola, Arequipa.

**Materials and methods:** study, correlational level, it used the deductive inductive method, with a non-experimental transeccional design, it had a sample of 95 patients, it used non-probabilistic intentional sampling, the WHO questionnaire WHOQOL-BREF of the WHO was applied to establish quality of

life and to measure degenerative diseases the documentary analysis.

**Results:** 40% (38) patients have high blood pressure; 35.80% (34) with diabetes mellitus; 11.60% with cancer; 15.80% (15) with cardiovascular diseases and 76.80% (73) with obesity. In relation to the quality of life that patients with degenerative diseases have, 62.10% (59) patients have inadequate quality of life and 37.90% (36) have adequate quality of life.

**Conclusions:** There is an association between quality of life and degenerative diseases of patients from the Micro network Maritza Campos Díaz - Zamacola, Arequipa with a Chi Square value of 4.154 and a p value = 0.014.

**Key Words:** Quality of life, degenerative diseases, patients.

## INTRODUCCIÓN.

La calidad de vida es definida por la OMS, como "...la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno". Por consiguiente, la calidad de vida de las personas, tanto sanas como enfermas, debe ser vista como un constructo multidimensional, que abarca los aspectos antes descritos (1).

Existen estudios anteriores que mencionan que, a nivel mundial, las enfermedades crónicas degenerativas o no transmisibles, representan la principal causa de muerte y discapacidad, con un promedio de 41 millones de muertes al año, equivalente al 71% de las muertes totales. Cabe destacar que 15 millones de estas defunciones, corresponden a pacientes de entre 30 y 69 años de edad, y más del 85% de ellas ocurren en países de bajos y medianos ingresos (4). Aspectos considerados como situaciones previas que evidencian la problemática planteada

Consignando como hechos actuales que afectan a América, la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que 2,2 millones de personas menores de 70 años mueren a causa de Enfermedades no transmisibles. Entre las principales se encuentran: las enfermedades cardiovasculares, neoplasias, enfermedades respiratorias, y la diabetes. (4)

Así mismo, en Perú, la OMS menciona que el 50% de las personas entre 30 y 60 años padecen al menos una enfermedad crónica no transmisible, como el cáncer y la diabetes. En total, la población en riesgo en el Perú suma 10 millones: 5 millones por sobrepeso, 3 millones por diabetes y 2 millones por hipertensión arterial. (6) (7)

Y la provincia de Arequipa no es ajena a esta realidad siendo así que estudios previos muestran que las enfermedades crónicas degenerativas se encuentran dentro de las 5 primeras causas de morbilidad la primera causa de morbilidad. Además, en el año 2016, la tercera, cuarta y quinta principal causa de mortalidad fueron los Tumores malignos de los órganos digestivos (6.90%), Enfermedades cerebrovasculares (5.61%) y Diabetes Mellitus (5.11%), respectivamente (8).

Y los organismos nacionales como el Ministerio de Salud del Perú (5), expresa que en la Región de Arequipa para el año 2018, las enfermedades que produjeron mayor “años de vida saludable perdidos” (AVISA) fueron las que pertenecieron al grupo de las no transmisibles o crónicas degenerativas, que representan el 77.3% del total; de manera relativa este grupo de enfermedades determinó que por cada mil habitantes se perdieran 119.6 AVISA.

Siendo relevante el abordaje del problema pues la mayoría de las enfermedades crónicas comprometen aspectos importantes de la vida de la persona que la padece, dicho de otro modo, afectan la calidad de vida. Quizás el principal aspecto afectado y el de mayor cambio es el emocional; esto ocurre debido al proceso de adaptación rápida que debe atravesar el sujeto, y que, comúnmente, genera emociones negativas como tristeza, miedo, ira y ansiedad; afectando el aspecto social de manera compleja. (9) por lo que se justifica su abordaje.

