

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESTILOS DE VIDA EN
LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO ADVENTISTA
DEL ECUADOR, SANTO DOMINGO, 2017

Tesis

Presentada para optar el grado académico de Maestra en Salud Pública,
con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

Por:

Ruth Elizabeth Calderón Landívar

Lima, Perú

Febrero de 2017

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la UPeU.

Calderón Landívar, Ruth Elizabeth
Factores sociodemográficos y estilos de vida en los estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador, Santo Domingo, 2017 / Autora: Ruth Elizabeth Calderón Landívar; Asesor: Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras - Lima, 2017.
132 páginas: anexos, tablas.

Tesis (Maestría) -- Universidad Peruana Unión – Escuela de Posgrado.
Unidad de Posgrado de Salud Pública. EP. Educación, 2017.
Incluye referencias y resumen.
Campo del conocimiento: Salud Pública.

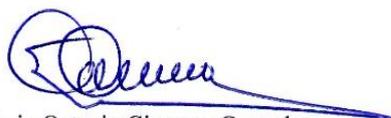
1. Estilo de vida. 2. Factores sociodemográficos. 3. Temperancia. 4. Alimentación.

*Factores sociodemográficos y estilo de vida en los estudiantes del
Colegio Adventista del Ecuador, Santo Domingo, 2017*

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública
con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

JURADO DE SUSTENTACIÓN



Dr. Edwin Octavio Cisneros Gonzalez
Presidente



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores
Secretario



Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras
Asesor



Dr. Luis Eduardo Córdova Carranza
Vocal



Mg. Rocío Suárez Rodríguez
Vocal

Lima, 23 de febrero de 2017

DGI – 13 ACUERDO DE ENTENDIMIENTO ENTRE EL(LOS) AUTOR(ES) Y LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ACUERDO DE ENTENDIMIENTO ENTRE EL AUTOR Y LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Este acuerdo se establece entre el(los) autor(es) y la Universidad Peruana Unión y se registra el 23 de febrero de 2017

Conste por el presente documento el Acuerdo de Entendimiento entre Ruth Elizabeth Calderón Landívar, identificado con DNI/CEXTR/PASS/0604140145, nacionalidad: ecuatoriana domiciliado en: Santo Domingo Km 14 1/2 Vía a Quevedo,

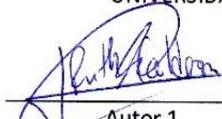
A quien (es) en adelante se le(s) denominará EL(LOS) AUTOR(ES); y de la otra parte UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN, con R.U.C. N° 20138122256, con domicilio legal en Villa Unión-Ñaña, altura del Km. 19 de la Carretera Central, distrito de Lurigancho-Chosica, provincia y departamento de Lima, a quien en adelante se le denominará LA UNIVERSIDAD, representada por su Rectora Dra. Teodosia Maximina Contreras Castro, identificada con D.N.I. N° 10168821, quien señala el mismo domicilio de su representada, facultada según nombramiento y poder otorgados en sesión ordinaria de la Asamblea Universitaria del 12 de noviembre del 2014.

Yo (Nosotros) EL(LOS) AUTOR(ES), reconozco (reconocemos) haber leído y comprendido los términos de licencia que acompañan a este documento y forman parte del mismo y estoy (estamos) de acuerdo en aceptar las condiciones en ellos expuestos:

- **Parte 1:** Términos de la licencia otorgada a LA UNIVERSIDAD para la publicación de las obras, tesis y/o artículos en el Repositorio Institucional.
- **Parte 2:** Términos de licencia Creative Commons para publicación de obras, tesis y/o artículos en el Repositorio Institucional de LA UNIVERSIDAD.

Además, como autor(es) original(es) de la obra, es de mí (nuestra) competencia:

- Estar en contacto con la dirección del Repositorio Institucional de LA UNIVERSIDAD en lo referente al contenido y asuntos informáticos.
- Proporcionar la información necesaria para crear y mantener las colecciones.
- Aceptar colaborar en lo referente a su situación, según lo requiera el CRAI de LA UNIVERSIDAD.


 Autor 1
 e-mail: ruth.calderon@iupue.edu.ec

 LA UNIVERSIDAD

Nota:

- El presente documento, está basado en el Decreto Legislativo N° 822, Ley sobre el Derecho de Autor, actualmente vigente en el Perú, publicado el 24 de abril de 1996, y sus normas modificatorias.
- Los artículos señalados de la forma "Leer el artículo", sirven únicamente como guía para el lector. Se recomienda leer todo el Decreto Legislativo.

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE LA TESIS

Yo **MIGUEL GUILLERMO BERNUI CONTRERAS**, identificado con DNI N° 25700453, adscrito a la Facultad de Teología y docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: *"FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESTILO DE VIDA EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO ADVENTISTA DEL ECUADOR, SANTO DOMINGO, 2017"*, constituye la memoria que presenta la Bachiller **RUTH ELIZABETH CALDERÓN LANDIVAR** para obtener el grado académico de Maestro en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud, cuya tesis ha sido desarrollada en la Universidad Peruana Unión con mi asesoría.

Asimismo dejo constancia de que las opiniones y declaraciones registradas en la tesis son de entera responsabilidad del autor. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los veintitrés días del mes de febrero de 2017.

Dr. Miguel Guillermo Bernui Contreras

Asesor

DEDICATORIA

A mi madre, quien ha sido

mi guía todos estos años,

A mi Padre, por ser ejemplo

de superación y constancia.

A mis abuelitos, por su apoyo

y cariño. A mi prima Andrea,

por estar siempre conmigo.

A mis amigos,

Grebecy May, por su
confianza y cariño, y Diego

Briceño, por apoyarme en
todo momento.

A todos los salubristas,

para darles ánimos a

concluir sus metas y

aceptar el desafío de evitar

la enfermedad y generar

bienestar y calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios,

por la fe y la paciencia, para
la conclusión de esta tesis y
por darme una gran familia.

A la UPeU,

por ser mentora en mi
formación y aportar en mi
crecimiento y desarrollo
personal.

A mis compañeros, por su
amistad, guía y apoyo
constante, y a todos los
docentes de la maestría por
su apoyo incondicional.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
TABLA DE CONTENIDO.....	viii
LISTA DE TABLAS	xi
RESUMEN	xiii
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN	xvii
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
Descripción de la situación problemática	1
Antecedentes de la investigación	10
Formulación del Problema.....	22
Problema General.....	22
Problemas específicos	22
Objetivos	23
Objetivo general.....	23
Objetivos específicos	23
Hipótesis	24
Hipótesis general.....	24
Hipótesis específicas.....	24
Justificación	25
Viabilidad.....	26
Delimitaciones	27
CAPITULO II.....	28
FUNDAMENTO TEÒRICO	28
Marco Bíblico Filosófico	28
Fundamento teórico de las variables.....	30

Estilos de vida.....	32
Alimentación.....	33
Actividad física.....	35
Descanso.....	39
Temperancia.....	41
Salud Mental y Confianza en Dios.....	44
Otros Hábitos de Riesgo.....	45
CAPÍTULO III.....	50
METODOLOGÍA.....	50
Tipo de investigación.....	50
Diseño.....	50
Población y muestra.....	50
Selección de los elementos de la muestra.....	50
Criterios de inclusión.....	50
Criterios de exclusión.....	51
Consideraciones éticas.....	51
Definición y operacionalización de variables.....	51
Instrumento de recolección de datos.....	53
Elaboración del instrumento.....	53
Validación del instrumento.....	54
Procedimiento para la recolección de datos.....	56
Plan de tabulación y análisis de los datos.....	56
CAPÍTULO IV.....	57
RESULTADOS.....	57
Descripción de los resultados descriptivos.....	57
Contrastación de hipótesis.....	64
CAPÍTULO V.....	81
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
Conclusiones.....	81
Recomendaciones.....	84

REFERENCIAS.....	86
APÉNDICE “A”	90
CUESTIONARIO DE HÀBITOS DE ESTILO DE VIDA	90
APÉNDICE “B”	99
MATRIZ DE CONSISTENCIA	99
Apéndice C:	102
MATRIZ INSTRUMENTAL	102