A pesar de las grandes cifras antes expuestas, y de la vasta información sobre la calidad de vida relacionada a la salud de las personas, en nuestra región, existen pocos estudios que aborden estos temas y ninguno que realice mediciones en personas con enfermedades degenerativas. Los datos obtenidos de la valoración de la calidad de vida, son relevantes desde el punto de vista clínico, de gestión y de política de salud, por lo que es de interés para el profesional asistencial. (10)

El presente Trabajo de Investigación busca determinar la asociación entre la calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, de manera que se pueda obtener una mayor información sobre los pacientes, como su percepción sobre aspectos de su vida que estén influenciados por su actual estado de salud. Lo que permitiría al personal de salud mejorar el manejo del paciente, considerando no sólo la dimensión biológica de la enfermedad, sino también el contexto psicológico y social.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio de tipo aplicada, nivel correlacional, empleó el método deductivo inductivo, con diseño no experimental transeccional, tuvo una muestra de 95 pacientes, empleó el muestreo no probabilístico intencional, se aplicó el cuestionario WHOQOL-BREF de la OMS para establecer calidad de vida y para medir enfermedades degenerativas el análisis documental.

## **RESULTADOS**

De la tabla y figura 1 se muestra 16.80% (16) de pacientes con edades entre 41 a 50 años y 61 a 70 años, en menor frecuencia 11.60% (11) entre 51 a 60 años, se muestra mayor porcentaje del sexo masculino 52.60% (50) y 47.40% (45) mujeres; respecto a estado civil mayor frecuencia de convivientes 31.60% (30) y en menor frecuencia 17.90% (17) divorciado/a y por último mayor frecuencia respecto a grado de instrucción 48.40% (48) superior y en menor frecuencia 1.10% (1) analfabeto/a.

De la tabla y figura 2, se evidencia 60% (57) pacientes sin hipertensión arterial (HTA) y 40% (38) con HTA; 64.20% (61) no tienen diabetes mellitus (DM) y 35.80% (34) con DM; 88.40% (84) no tienen cáncer y 11.60% con cáncer; 84.20% (80) no tienen enfermedades cardiovasculares y 15.80% (15) con enfermedades cardiovasculares; 76.80% (73) con obesidad y 23.20% (22) sin obesidad.

De la tabla y figura 3, se evidencia 62.10% (59) pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa que tienen una calidad de vida inadecuado; en tanto 37.90% (36) tienen una calidad de vida adecuado.

De la tabla y figura 4, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera un bienestar físico inadecuado es la obesidad con 67.37% (64); seguida de hipertensión arterial con 35.79% (34) y como menor frecuencia el cáncer con 10.53% (10) pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con bienestar físico adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 9.47% (09); seguida de pacientes con hipertensión arterial 4.21% (04); y la de menor frecuencia pacientes con cáncer con 1.05% (01).

De la tabla y figura 5, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera un bienestar psicológico inadecuado es la obesidad con 57.89% (55); seguida de hipertensión arterial y diabetes mellitus con 31.58% (30) y como menor frecuencia el cáncer con 9.47% (09) pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con bienestar psicológico adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 18.95% (18); seguida de pacientes con hipertensión arterial 8.42% (08); y la de menor frecuencia pacientes con cáncer y enfermedades cardiovasculares con 2.11% (02).

De la tabla y figura 6, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera relaciones sociales inadecuado es la obesidad con 63.16% (60); seguida de hipertensión arterial con 37.89% (36) y como menor frecuencia el cáncer con 11.58% (11) pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con relaciones sociales adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 13.68% (14); seguida de pacientes con diabetes mellitus 5.26% (05); y la de menor frecuencia pacientes con hipertensión arterial con 2.11% (02).

De la tabla y figura 7, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera un entorno inadecuado es la obesidad con 62.11% (59); seguida de hipertensión arterial con 35.79% (34) y como menor frecuencia el cáncer con 11.58% (11) pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con entorno adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 14.74% (14); seguida de pacientes con hipertensión arterial 4.21% (04); y la de menor frecuencia pacientes con enfermedades cardiovasculares con 2.11% (02).

De la tabla y figura 8, se evidencia que la enfermedad degenerativa de mayor frecuencia que genera una calidad de vida inadecuado es la obesidad con 45.26% (43); seguida de hipertensión arterial con 28.42% (27) y como menor frecuencia el cáncer con 8.42% (08) pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa. Respecto a los pacientes que cuentan con calidad de vida adecuado pese a tener la enfermedad degenerativa se encuentra la de mayor frecuencia la obesidad con 31.58% (30); seguida de pacientes con hipertensión arterial 11.58% (11); y la de menor frecuencia pacientes con cáncer con

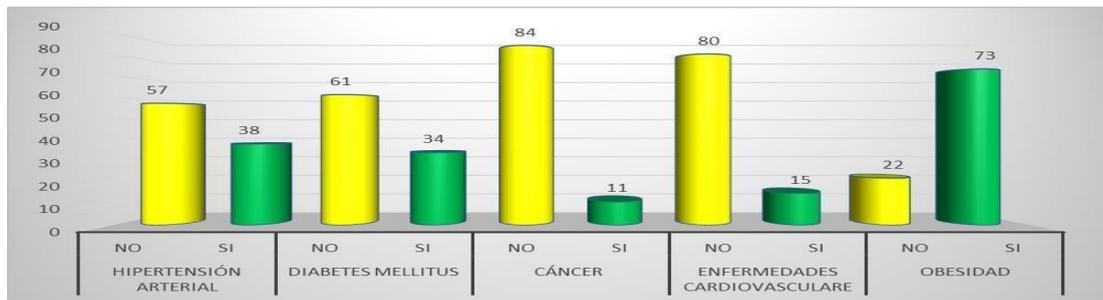
3.16% (03).

Figura 1.



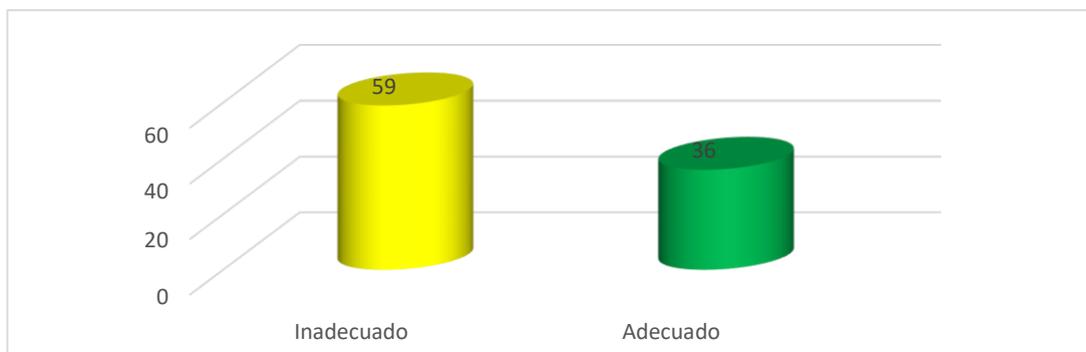
Fuente: Tabla 1.

Figura 2.



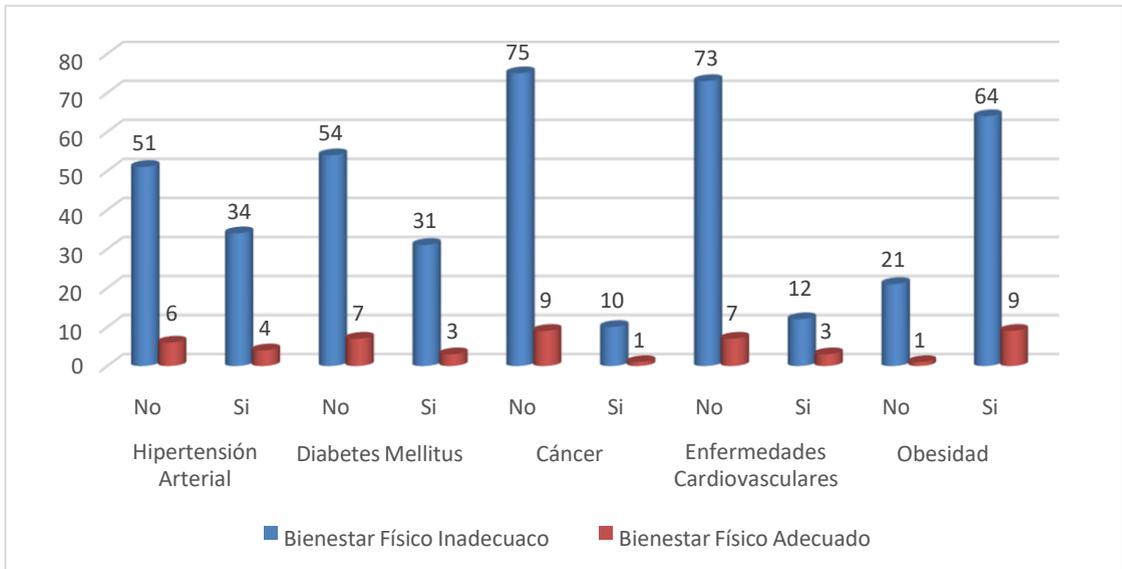
Fuente: Tabla 2.