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1</i>	57
<i>Nivel de estudios de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	57
<i>Tabla 2</i>	57
<i>Edad de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	57
<i>Tabla 3</i>	58
<i>Género de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	58
<i>Tabla 4</i>	58
<i>Estado civil del padre de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	58
<i>Tabla 5</i>	59
<i>Estado civil de la madre de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	59
<i>Tabla 6</i>	59
<i>Grado de instrucción del padre de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	59
<i>Tabla 7</i>	60
<i>Grado de instrucción de la madre de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	60
<i>Tabla 8</i>	60
<i>Región de procedencia de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	60
<i>Tabla 9</i>	61
<i>Religión de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	61
<i>Tabla 10</i>	61
<i>Ingreso mensual de los padres de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	61
<i>Tabla 11</i>	62
<i>Consideraciones de salud de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	62
<i>Tabla 12</i>	62
<i>Lugar de consumo de alimentos de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	62
<i>Tabla 13</i>	63

<i>Percepción personal de la relación con Dios de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	63
<i>Tabla 14</i>	63
<i>Tipo de alimentación los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	63
<i>Tabla 15</i>	64
<i>Estilo de vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo</i>	64
<i>Contrastación de hipótesis</i>	64
<i>Tabla 16</i>	66
<i>Factores sociodemográficos relacionados con el estilo de vida</i>	66
<i>Tabla 17</i>	67
<i>Factores sociodemográficos relacionados con los Hábitos de Alimentación</i>	67
<i>Tabla 18</i>	69
<i>Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de Actividad física</i>	69

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador- CADE, Santo Domingo, 2017. Hallándose que la mayoría de los factores sociodemográficos están relacionados asociativamente con el estilo de vida de los estudiantes y correlacionados con el grado, edad, género y región de procedencia. Asimismo, su estilo de vida correlacionado con la forma como consideran su salud y relación con Dios además del lugar donde comen.

El presente estudio fue de tipo descriptivo, asociativo y correlacional. De diseño no experimental, de corte transversal, en una población de 390 estudiantes con una muestra de 275, seleccionados y elegidos de forma no aleatoria no probabilística.

Los resultados demuestran que algunos estudiantes que presentan una forma de estilo de vida es porque se conjuga en ellos una serie de factores: el grado, edad, genero, el estado civil del padre y de la madre, región de donde proceden, religión, las consideraciones que tengan de su salud y relación con Dios; además del lugar de consumo de su alimentación al margen del tipo de alimentación que puedan tener o el grado de instrucción o nivel de ingresos económicos de sus padres (ellos pueden haber reconfigurado un buen o mal estilo de vida por factores externos más que porque sus padres tenga altos o bajos niveles de estudios y recursos; aunque cabe resaltar que casi el 40% poseen estudios universitarios).

Sin embargo, el Estilo de Vida de los estudiantes está correlacionados o implicados de manera significativa por factores como el grado, edad, región de procedencia; además, de las consideraciones que tengan ellos de su salud y relación

con Dios además del lugar que ellos tengan en el consumo de sus alimentos.

Es decir, mientras los jóvenes estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador manifiesten un estilo de vida en mayor vulnerabilidad entre los 13 a 16 años de edad un aspecto que pueden ir paralelo con el grado de bachillerato a menor grado mayor riesgo; así como el género: tanto como varones o mujeres pueden estar vulnerados en su estilo de vida, a esto se suma la región de donde proceden aspectos que arrastran todas las costumbres culturales absorbidas hasta esa edad.

Se concluyéndose que los factores sociodemográficos en gran medida están implicados en que los adolescentes presenten un estilo de vida riesgo a deficiente que pueda dañar su bienestar y calidad de vida.

Palabras claves: Estilo de vida, factores sociodemográficos, temperancia, alimentación, descanso, salud mental, esperanza de vida, hábitos culturales.

ABSTRACT

The objective of the scientific research based on the lifestyle of the students of the Adventist College of Ecuador-CADE, Santo Domingo, 2017. Most of the socio-demographic factors are related to the style associatively with the lifestyle of the Students and correlated with the grade, age, gender and region of origin. Likewise, their lifestyle correlated with the way they consider their health and relationship with God in addition to the place in which they eat.

The present study was descriptive, associative and correlational. Of non-experimental design, cross-sectional in a population of 390 students with a sample of 275, selected and chosen in non-random non-probabilistic form.

The results show that some students who present a way of life are conjugated in them a series of factors as the son: the degree, age, gender, marital status of the father and mother, the region where they come from, Religion, considerations of their health and relationship with God; In addition to the place of consumption of their food regardless of the type of food they have, they have the level of education or level of income of their parents (they may have reconfigured a good lifestyle for the elements rather than why Parents Have high or low levels of studies and resources, however it should be noted that almost 40% have university studies).

However, students' Lifestyle is correlated or implied in significant fashion by factors such as grade, age, region of provenance; In addition, the considerations they have of their health and relationship with God in addition to the place they have in the consumption of their food.

That is, while the young students of the Adventist College of Ecuador manifest a lifestyle in greater vulnerability between the 13 and 16 years of age an aspect that can go in parallel with the degree of baccalaureate a major minor degree; As well as

sex: as much as men or women can be in their way of life, a his of the region from which they come that drag all the cultural customs absorbed until that age.

In conclusion, sociodemographic factors are largely implicated in the fact that adolescents present a life-threatening lifestyle that can damage their well-being and quality of life.

Key words: Lifestyle, sociodemographic factors, temperance, feeding, rest, mental health, life expectancy, cultural habits.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), los estilos de vida son un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el individuo, resultado de la interacción entre las características individuales, interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona, es importante distinguir y precisar las conductas de riesgo que producen mayor susceptibilidad a enfermar. Es importante resaltar que las anomalías de salud están incrementándose en el grupo etario juvenil.

En una estudio realizado por la editorial Perú económico (2012) indica que los hábitos que tiene la población no son los adecuados; la era moderna ha traído consigo cambios en la vida de las personas, influenciadas por los medios de comunicación, la tecnología, el ambiente laboral, el estrés, las migraciones y la transculturización; se han visto obligadas a cambiar su forma de vivir, perdiendo poco a poco la práctica de hábitos saludables e incorporando una serie de hábitos que los colocan en una situación de vulnerabilidad para adquirir una serie de enfermedades, principalmente las relacionadas con los hábitos no saludables.

Apaza (2014) hace referencia que el ejercicio físico al aire libre, el consumo de alimentos sanos, el beber agua pura y el descanso adecuado entre otros, han sido reemplazados por horas frente al televisor o la computadora, ingesta de alimentos procesados, consumos de bebidas gasificadas, jugos industrializados y pocas horas de descanso en relación a las necesidades del cuerpo.

La Iglesia Adventista Mundial se ha caracterizado por enfatizar los estilos de vida saludable, este mensaje mostrado a través de la Biblia y de los escritos de Elena G. de White, un aspecto que debería reflejarse en sus instituciones educativas sin

embargo la realidad en los miembros de la IASD y en los miembros de sus instituciones y sobre todo en la juventud al parecer el buen estilo de vida está muy lejana de los principios establecidos. (Apaza, 2015; Vivanco, 2015)

Por lo cual, este trabajo de investigación está dividido en cinco capítulos, el capítulo uno contiene el problema de investigación. El capítulo dos, los fundamentos teóricos de la investigación; un tercer capítulo contiene los métodos de la investigación; además de cuarto que presenta y analiza los resultados; para finalizar se presenta el capítulo cinco, en el cual se registran las conclusiones y recomendaciones. Por último, las referencias bibliográficas, y los anexos utilizados en este trabajo de investigación, de utilidad para los interesados en el tema.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

La organización Mundial de la Salud informa que, en el año 2008, hubo 57 millones de muertes, de las cuales 36 millones de muertes están asociadas a las Enfermedad No Trasmisibles (ENT) y se prevé que este porcentaje siga aumentando. Refieren que más del 80% de muertes causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes, y alrededor del 90% de las causadas por enfermedades pulmonares obstruidas, tienen lugar en países de ingresos bajos y medios. Más de los dos tercios de todas las muertes causadas por el cáncer tienen lugar en países de ingresos bajos a medios. Resaltan que las ENT también matan en edades intermedias de la vida en los países de ingresos bajos a medios, en los que el 29% de las muertes causadas por esas enfermedades tienen lugar entre personas menores de 60 años, frente al 13% en los países de ingresos altos. El aumento del porcentaje estimado en la incidencia de cáncer hacia 2030, comparado con 2008, será mayor en los países de ingresos bajos (82%) y medios bajos (70%), en comparación los países de ingresos medios altos (58%) y altos (40%). **(OMS, 2009)**

De la misma forma, la Organización Mundial de la Salud ha estimado que 8 de los 10 factores de riesgo que conducen a la muerte de la mayoría de la gente en todo el mundo están relacionadas con el estilo de vida, lo que representa el 49,9 de todas las muertes (OMS, 2009)

En concordancia, López (2007) explica que uno de los factores asociados al incremento de la mortalidad en los países subdesarrollados se debe al reemplazo de la

dieta tradicional, por una nueva tendencia de consumo de alimentos con elevados contenidos de grasas, azúcares refinados, bajo contenido de cereales y fibras, ausencia o poca cantidad de verduras, asimismo el estilo de vida sedentaria, todos ellos condicionantes del incremento de riesgo de síndrome metabólico.

En este marco, cabe resaltar que los adolescentes están inmersos también como grupo de riesgo; debido a que se ha aumentado la inactividad física y las conductas sedentarias, como resultado del uso indiscriminado de nuevas tecnologías, particularmente la televisión, internet, entre otros. Estimaciones de diferentes estudios sugieren que una gran proporción de jóvenes en países desarrollados y en vías de desarrollo ven más de 4 horas por día la TV, el doble de tiempo máximo recomendado (3,4). Por otro lado, porque en la adolescencia se establecen patrones de conducta que persistirán a lo largo de la vida y pueden tener efecto deletéreo para la salud; es decir, aunque estos padecimientos crónicos se presenten en el período de la adultez, el proceso de desarrollo se origina en la adolescencia (Sotomayor, Aquino, Jiménez, & Trejo, 2014).

Margaret Chang (2014) menciona lo siguiente: “Si bien los cambios de comportamiento individuales son importantes, para hacer frente a las ENT es fundamental que las más altas instancias de gobierno ejerzan su liderazgo, que se formulen políticas con la participación de todos los departamentos gubernamentales y que se avance hacia la cobertura sanitaria universal.”

Las ECNT se han ido incrementando por los efectos de la globalización, comercialización, el rápido proceso de urbanización y el envejecimiento prematuro de la población.

Complementando, la obesidad es uno de los problemas más comunes, en el 2014 hubo 641 millones de obesos en el mundo (266 millones de hombres y 375

millones de mujeres). (Mundo, 2016). Asimismo, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. Esta causada principalmente por un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización. La falta de actividad física está sólo por detrás de la hipertensión, el consumo de tabaco y los niveles elevados de azúcar en sangre. Así, el 6% de todas las muertes anuales, unos 3,2 millones de fallecimientos, se producen por no ser suficientemente activos. (OMS, 2016).

De la misma forma: el 31% de las personas de más de 15 años no son suficientemente activos (28% en el caso de los hombres y el 34% de las mujeres), según datos de 2008. Cuando los datos se centran sólo en países de altos ingresos, el sedentarismo aumenta hasta el 41% de los hombres y el 48% de las mujeres, el doble que en los países menos desarrollados (18% de los hombres, 21% de las mujeres). (Noticias de Actualidad, 2014)

Son muchos los factores que están aquejando a la juventud de hoy entre ellos es el descanso. Los trastornos del sueño son un motivo de consulta frecuente, tanto en medicina general como en psiquiatría. Más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, pero sólo el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y sólo el 5% acuden al médico con el objeto principal de recibir tratamiento para este problema. Se estima que de un 10% a un 15 % de la población adulta padece insomnio crónico (Sarraís & Castro, 2007).

Igualmente, estos investigadores resaltan que la prevalencia del insomnio como síntoma de alguna enfermedad es también elevada, ya que se estima que un 50% de los adultos sufren insomnio en algún momento de la vida y que un 25-35 % ha padecido insomnio ocasional o transitorio acompañando al estrés de situaciones vitales. Estos porcentajes son elevados teniendo en cuenta que la depresión – enfermedad más frecuente en psiquiatría– tiene una prevalencia del 17%⁵.

Corroboran con estos datos Chamorro, et. al. (2011) indicando que uno de los cambios comportamentales que se han observado en sociedades industrializadas ha sido la disminución de las horas destinadas al sueño nocturno. La disponibilidad de la luz eléctrica, aparatos tecnológicos, mayor demanda laboral, turnos laborales y viajes transmeridianos, se han asociado con este fenómeno. A modo de ejemplo, adolescentes de distintas culturas utilizan la televisión y el computador diariamente y por períodos prolongados, con el consiguiente retraso en el inicio del período de sueño y reducción del mismo por lo que al siguiente día están fatigados, como no han tenido un descanso adecuado, no atienden a clases y su rendimiento académico es bajo.

Por otro lado, otros hábitos también perjudican la salud de los jóvenes. Debido a la presión social toman decisiones equivocadas; muchas de ellas que perjudican su organismo, cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones (OMS, 2015). En 2012, el 5,9% de todas las muertes a nivel mundial fueron a causa del consumo de alcohol. (Revenga, 2014).

Las Américas y Europa tienen las proporciones más altas de adolescentes (15 a 19 años) que beben alcohol, con el 53% y el 70% respectivamente, que admiten ser consumidores actualmente. En promedio, las personas en las Américas consumen 8,4

litros de alcohol puro per cápita cada año, lo que coloca a la región en segundo lugar después de Europa, donde las personas consumen 10,9 litros por año y tiene la prevalencia más alta de desórdenes por el uso de alcohol entre mujeres, con un estimado de 12,6% de niñas y mujeres afectadas. (OPS, 2014).

De la misma manera, se calcula que unos 230 millones de personas, o el 5% de la población adulta del mundo, consumieron alguna droga ilícita por lo menos una vez en 2010. A nivel mundial, las dos drogas ilícitas de mayor consumo siguen siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis” (0,3% a 1,2%), aunque los datos relativos a su producción son escasos. La prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se ha mantenido estable, respectivamente entre el 0,3% y el 0,4% y entre el 0,3% y el 0,5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad (UNDOC, 2012)

Es preciso resaltar, que el tabaco mata cada año a casi 6 millones de personas, de las que más de 5 millones son consumidores del producto y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo de tabaco ajeno (OMS, 2015). Entre 80.000 y 100.000 jóvenes de todo el mundo se convierten en adictos al tabaco cada día. Más de un 30% de los jóvenes españoles se declaran adictos al tabaco, 4 de cada 5 fumadores empezaron a fumar antes de los 18 años (CCM, 2017).

Frente a la problemática observada se podría encausar que muchos de estos problemas pueden estar dados por algún trastorno con un trasfondo psicológico. En el 2001 aproximadamente 450 millones a nivel mundial de personas tenían algún tipo de trastorno mental. Aproximadamente, 4 millones de norteamericanos entre los 18-54 años, cerca del 2.8% de la población, sufre cada año el trastorno por ansiedad generalizada. Si bien puede aparecer en cualquier momento del ciclo vital, las

mayores probabilidades se concentran entre el final de la infancia y mediados de la edad adulta. Cerca de 5.3 millones de norteamericanos entre 18 y 54 años, sobre el 3.7% de la población sufren fobia social. La edad de comienzo habitual se sitúa en el final de la niñez y el principio de la adolescencia (Esperanza, 2009).

Dicha revista hace referencia que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Más de 350 millones de personas de todas las edades sufren de depresión globalmente. En América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta. Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000. Corrobora, la Organización Panamericana de la Salud que entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros (OPS, 2012).

En cuanto a la tecnología también podemos observar su influencia en nociva en la juventud actual. Por ejemplo, en EE.UU. 6 de cada 10 adultos tienen un teléfono inteligente, según un informe de enero de Pew Research Center, mientras que a nivel mundial el porcentaje apenas supera el 20 %. Entre marzo de 2013 y marzo de 2014 la cifra mundial de adictos a los teléfonos inteligentes se ha multiplicado un 123 % hasta situarse en 176 millones de personas. Una encuesta realizada en EE.UU. en 2012 por la tecnológica Lookout determinó que el 58 % de los propietarios de un "smartphone" no dejan que pase una hora sin echar un vistazo a su teléfono y un 73 % admitió sentir pánico ante la idea de no saber dónde está su dispositivo. (elnuevodia.com, 2014)

En China, Taiwán y Corea del Sur, la adicción a Internet ya está aceptada a nivel de diagnóstico psicológico. Al parecer cuanto más tiempo transcurre uno online, más se atrofian las partes del cerebro encargadas del habla, memoria, control motor, emociones. De hecho, la capacidad de atención ha disminuido un 40% en los últimos 10 años. En los países donde la adicción a Internet se considera ya una patología se han cuantificado un 30% de adictos a las redes sociales o los videojuegos (Pantallas Amigas, 2012).