Figura 3.



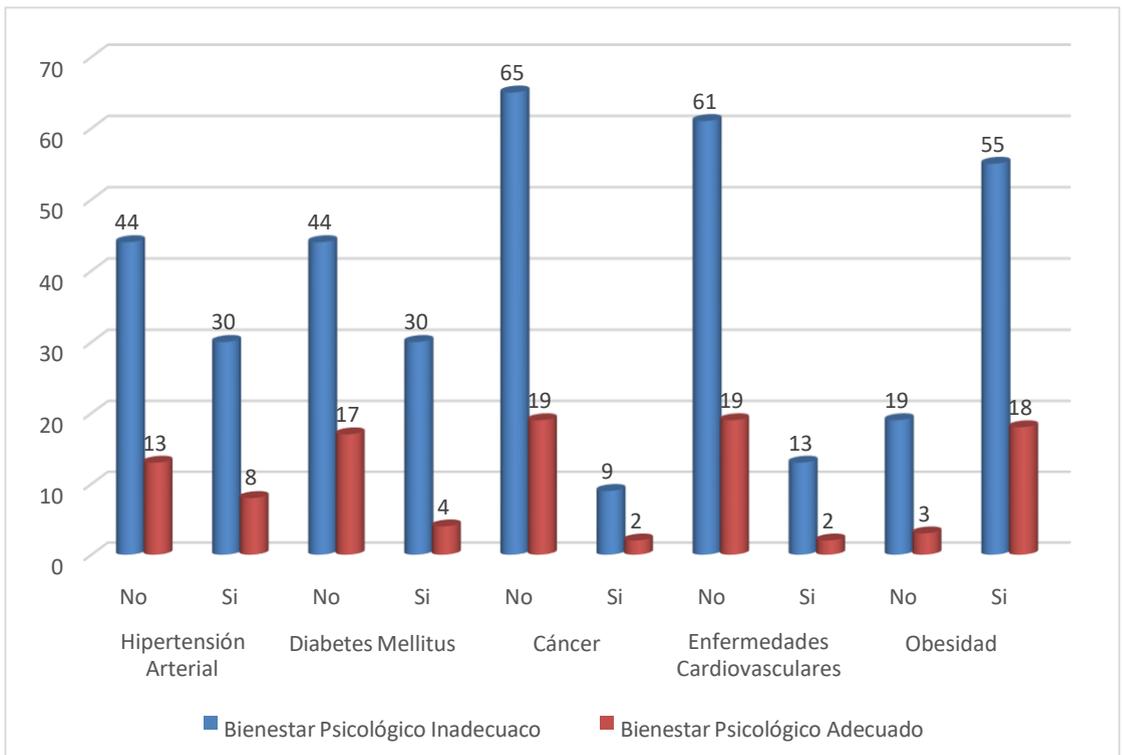
Fuente: Tabla 3.

Figura 4.



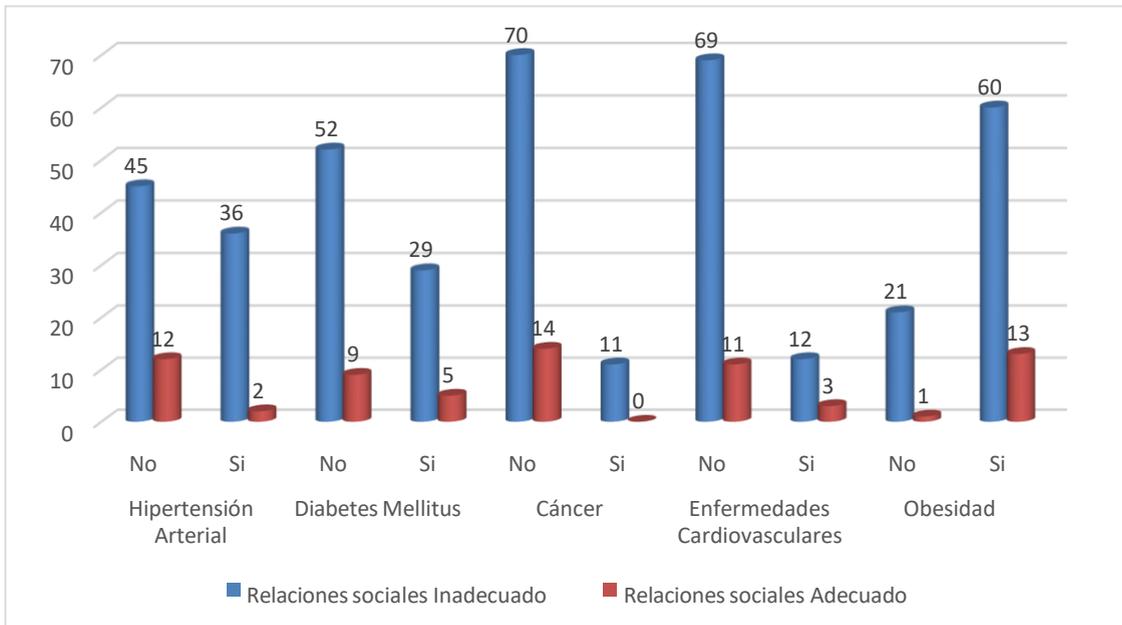
Fuente: Tabla 4.

Figura 5.



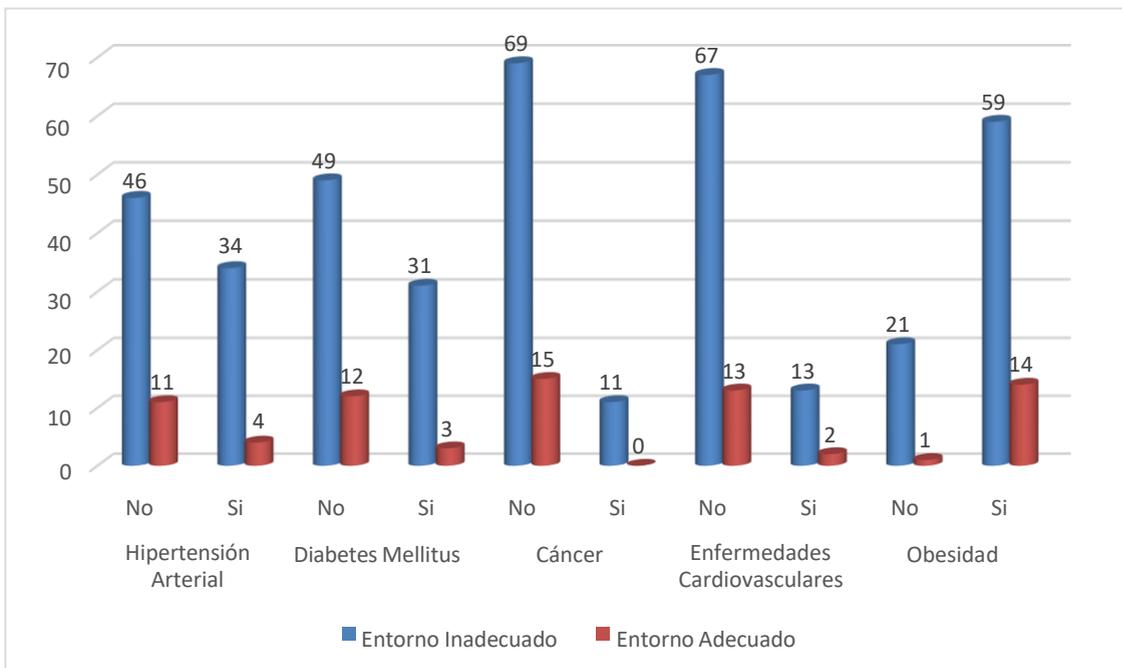
Fuente: Tabla 5.

Figura 6.