En nuestro medio, las conductas de riesgo y el deficiente estilo de vida no es ajeno. En Ecuador en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2011-2013) Dicho, informe señala que 5558.185 ecuatorianos de entre 19 y 59 años sufren de sobrepeso u obesidad. Un 29.9% de menores de 5 a 11 años tiene sobrepeso y el 26% de adolescentes entre 12 y 19 años también (Telegrafo, 2013). En la provincia de Santo Domingo el 12% de los niños padecen anemia debido a una mala alimentación que repercutirá el resto de su vida (Diario, 2011). A esto se suma el sedentarismo como bien plazmó el diario “la hora” que reportò cifras del Ministerio del Deporte que el 90% de los Ecuatorianos son sedentarios (La Hora, 2011).

De la misma forma: un informe que el 22 de julio publicó el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos reveló que en Ecuador 912 576 personas consumen bebidas alcohólicas. El 89,7% son hombres y el 10,3% son mujeres. La encuesta fue realizada a mayores de 12 años e incluye el consumo de bebidas destiladas, cerveza y vino. Las personas entre 19 y 24 años son las que más consumen bebidas alcohólicas con 12%, y la población menor de 18 años con un 2,5%. La cerveza es la bebida alcohólica preferida por quienes consumen licores con un 79,2%. (El Comercio, 2014)

En Ecuador, del total de la población el 22% es fumadora, mientras que el 78% no lo es. (Andes, 2013), alrededor de 900 personas fallecieron en el 2012 en el

país, por causa directa con el consumo del cigarrillo. El 14.5 % de los adolescentes entre 10 y 19 años ha fumado alguna vez. La encuesta también revela que los hogares ecuatorianos gastan en promedio de 10,44 dólares en tabacos y que 2,5 cigarrillos al día es el consumo promedio de los ecuatorianos, según cifras entregadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: INEC (El Mercurio , 2014).

Por otro lado, la salud mental también está afectada en Ecuador. Del 10 al 15 por ciento de la población ecuatoriana manifiesta problemas de salud mental referidos a la depresión. El 50 por ciento de esos pacientes que van a consulta con Psiquiatra o Psicólogo tiene cuadros depresivos, ha precisado. “Vale la pena señalar que entre el 15 y 20 por ciento de las depresiones traen consigo suicidio. La población más afectada por los intentos de suicidio y suicidio consumado es población joven que va de 15 a 29 años. (Redacción Médica, 2016)

Por otro lado, en cuanto a redes sociales en Ecuador, cerca de un 98% de personas que están sobre la franja de edad de los 12 años tiene una cuenta en Facebook. Así lo demostraron los resultados de la Encuesta de Condiciones de vida realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). A escala nacional, los resultados arrojan que un 41,4% de las personas encuestadas tienen una cuenta en una red social. Entre las opciones presentadas por el INEC están Facebook, Twitter, YouTube, WhatsApp, YouTube, Skype y otras redes (Sandoval, 2015). De los 8,5 millones de usuarios de Internet en Ecuador, **Facebook** continúa siendo el líder absoluto habiendo captado a **8,1 millones** de usuarios en el país al 22 de enero de 2015, de los cuales el importante porcentaje del 69 % ingresan desde dispositivos móviles. **Twitter** cuenta con un promedio de **2'000.000 de usuarios** en Ecuador a enero de 2015, de los cuales el 53 % en promedio utiliza la red social desde dispositivos móviles. (Ponce, 2014). Por lo tanto, es importante haber realizado el

presente estudio a fin de indagar en cuales son los factores que estan relacionados a que se deben dichas conductas de riesgo y tenga un estilo de vida deficiente en los adolescentes en Ecuador en especial en el Colegio Adventista del Ecuador.

La Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas tiene una situación geográfica muy estratégica ya que se encuentra emplazada en el centro del país, limita al norte con la Provincia de Pichincha y Esmeraldas, al sur con la Provincia de los Ríos y Cotopaxi, al este Provincia de Pichincha, al Oeste Provincia de Manabí y Esmeraldas, goza de un clima variado que va del cálido al frío. Es considerado como altamente productivo tanto en la actividad ganadera como agrícola.

En junio de 1.964 se adquirió una gran extensión de tierra en Santo Domingo por el Pr. Nathan Merkel y en enero de 1965 Merlin Eberhardt comenzó la construcción y posteriormente el funcionamiento del Colegio Adventista del Ecuador, CADE y en 1995 paso a ser el Instituto Adventista del Ecuador, ITSAE. En la actualidad forma parte de más de los siete mil (7000) establecimientos educativos adventistas a nivel mundial y dentro de las 14 Instituciones a nivel Superior de Sud América.

El ITSAE-CADE cuenta con aproximadamente 600 estudiantes desde el inicial hasta el Superior; ofertando 4 carreras, Promoción de Salud, Administración de Empresas, Análisis de Sistemas y Teología.

El CADE es una Institución de renombre en la ciudad de Santo Domingo, generación tras generación han pasado por las aulas del CADE, los estudiantes reciben una educación integral por medio de la práctica de los valores bíblicos cristianos, que caracterizan a la pedagogía adventista.

Actualmente sus ex estudiantes son Alcaldes, Jefes de Grandes Empresas. La Institución fomenta un Estilo de Vida Saludable. El programa de estudios permite a

los estudiantes desarrollar habilidades sociales, académicas e investigativas a fin de que cada uno emprenda su proyecto de vida de manera exitosa, logrando que el estudiante desarrolle sus capacidades, destrezas, habilidades y autocontrol en un ambiente significativo y cálido de valores cristianos.

A más de impartir conocimientos científicos, la institución cuenta con una gran extensión de tierra (220 hectáreas) y fomenta el cultivo de huertos orgánicos basándose en la filosofía adventista, y un campus ecológico, con canchas deportivas y zonas recreacionales, un internado de varones y uno de señoritas, biblioteca, academia de música, etc.

Realizando un análisis previo podemos apreciar que los estudiantes del Colegio CADE, proceden de hogares en los cuales los padres pertenecen a una categoría económica de media a alta, por cuanto se encuentran en la capacidad de solventar con los gastos que demanda la educación particular y además la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas se caracteriza por ser muy productiva y los habitantes que se encuentran radicados en sectores cercanos al Colegio CADE se dedican a realizar trabajos mediante empresas agrícolas o industriales. Pero a su vez estos factores no permiten que los padres de los estudiantes dispongan del suficiente tiempo para controlar a sus hijos en lo que se refiere al uso de las redes sociales y juegos de video, como también no se da la debida importancia a la dieta que se encuentran consumiendo los estudiantes, por cuanto quedan al cuidado de terceras personas como familiares o empleadas, concluyendo que todos estos factores modificables pueden determinar e incidir en la salud física mental y espiritual de los jóvenes.

Antecedentes de la investigación

Capdevila, Bellmunt y Domingo (2015) analizaron el estilo de vida y rendimiento académico en adolescentes: comparación entre deportistas y no deportistas. Se quiso esclarecer algunas dudas respecto al uso que hacen del tiempo libre los sujetos deportistas adolescentes en comparación con sus iguales no-deportistas y de qué forma podía influir esto en su rendimiento académico. La muestra estaba formada por 313 sujetos adolescentes de 3º y 4º de ESO, 181 hombres y 132 mujeres, de 12 Centros de Castellón de la Plana; 124 eran deportistas y 189 no-deportistas. Los instrumentos utilizados fueron los cuestionarios CHTE (Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio), PFYTL (Práctica Física Y uso del Tiempo Libre). Las variables analizadas fueron el rendimiento académico, los hábitos de estudio, el ocio sedentario y el sueño. Los principales resultados muestran que los sujetos deportistas tienen mejor rendimiento académico, mejores hábitos de estudio y dedican menos tiempo al ocio sedentario; además, dentro de los hábitos de estudio, los sujetos deportistas planifican mejor su tiempo libre y presentan mejor actitud frente a los estudios.