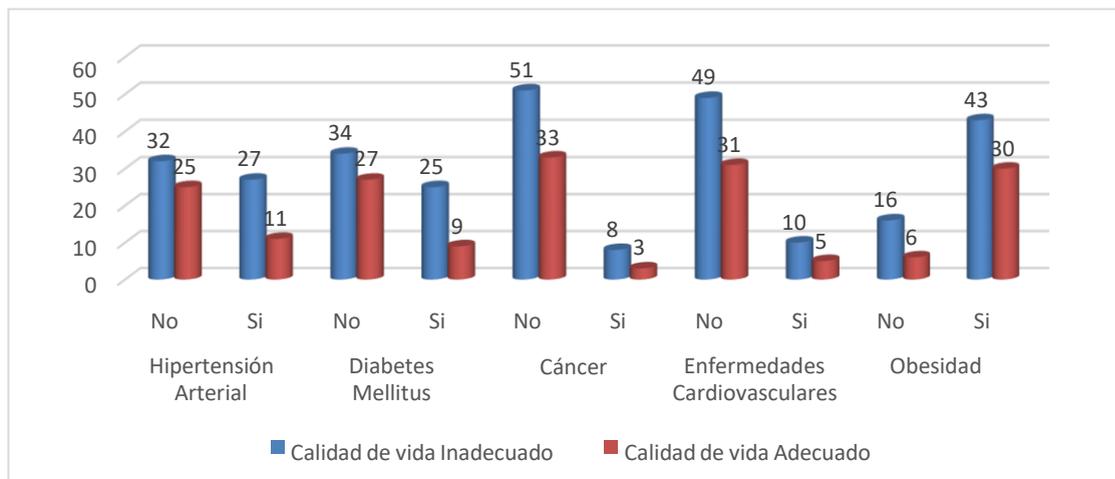
Fuente: Tabla 6.

Figura 7.



Fuente: Tabla 7.

Figura 8.



Fuente: Tabla 8.

### DISCUSIÓN:

El modelo bio-psico-social planteada por George Engel citado por Portal (17) menciona que la salud-enfermedad es un proceso continuo y dinámico, donde interactúan mente-cuerpo-contexto social; generando la siguiente conclusión de la teoría que establece que la afectación biológica puede alterar aspectos psicológicos, y las condiciones psicológicas pueden desarrollar o mantener una enfermedad. Hecho que el autor concuerda pues los resultados de la presente tesis dividen dos grupos de pacientes con enfermedades degenerativas de los cuales un grupo tiene una calidad de vida inadecuada y otro grupo que también tiene la enfermedad degenerativa posee una calidad de vida adecuada, reforzando con hechos que la psicología puede mantener una enfermedad. Reforzada por Pascual, y Caballo (11) quienes proponen que las variables psicológicas juegan un papel importante en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

Para el presente estudio se empleó el instrumento WHOQOL \_ BREF para medir la variable calidad de vida en pacientes con enfermedades degenerativas, la cual es reafirmada por Castillo, et al. (15) quienes expresan que el instrumento WHOQOL \_ BREF permite medir idóneamente la calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. Evidenciando su uso idóneo en el presente estudio.

Ya ingresando a los resultados obtenidos podemos mencionar datos como la edad, siendo la más frecuente las edades entre los 41-50 y 61 a 70 años; en su mayoría del sexo masculino, con estado civil de conviviente y grado de instrucción de superior. A diferencia de lo hallado por Aguilar, Rivera, González, Juárez, Ponce y Landeros (12) quienes hallaron que la media de su muestra de estudio estaba entre los 72.2 años y con predominancia del sexo femenino, no teniendo referencia a estudios que hablen del grado de instrucción y estado civil, pero pudiendo mencionar que estos dos aspectos pueden intervenir en las medidas de la calidad de vida del paciente con enfermedades degenerativas, por el

apoyo emocional de la pareja y nivel de conocimiento adquirido para ejercer mejor el proceso de autocuidado.

En referencia a la obesidad es la enfermedad degenerativa más frecuente, seguida de la hipertensión y con menor frecuencia el cáncer. Aunque en los diferentes estudios consignados como antecedentes no abordan explícitamente la frecuencia de enfermedades degenerativas, pero si hablan sobre las enfermedades degenerativas consignadas en el presente estudio respecto a la calidad de vida, es así que Portal (17) menciona que la calidad de vida en pacientes con obesidad mórbida, es baja y dentro del dominio de calidad de vida con mayor deficiencia, se encuentra la salud física. Coincidiendo con el autor pues en dicha dimensión la mayor frecuencia de pacientes con calidad de vida inadecuada es la obesidad.