Gonzales, et al. (2013) realizaron un análisis del estilo de vida y los hábitos alimenticios a una muestra de 138 adolescentes, en edades entre 14 y 19 años, los objetivos del estudio fueron determinar si el estado nutricional de una población de estudiantes mejoró después de una intervención educativa, al igual que sus hábitos saludables de alimentación y ejercicio y descubrir si los estudiantes pasaban menos tiempo en sus actividades de ocio sedentarias después de la intervención. Posterior a la intervención se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p < 0,00$) en relación con el estado nutricional de los estudiantes. En cuanto a la adopción de hábitos saludables después de la intervención después, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la prueba de Krece Plus ($p < 0,00$) y en la práctica

de ejercicio físico ($p < 0,006$), en las actividades de ocio sedentarias hubo una disminución significativa ($p < 0,00$) en el porcentaje de horas dedicadas a ver televisión.

Alcibíades, André, Rui (2007) midieron los efectos de la actividad física y del nivel socioeconómico en el sobrepeso y obesidad de escolares, Lima Este 2005. El estudio fue realizado a 4191 niños de siete instituciones educativas de 6 a 11 años. El sobrepeso y la obesidad fueron determinados a través del índice de masa corporal, los niveles de actividad física fueron evaluados a partir del cuestionario de Godin y Shephard y la caracterización del nivel socioeconómico (NSE) fue según la escuela donde cursaban estudios. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue de 22 y 7% respectivamente, 32,9% de los escolares fueron considerados como poco activos. Los escolares de NSE alto tienen mayor riesgo de presentar sobrepeso (OR: 3,9; IC95%: 3,1- 4,9) o ser obesos (OR: 11,5; IC95%: 7,3-18,2) independientemente de la edad, sexo y nivel de actividad física. No se encontró asociación entre los niveles de actividad física y el sobrepeso u obesidad. La prevalencia de sobrepeso y obesidad que se encontró refuerza la preocupación mundial con la obesidad infantil y sus consecuencias en el futuro. Los factores más influyentes para el sobrepeso y la obesidad fueron el NSE, edad y sexo. La actividad física no presenta ninguna asociación significativa.

Goñi e Infante (2010) midieron la relación entre Actividad físico-deportiva, auto-concepto físico y satisfacción con la vida. Con el objeto de comprobar de qué manera están relacionadas estas tres variables, en este estudio participan 408 personas (163 hombres; 245 mujeres) de entre 23 y 65 años ($M = 44,82$; $DT = 13,44$); se les clasificó en sedentarias (37.5%), moderadamente activas (35.4%), activas (16%) y muy activas (11%), en función del gasto metabólico (expresado en METs) calculado a

partir de la frecuencia \times la duración \times el valor de la actividad física que desarrollan. Los resultados permiten identificar relaciones positivas de la actividad físico-deportiva con la autopercepción física y con la satisfacción con la vida en el siguiente sentido: a mayor práctica de actividad físico-deportiva, mejor autoconcepto y mejores niveles de satisfacción con la vida.

González, Sarmiento, Ramírez, et al (2010) analizaron los niveles de actividad física de la población colombiana: desigualdades por sexo y condición socioeconómica. Se hizo un análisis secundario de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional, 2005-2010. La muestra total incluyó 27.243 adultos. Los niveles de actividad física se midieron con el cuestionario internacional de actividad física. La condición socioeconómica se midió por el nivel del Sisbén. La prevalencia del cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en todos los dominios fue menor entre las mujeres. Los adultos de menor nivel socioeconómico tuvieron la menor prevalencia en “tiempo libre” y la mayor en “uso de la bicicleta como medio de transporte”. Los factores asociados con el cumplimiento de las recomendaciones difirieron según el sexo y el dominio de actividad física. Las variables individuales y del hogar explicaron 13,6 % de las desigualdades por sexo y 23,2 % de las desigualdades por nivel socioeconómico. En un período de cinco años la prevalencia de “actividad física en el tiempo libre” disminuyó y aumentó en “caminar como medio de transporte”. Son preocupantes las bajas prevalencias de cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física en el tiempo libre en las mujeres y las personas de menor nivel socioeconómico. En futuras intervenciones para incrementar los niveles de actividad física deberán considerarse las desigualdades por sexo y condición socioeconómica, así como sus factores asociados

Alfaro, Vázquez, Fierro, et al. (2016) analizaron los hábitos de alimentación y ejercicio físico, el objetivo fue estudiar las características de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes escolarizados de la provincia de Valladolid, se realizó una amplia encuesta de carácter anónimo y auto-cumplimentada a 2412 escolares de 13 a 18 años, extrayendo los datos relacionados con la alimentación y el ejercicio físico, entre marzo y mayo de 2012. Los adolescentes desayunaban diariamente el 79,2% de los adolescentes, no desayunaban nunca un 4%. Referían consumir fruta a diario el 45,2%, verdura cocida o cruda al menos dos veces a la semana el 31,9% y 62,6%, respectivamente y legumbre al menos una vez a la semana el 92,4%. No consumía pescado el 10,7%. En relación a los alimentos no saludables, tomaba refrescos a diario el 10,5%, golosinas el 7,2% y patatas fritas tipo chips el 4,5%. El 62,4% consideraron que su peso era adecuado. El 30,2% ha realizado dieta en alguna ocasión. Se ha provocado el vómito, tomado laxantes o diuréticos para perder peso alguna vez el 7,7% y diariamente o frecuentemente el 1,6%. En relación al ejercicio físico, el 95,8% lo practicaba a diario y un 69,6% en el colegio.

Álvarez (2012) realizó un estudio en 27 niños y 32 niñas con edades promedio de 9.2 años, para medir el impacto del programa “Del juego a la Salud” en los estilos de vida saludables de los estudiantes de primaria. Estudio cuasi-experimental con una duración de 4 meses, en los resultados hubo un incremento significativo en el conocimiento, en el tiempo reportado en actividad física ($p < .05$) a través del reporte dirigido. Además, ellos mostraron un incremento en el consumo de frutas y vegetales ($p < .01$). Con respecto a la actitud de cambio hacia la actividad física, las mujeres de la intervención mostraron cambios significativos. Este estudio demostró ser práctico y que podría ser fácilmente incorporado al contexto educativo. Este programa debe

mejorar el conocimiento en salud, en la actitud de cambio y en las prácticas en nutrición y actividad física.

Aguilar, Sánchez, Mur, et al. (2013) en su estudio: Influencia de un programa de actividad física en niños y adolescentes obesos con apnea del sueño; protocolo de estudio. La hipótesis de que el ejercicio de resistencia aeróbica puede ser un tratamiento eficaz para la obesidad y apnea del sueño al mismo tiempo. El objetivo del estudio fue determinar la influencia de la actividad física en niños y adolescentes con sobrepeso/obesidad en la apnea del sueño. El estudio fue observacional, descriptivo, prospectivo y longitudinal en niños con apnea del sueño y obesidad. El universo fueron 60 niños y adolescentes de 10 a 18 años, atendidos en el servicio de endocrinología con obesidad en el Hospital Clínico San Cecilio de Granada durante el periodo septiembre 2012-2013. La apnea del sueño en los niños se medirá mediante un cuestionario de polisomnografía y calidad del sueño. También se realizará una evaluación nutricional mediante un cuestionario de frecuencia alimentaria y una evaluación antropométrica. Entre los resultados esperados están el bajo peso y la obesidad e los niños a través del programa de actividad física, reducir la apnea y mejorar la calidad de sueño.

Ruiz, Rangel, Rodríguez, et al. (2014) relacionaron el déficit de sueño nocturno, el exceso de peso y las alteraciones metabólicas en adolescentes. Estudio transversal realizado en una escuela de Valencia, Venezuela, Participaron adolescentes de 12 a 17 años. Se realizó una encuesta sobre duración del sueño nocturno, se registraron el peso, talla y circunferencia de cintura y se midió la glucemia, perfil lipídico e insulinemia, Se calculó el Índice de Masa Corporal y el modelo de evaluación homeostático de resistencia a la insulina (índice HOMA-IR). Se incluyeron 90 adolescentes. En comparación con el grupo normopeso, los

adolescentes con exceso de peso presentaron menor promedio de horas de sueño de domingo a jueves ($p < 0,05$) y mayor frecuencia de déficit de sueño y deuda de sueño ($p < 0,05$). La presencia de DHL colesterol bajo y de insulinoresistencia se asoció significativamente a deuda del sueño ($p < 0,05$). En los adolescentes con deuda del sueño, el riesgo de presentar exceso de peso fue 2.70 veces mayor (IC95%= 1.09-6.72; $p = 0,32$), independientemente de la edad, sexo, maduración sexual, déficit de sueño entre domingo y jueves y antecedentes familiares en primer grado de enfermedad cardiovascular y diabetes. El déficit de sueño nocturno y la deuda de sueño se asociaron significativamente a exceso de peso y alteraciones metabólicas relacionadas con riesgo cardiometabólico elevado.

Pontingo y Catillo (2016) realizaron un estudio sobre los Horarios de alimentación y sueño en adolescentes chilenos de San Antonio, V Región: su asociación con obesidad y distribución de obesidad corporal. Estudio transversal en 290 adolescentes (12-19 años) de un colegio municipal San Antonio, V región de Chile. Se les evaluó el IMC, la circunferencia abdominal, la adiposidad general y se completó una encuesta de frecuencia de consumo alimenticio (CA) y sueño. En las niñas hubo más obesidad que en aquellas con < 3 comidas/día vs < 4 comidas día (9,4 vs 0,7%; OR=7,6; IC 95%: 1,8-44,0), también en varones (17,7% vs 2,6%; OR= 9,8; IC 95%: 2,941,3) En mujeres la CA fue mayor con < 3 vs > 4 comidas/día ($83,8 \pm 10,9$ vs $73,3 \pm 6,6$ cm; $p < 0,05$); lo mismo en varones ($81,2 \pm 9,5$ cm vs $75,5 \pm 6,3$ cm; $p < 0,05$). Un 38,8% de los varones tenían Adiposidad Grasa aumentada con < 3 comidas/día vs 7,2% con > 4 comidas/día (OR= 10,5; IC95%: 3,3-35,1). Los varones que dormían < 9 h/d presentaron $> \text{IMC}$ que los con > 9 h/d: $22,8 \pm 3,9$ vs $21,5 \pm 3,9$ Kg/m² ($p < 0,05$). El análisis multivariado mostró al número de comidas/día como el principal factor asociado a obesidad. Conclusiones: En estos adolescentes la

frecuencia de comidas <3/día se asoció con un mayor riesgo de adiposidad y de obesidad central y en varones además con < 9 h/d de sueño.

Rodrigo, Marquez, Mendoza, et al. (2004) estudiaron la relación padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia (teniendo en cuenta el consumo de tabaco, alcohol, hábitos alimenticios, actividad deportiva, sexualidad, autoimagen, relaciones con los iguales, vida escolar) de 1.417 adolescentes de nivel socioeconómico bajo y su relación con la calidad de las relaciones padres-hijos. Los resultados obtenidos mediante las técnicas del análisis de correspondencias múltiples indican que los estilos de vida sanos, típicos de la mayoría de los adolescentes de 13 años, empeoran hacia los 15 y 16 años. Se encuentran pautas más extremas de deterioro en aquellos adolescentes atendidos por los servicios sociales o que siguen programas alternativos (Garantía Social). La comunicación y el apoyo de los padres, así como el acuerdo de éstos en temas educativos, se muestran como factores de protección asociados a los estilos de vida saludables en todas las edades estudiadas.

Lema, Salazar, Varela, et al. (2009) analizaron el comportamiento y salud en jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. El objetivo de este trabajo fue describir los comportamientos que hacen parte de los estilos de vida de los jóvenes universitarios, en diez dimensiones: ejercicio y actividad física, tiempo de ocio, autocuidado y cuidado médico, alimentación, consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, sueño, sexualidad, relaciones interpersonales, afrontamiento y estado emocional percibido, y su correspondiente grado de satisfacción con dichas prácticas. Participaron 598 estudiantes (44,7% hombres y 55,3% mujeres) de una universidad privada de Colombia, quienes diligenciaron el “Cuestionario de estilos de vida en jóvenes universitarios” (Cevju). Los resultados obtenidos muestran un predominio de prácticas saludables en todas las dimensiones, con excepción de ejercicio y actividad

física y alta satisfacción con el estilo de vida y el estado general de salud. Hubo coherencia entre el nivel de satisfacción con el tipo de prácticas realizadas, y esta relación fue analizada siguiendo los lineamientos del modelo de etapas de cambio. Se propuso mejorar algunos aspectos relevantes con la creación de programas de intervención que se orienten a la promoción de un mayor número de conductas positivas para la salud y a la disminución de aquellas que puedan deteriorarla.

González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002) estudiaron la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. La muestra está formada por 417 adolescentes entre 15 y 18 años. Las estrategias de afrontamiento se evaluaron con el ACS (Frydenberg y Lewis, 1996a) y el bienestar psicológico con el BIEPS (Casullo y Castro, 2000). Los resultados señalan una escasa relación de la edad con el afrontamiento y el bienestar psicológico. En cuanto al género, las mujeres poseen mayor repertorio de estrategias de afrontamiento y menos habilidad para afrontar los problemas que los varones. El nivel de bienestar psicológico establece diferencias más claras respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas que la edad y el género.

Serrano y Andreu (2016), en su investigación “Inteligencia emocional percibida, bienestar subjetivo, estrés percibido, engagement y rendimiento académico de adolescentes” encuestaron a 626 participantes entre 13 y 18 años muestran la existencia de relaciones entre Inteligencia Emocional Percibida (IEP) y todas las variables analizadas, a excepción de edad y rendimiento académico; al tiempo que todas las variables hipotetizadas como mediadoras sí se asocian con el rendimiento académico. El efecto directo de las IEP sobre el último se produce a través del mayor compromiso con el estudio (engagement) y el menor estrés percibido. Se discute la

implicación de los resultados para diferentes propuestas relacionales entre IEP y las variables evaluadas.

Ossa, Sánchez, Mejía, et al (2015) realizaron un estudio para ver la Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia. Se tomó un total de 1520 registros correspondientes a adolescentes entre 13 y 17 años. La información recolectada fue facilitada por el centro de investigación en Salud Mental de la universidad CES Medellín. La prevalencia del total de depresión mayor en adolescentes fue de 7.1% equivalentes a 108 jóvenes de una muestra total de 1520. La variable del sexo femenino toma fuerza teniendo un resultado total de 2,122; por lo que podemos decir que fue dos veces mayor el riesgo de tener depresión en las mujeres. En cuanto a la variable espiritualidad, se encontró que no tener una creencia religiosa se comporta como un factor de riesgo. La variable de consumo de sustancias ilegales se puede decir que es la variable con mayor poder explicativo para tener depresión. Las variables violencia intrafamiliar y pérdida de una relación se consideran variables explicativas del modelo OR ajustados mayores. En conclusión los factores que explican el riesgo de sufrir depresión en el adolescente son: sexo, la espiritualidad, los antecedentes familiares, el consumo de sustancias ilegales, la violencia intrafamiliar y la pérdida de una relación.

Castro y Morales (2013) realizaron un estudio para analizar la perspectiva de las personas menores de edad acerca de la violencia en los medios de comunicación: videojuegos, televisión, música. La investigación fue de tipo descriptiva, explicativa con un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo) El estudio se realizó con 390 estudiantes en centros educativos de primaria y secundaria de todas las provincias del país, excepto Guanacaste. Para la recolección de los datos, se diseñaron dos cuestionarios con preguntas abiertas y cerradas, dirigidos al estudiantado participante.

Los niños, niñas y adolescentes coinciden al anotar que las actividades a las que dedican mayor cantidad de tiempo son escuchar música, ver televisión, practicar deportes y jugar con videojuegos, con los porcentajes más altos. Analizando los pasatiempos y contrastándolos con los niveles de violencia que ellos mismos han mencionado tiene la música, la televisión, internet y los videojuegos, se podría pensar que los adolescentes y niños están expuestos a gran cantidad de contenidos violentos en contraposición con los juegos y actividades al aire libre o en grupos sociales.

Chamorro (2009) en su estudio “Formación religiosa y rendimiento académico” encontró que el 37.5 % de colegios de Ibagué tienen una orientación religiosa o están bajo la dirección de comunidades religiosas.