En el segundo resultado se muestra que la mayor frecuencia de pacientes con enfermedades degenerativas presenta calidad de vida inadecuado seguida de un porcentaje menor con calidad de vida adecuado. Concluyendo que las enfermedades degenerativas mellan la calidad de vida de las personas que la padecen. Coligiendo con Vásquez y Horta (10), quienes expresan que existe gran efecto negativo de las enfermedades crónicas sobre la calidad de vida, percepción de salud y de la enfermedad en personas adulto mayores. Reafirmado por Aguilar et al. (12) quienes mencionan que la calidad de vida fue moderada en pacientes con enfermedades crónicas predominando pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial, afectando principalmente la autonomía e intimidad. Algo con lo que el autor esta de acuerdo pues las enfermedades degenerativas que tienen mayor frecuencia de calidad de vida inadecuada también se encuentran la diabetes mellitus e hipertensión arterial. Así mismo, López, Cifuentes, y Sánchez (13) van más allá de nuestros resultados pues plantean que pese a expresar los pacientes con diabetes mellitus en percibir su calidad de vida y estado de salud como buena; una gran mayoría reporta baja calidad de vida a su entorno y médico tratante. Coincidiendo con Candiotti (18) quien expresa que la mayoría de los adultos mayores tienen una autopercepción medianamente favorable de su calidad de vida, seguida por un porcentaje significativo que tiene una Autopercepción favorable superficial. Y por último lo contrasta Núñez (16) mencionando que el adulto jubilado y enfermo, viven su vejez con situaciones de culpabilidad, tristeza, desesperanza, miedo y pena, sentimientos que mella su calidad de vida por padecer enfermedades degenerativas. Contradiendo a los estudios precedidos Reséndiz et al. (11), pues menciona que existen niveles altos de espiritualidad y una calidad de vida positiva en la mayoría de pacientes con enfermedades degenerativas.

En nuestros resultados por dimensión se evidenciaron que en cada dimensión como física, psicológico, social y entorno existen gran cantidad de pacientes que son afectados en su calidad de vida y esta se torna inadecuada. Coincidiendo con Segura (14) quién afirma que las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, perciben que su calidad de vida se encuentra afectada negativamente, tanto en la dimensión física, como en la psicológica y social; y, en menor grado, en la dimensión espiritual. Debiendo el autor manifestar que, pese a no haber realizado un estudio sobre la dimensión espiritual, éste concuerda con lo mencionado por el autor que abordó dicha dimensión pues el ser humano es un ente completo donde se incorpora el espíritu.

Ya como proceso final contamos con dos autores que expresan como Garrido (1) que las peores valoraciones de la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con enfermedades degenerativas se dan más en mujeres mayores de 65 años contrariamente de lo que sucede en los varones de la misma edad. Y Escajadillo, et al. (16) expresan que la calidad de vida de los deportistas con discapacidad es alta, según la escala SF-36, mientras que es menor en el grupo con antecedente de participación en una competencia de alto nivel. Ambos autores abordaron aspectos que el autor de la presente tesis no realizó, sin embargo, no deja de ser muy importante pues contextualiza hechos que incremental el aporte científico de lo estudiado, pues evidencia que las mujeres serían las más afectadas en su calidad de vida y en personas con discapacidad al ser sometidos a situaciones de alto rendimiento les genera una disminución en su percepción de calidad de vida. Reafirmando estos datos la teoría de George Engel citado por Portal (17), donde afirma que lo biológico puede alterar aspectos psicológicos, y las condiciones psicológicas pueden desarrollar o mantener una enfermedad. Explicando la teoría, se puede expresar que la biología entre el varón y la mujer es diferente, por ende, tendrá diferentes efectos al ser puesta en condiciones de enfermedad y la psicología afecta a las personas con discapacidad al ser sometidos a situaciones de alto rendimiento generando afectación psicológica sobre su discapacidad. Hecho que sin duda se da en el padecimiento de enfermedades degenerativas.