Ruiz (2015) en su investigación “El papel de la música en la construcción de una identidad durante la adolescencia” se encuestó a 118 alumnos de secundaria que cursaron la asignatura de música en el I.E.S ISBILYA de Sevilla durante el pasado año académico 2013-14 pertenecientes a grupos mixtos de bilingües y no bilingües factor que será una de las variables que tendremos en cuenta a la hora de valorar los resultados junto a la edad y el género. El 83% aseguro escuchar música todos los días como entretenimiento o escuchar música para exteriorizar sus propias emociones. Esto se traduce en que el principal requisito para el adolescente a la hora de elegir su música sea el que tenga un carácter animado; pero a medida que crece la selecciona en función de cómo ésta refleje su estado de ánimo.

Penagos (2012) en su estudio “Lenguajes del poder: la música reggaetón y su influencia en el estilo de vida de los estudiantes, el objetivo era comprender de qué manera influye el reggaetón en el estilo de vida de los estudiantes de la Institución Educativa Cachaya del municipio Gigante en el Huila, reconocer como influye la letra del reggaetón en las decisiones que toman los estudiantes, identificar los aportes hacia

los procesos formativos y comprender como influye el reggaetón en las relaciones familiares. La investigación fue de tipo cualitativa, se efectuaron entrevistas individuales, en profundidad a 10 sujetos entre 7 y 16 años (que pertenecen en su mayoría a un estrato socioeconómico bajo) y un análisis crítico del discurso en relación a las ideologías. Se concluyó que el reggaetón no es un pasatiempo inofensivo, inocente, e ingenuo, aunque no se puede generalizar al respecto, su esfera de influencia puede exaltar la sexualidad de los adolescentes y disminuir sus barreras morales o hacerlas desaparecer, esta puede ser su norma, el adolescente orientado por este tipo de discurso musical puede crear su propia ética y moral, de modo subjetivo a su acomodo y gusto, la letra de algunas canciones de reggaetón promueven y estimulan la actividad y permisividad sexual, pueden generar nuevas creencias y juicios de valor.

Almasa, Fonseca y Castillo (2012) en su estudio Redes sociales y jóvenes. Uso de Facebook en la juventud colombiana y española, analiza cómo se usa Facebook por parte de los jóvenes y que experiencia obtienen de ello. Aunque dicen conocer los riesgos, admiten que aceptan a desconocidos como amigos y ofrecen datos reales sobre su vida. Para ello se ha utilizado una metodología basada en el análisis de contenido y las entrevistas en profundidad. Se trata de un estudio comparativo entre Colombia y España. En Colombia se han realizado 100 análisis de perfiles y 20 entrevistas en profundidad. La muestra ha sido en adolescentes de 12 a 15 años, de la Institución Educativa Distrital Técnico Internacional de Bogotá. En España se a analizado 100 perfiles y se han realizado 20 entrevistas a chicos de 12 a 15 años, de Institutos (IES) de Andalucía.

Cólas, González y de Pablos (2012) realizaron una investigación sobre la Juventud y redes sociales: Motivaciones y usos frecuentes, los objetivos son: conocer

los usos preferentes de las redes sociales, su frecuencia y los motivos que impulsan a su utilización. Además, se estudia si hay diferencias de sexo tanto en la frecuencia como en las motivaciones de uso. Se aplicó un cuestionario para la recogida de datos. La muestra es de 1487 adolescentes de Andalucía. Los resultados muestran que los jóvenes en su mayoría usan de manera habitual las redes sociales y se identifican dos vertientes motivacionales: una social y otra psicológica. No se hallan diferencias significativas entre sexos en cuanto a frecuencia, pero si en las motivaciones de acceso.

García, López y Catalina (2012) aplicaron un cuestionario a 2077 adolescentes (de 12 a 17 años) para determinar los “Hábitos de uso en Internet y en las redes sociales de los adolescentes españoles” en relación a cuatro variables: sexo, edad, titularidad del centro al que asisten los adolescentes y clase social. Se destaca el uso más intensivo en tiempo y actividades de los usuarios que utilizan muy frecuentemente las redes sociales, con especial incidencia en aquellas que les permiten estar en contacto y compartir contenidos con sus pares.

Formulación del Problema

Problema General

¿Existe relación entre los factores sociodemográficos y el estilo de vida de los estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador- CADE, Santo Domingo, 2017?

Problemas específicos

¿Cuál es el tipo y el lugar más frecuentes de alimentación que tienen los estudiantes del CADE?

¿Cuáles son las consideraciones que tienen los estudiantes del CADE sobre su salud y relación con Dios?

¿Cuál es el nivel de estilo de vida de los estudiantes del CADE?

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con la alimentación de los estudiantes del CADE?

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con la actividad física de los estudiantes del CADE?

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con el descanso de los estudiantes del CADE?

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con la temperancia de los estudiantes del CADE?

¿En qué medida se relaciona los factores sociodemográficos con la Salud Mental y Esperanza de Vida de los estudiantes del CADE?

¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con hábitos culturales de riesgo en los estudiantes del CADE?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador- CADE, Santo Domingo, 2017

Objetivos específicos

Identificar el tipo y el lugar más frecuentes de alimentación que tienen los estudiantes del CADE.

Identificar las consideraciones que tienen los estudiantes del CADE sobre su salud y relación con Dios.

Identificar el nivel de estilo de vida de los estudiantes del CADE

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la alimentación de los estudiantes del CADE

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la actividad física de los estudiantes del CADE.

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con el descanso de los estudiantes del CADE.

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la temperancia de los estudiantes del CADE.

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la Salud Mental y Esperanza de Vida de los estudiantes del CADE.

Determinar la relación de los factores sociodemográficos con otros hábitos culturales de riesgo en los estudiantes del CADE.

Hipótesis

Hipótesis general

Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador- CADE, Santo Domingo, 2017.

Hipótesis específicas

Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la alimentación de los estudiantes del CADE

Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la actividad

física de los estudiantes del CADE.

Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con el descanso de los estudiantes del CADE.

Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la temperancia de los estudiantes del CADE.

Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la Salud Mental y Esperanza de Vida de los estudiantes del CADE.

Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con hábitos culturales de riesgo en los estudiantes del CADE.

Justificación

La presente investigación es relevante a nivel teórico en vista que corrobora en la importancia del estilo de vida en el desarrollo del ser humano y sobre todo en la etapa de la juventud y adolescencia; sobre todo en el estilo de vida de los jóvenes de una institución educativa adventista; hay varios estudios similares; sin embargo hay muy pocos investigaciones relacionando de la variable estilo de vida con los aspectos sociodemográficos un aspecto que ayudara a visualizar mejor el comportamiento de la variable. Los resultados incrementarán la teoría existente lo cual se constituye en un elemento útil en el quehacer científico.

Por otro lado, esta Investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, el aporte que este hará es describir cada variable sociodemográfica y su potencial relación con el estilo de vida de los jóvenes estudiantes del CADE; considerando en qué medida satura cada variable sociodemográfico y su grado de correlación se podría posteriormente ser considerado de una manera más puntual en la implementación de programa que mejore el estilo de vida de los estudiantes en el CADE y otras instituciones educativas adventistas y no adventistas

Asimismo, el aporte institucional de esta investigación está enmarcado en el aporte que tiene los resultados; al verificar el comportamiento de los jóvenes en cuanto a su estilo de vida mediante el cual los administradores de la institución educativa (CADE) puedan generar políticas eclesiales educativas con la finalidad de mejorar el estilo de vida de su juventud. Este es un aspecto importante al repotenciar la toma de decisiones de los dirigentes, para el desarrollo y fortalecimiento de la iglesia lo cual fortalecerá la imagen de su juventud en nuestra iglesia.

Del mismo modo, se constituye relevante en el aspecto social por que las familias de la iglesia conocerán la realidad física, psicosocioespiritual de sus hijos y podrán tomar decisiones urgentes en cuanto al mejoramiento del estilo de vida y los mismos jóvenes puedan verificar su realidad y tomen decisiones de cambio.

Finalmente, las razones prácticas, para esta investigación se basa; en que las instituciones del estado puedan generar políticas locales y programas de mejoramiento en el estilo de vida de la juventud además de identificar nuevos indicadores de la problemática para formular nuevas estrategias de mejoramiento de la salud de la juventud; además proveer algunas recomendaciones para mejorar la calidad de los servicios y programas del Ministerio joven que la iglesia adventista desarrolla en favor de los jóvenes.

Viabilidad

La presente investigación cumple con los requerimientos de viabilidad administrativa porque se cuenta con las autorizaciones de parte de la institución para aplicar dicha investigación; asimismo se contó con los recursos financieros provisto por la investigadora y condiciones políticas viables para realizar investigaciones en adolescente.