#### **CONCLUSIONES:**

- Existe mayor frecuencia de edades entre los 41-50 y 61-70 años; en su mayoría del sexo masculino, con estado civil conviviente y grado de instrucción superior.
- La enfermedad degenerativa de mayor frecuencia evidenciada en los pacientes de la Micro Red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa es la obesidad, seguida de la hipertensión arterial y como menor frecuencia el cáncer.
- La calidad de vida de mayor frecuencia evidenciada en los pacientes de la Micro Red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa es inadecuado porque los pacientes no cumplen con todas las actividades o exigencias de manera personal, seguido de calidad de vida adecuado.
- Existe asociación entre bienestar físico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.087 y un p valor = 0.030.
- Existe asociación entre bienestar psicológico y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.041 y un p valor = 0.040.
- Existe asociación entre relaciones sociales y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.524 y un p valor = 0.030.
- Existe asociación entre entorno y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.319 y un p valor = 0.020.

- Existe asociación entre calidad de vida y las enfermedades degenerativas de pacientes de la Micro red Maritza Campos Díaz – Zamacola, Arequipa con un valor de Chi Cuadrada de 4.154 y un p valor = 0.014.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Garrido B. Calidad de vida relacionada con la salud del Anciano atendido en Atención Primaria. Tesis Doctoral. Santander: Universidad de Cantabria, Facultad de Medicina; 2014.
2. Fernández López JA, Fernández Fidalgo M, Alarcos C. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Revista Española de Salud Pública. 2010 Marzo-Abril; 84(2).
3. UnoWeb. Así Vamos En Salud. [Online].; 2015 [cited 18 Junio 2022. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/actualidad/enfermedades-cronicas-una-epidemia-segun-la-oms>.
4. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. [Online]. [cited 2022 Junio 17. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.
5. Ministerio de Salud del Perú. Carga de Enfermedad de la Región Arequipa. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2020.
6. USIL. [Online].; 2019 [cited 17 Junio 2022. Available from: <https://novedades.usil.edu.pe/noticias/aumento-de-enfermedades-cronicas-en-el-peru-analizaran-en-congreso-internacional>.
7. Barboza Palomino E. Prevalencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en Perú. Revista Cuidarte. 2020 Mayo-Agosto; 11(2).
8. Gerencia Regional de Arequipa. Análisis de Situación de Salud. Gobierno Regional de Salud Arequipa, Dirección de Epidemiología; 2019.
9. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Perspectivas en Psicología. 2005 Junio; I(2): p. 125-137.
10. Vásquez Morales A, Horta Roa F. Enfermedad crónica no transmitible y calidad de vida. Revisión Narrativa. Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Cauca. 2018 Enero; 20(1).
11. Pascual Sánchez A, Caballero Escribano C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. Enfermería Global. 2017 Abril; 1(46): p. 281-294.
12. Aguilar Navarro MR, Alonso Rivera CE, Gonzales Castro S, JuárezNieto MA, Ponce Moreno V, Landeros López M. Calidad de vida en el Adulto Mayor con rónicas en el Grupo "Un Día Más". In 8º Foro Estatal Interinstitucional de Bioética e Investigación en Salud; 2014; San Luis Potosí. p. 2-7.
13. López Cortés LF, Cifuentes Ortiz M, Sánchez Ruiz A. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana complejidad en Cali, 2013. Ciencia & Salud. 2014 Febrero; 2(8).
14. Segura Barrios M. Percepción de la calidad de vida en personas con situación de Enfermedad Crónica en una Institución Prestadora de Servicios de Salud Barranquilla. Tesis para optar el título de Magíster. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2012.

15. Castillo Guzmán A, Arocha Meriño C, Armas Rojas NB, Castillo Arocha I, Cueto Cañabate ME, Herrera Giró ML. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas. *Scielo*. 2008 Julio-Diciembre; 27(3-4).
16. Escajadillo Dávalos KJ, León Andonayre MF, Rojas Vilca JL, Sarmiento Almidón ML. Calidad de vida en personas con discapacidad física que practican actividad física. *Revista Hrediana de Rehabilitación*. 2019 Setiembre; 2.
17. Portal Reátegui WÁ. Calidad de vida en adultos con obesidad grado III. Tesis para optar título de Segunda Especialidad. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología; 2018.
18. Burns N, Grove S. Investigación de enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. España: Elsevier España; 2012.
19. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: MC Grau Hill; 2014.
20. Sánchez Flores FA. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. [Online].; 2019 [cited 2022 Junio 08. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-0144-9892>.
21. Ñaupas Paitán H, Mejía Mejía E, Novoa Ramírez E, Villagómez Paucar A. Metodología de la Investigación Científica. Cuarta ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2014.