Delimitaciones

A continuación, se presentan algunas delimitaciones de ésta investigación:

1. En esta investigación se tomó en cuenta a estudiantes entre los 12 y 18 años de edad.
2. La investigación no ha sido realizada para resolver probables problemas que se puedan generar con los resultados a los que se llegue.
3. Se tomó en cuenta a estudiantes adventistas y no adventistas.
4. No fueron considerados los estudiantes que no quisieron llenar la encuestas.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÒRICO

Marco Bíblico Filosófico

“Cuando Adán salió de las manos del Creador, llevaba en su naturaleza física, mental y espiritual, la semejanza de su hacedor, con el propósito de que cuanto más viviera, más plenamente revelara la gloria del Creador” (White, La Educación, 2004). El momento que Dios creó al hombre lo creó perfecto, para que sojuzgara la tierra, para ello le dotó de buena salud, inteligencia y sabiduría con el propósito de que viviera eternamente para alabarle y adorarlo.

A causa del pecado Adán y Eva fueron expulsados del Edén, consecuencia de ello aparecieron las enfermedades que fueron degradando poco a poco la salud, a tal punto que fueron disminuyendo los años de vida, el estado de salud se ha ido deteriorando cada vez más y la espiritualidad va decreciendo en un mundo lleno de pecado, cuán fácil es ceder a la tentación y aún más si nuestro cuerpo está deteriorado por las enfermedades.

En Éxodo 15:26 dice “Si oyeres la voz de Jehová tu Dios, e hicieres lo recto delante de sus ojos, y dieres oído a sus mandamientos, y guardares sus estatutos, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviare a ti; porque yo soy Jehová tu sanador”, esta es una promesa que Dios da a sus hijos, para protegerlos, darles salud y muchas bendiciones por medio de la obediencia, esto no quiere decir que nunca padeceremos enfermedad alguna, ya que puede ser una prueba, con el objetivo de que la persona se acerque más a Dios.

En Deuteronomio 30:19 dice “A los cielos y a la tierra llamo por testigos hoy contra vosotros, que os he puesto delante la vida y la muerte, la bendición y la maldición...” Él nos permite escoger entre los buenos y lo malo, entre lo que es conveniente y lo que no, pero como saber cuál es la mejor opción; este versículo concluye con la frase “escoge, pues, la vida, para que vivas tú y tu descendencia.” Insta a escoger el bien, pero al final es decisión de cada uno sabiendo que cada acto conlleva una consecuencia que repercutirá directamente en la salud integral del ser humano.

Debido a la naturaleza humana y pecadora no siempre hay esa disposición por escoger lo bueno, a tomar decisiones correctas, sino que tomamos decisiones erróneas, y todo acto conlleva una consecuencia, por eso es fundamental el crear hábitos saludables, por medio de acciones repetidas, con dominio propio, fuerza de voluntad y constancia.

Elena de White en su libro Mensajes Selectos menciona: “Los recursos naturales, utilizados de acuerdo con la voluntad de Dios, producen resultados sobrenaturales.” Sobre el uso de los ocho remedios naturales para conservar la salud y prevenir futuras enfermedades o curar ciertas patologías asociadas al estilo de vida que aquejan a la sociedad actualmente (White E. , 1966, p. 397)

Los que están empeñados en su labor mental constante, oran sea estudiando o predicando, necesitan descanso y cambio. El estudiante ferviente ejercita constantemente su cerebro, demasiado a menudo, mientras descuida el ejercicio físico; y como resultado, las facultades corporales quedan debilitadas y restringidas el esfuerzo mental. Así deja el estudiante de hacer la obra que podría haber hecho, si hubiese trabajado prudentemente. (White E. , Obreros Evangélicos, 2008)

De la misma manera dicha escritura argumente que los cereales, las frutas carnosas, los frutos oleaginosos, las legumbres y las hortalizas constituyen el alimento escogido para nosotros por el Creador. Preparados del modo más sencillo y natural posible, son los comestibles más sanos y nutritivos. Comunican una fuerza, una resistencia y un vigor intelectual que no pueden obtenerse de un régimen alimenticio más complejo y estimulante (White E. , Consejos sobre Régimen Alimenticio, 1987)

Resalta en sus escritos: que se nos concede una sola vida; y la pregunta que cada uno debe hacerse es: "¿Cómo puedo invertir mis facultades de manera que rindan el mayor provecho? ¿Cómo puedo hacer más para la gloria de Dios y el beneficio de mis semejantes?" Pues la vida es valiosa sólo en la medida en que se la usa para el logro de estos propósitos. Nuestro primer deber hacia Dios y nuestros semejantes es el desarrollo individual. Cada facultad con que el Creador nos ha dotado debemos cultivarla hasta el más alto grado de perfección, para realizar la mayor suma de bien de la cual seamos capaces. Por tanto, está bien invertido el tiempo que se usa en la adquisición y la preservación de la salud física y mental. No podemos permitirnos empequeñecer o inhabilitar ninguna función del cuerpo o de la mente. Con la misma seguridad con que lo hagamos, deberemos sufrir las consecuencias. (White E. , Consejos sobre Régimen Alimenticio, 1987)

Fundamento teórico de las variables

La constitución ecuatoriana manda: "Art.- 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir.

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral en salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en New York el 22 de julio de 1946, en su Carta Constitucional o Carta Magna, firmada por 61 Estados, cuando la definió en su preámbulo como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad dolencia, al que tiene toda persona sin distinción de raza, credo...”(Organización Mundial de la Salud, 2010)

La salud ha sido un tema de interés de todos los tiempos, desde la prehistoria, hasta la actualidad; la ciencia ha ido avanzando en pos de la salud, buscando incursionar en nuevos campos, impulsada de la mano de la tecnología y de igual forma han ido apareciendo nuevas enfermedades, más raras, más resistentes y más letales, pero esto no ha sido un limitante; los profesionales de la salud tienen como objetivo primordial cuidar y mantener la salud, siendo un derecho humano básico de todas las personas a lo largo de su vida.

No basta tener un cuerpo o figura saludable, la salud no es solo algo externo, sino que fluye desde adentro, reflejando vitalidad, fortaleza y energía; es preciso encontrarle sentido a la vida y vivirla con integridad.

La salud no se refiere solamente al estado físico de la persona, sino a que el ser humano es un ente integral, y si algo falla en alguna parte afectará a otra; y así consecutivamente, provocando una enfermedad. Usualmente se dice que hay salud en ausencia de enfermedad (El blog de la salud, 2014), pero esta íntimamente relacionada con todos los aspectos.

Los patrones culturales de la alimentación se están deteriorando cada vez más produciendo una desestructuración de los ritmos y hábitos alimenticios, como realizar comidas fuera de casa, aumento de la utilización de la comida rápida y también por jornadas acumuladas.(Sánchez-Ojeda & De Luna-Bertos, 2015). Todos estos factores están influyendo en los jóvenes y posteriormente pueden provocar enfermedades que podrían ser prevenidas con una alimentación adecuada, balanceada y saludable.

Los avances tecnológicos (ascensor, gradas eléctricas), los vehículos y trasportes han hecho que la vida se más cómoda, pero ha disminuido la actividad física y el gasto energético por de la deambulaci3n. Acompa1ado de esto, un entorno urbanístico; espacios cerrados con escasas áreas verdes, y supermercados donde el consumidor encuentra todo en un solo lugar para la realizaci3n de actividad física (Guerrero Montoya & León Salazar, 2010)

Estilos de vida

Para la OMS (1998), el estilo de vida es: “La forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacci3n entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las conductas de vida socio-econ3micas y ambientales”.

El estilo de vida es cambiante, aunque posee estabilidad propia de los hábitos o las costumbres, es móvil y dinámico, pues está influido por el ambiente, las experiencias y las decisiones de las personas (Fernández del Valle, 1996).

Alrededor de un 3.2 millones de personas fallecen cada año debido al sedentarismo. Los individuos que realizan poca actividad física tienen un riesgo entre un 20% y un 30% más. El sedentarismo se puede ver más marcado en los países de ingresos altos, aunque actualmente se ha detectado altos niveles en países de ingresos medios, principalmente en mujeres.

El sedentarismo y la obesidad se hallan íntimamente relacionados, 2.8 millones de personas al año mueren debido al sobrepeso, y de igual forma se puede ver un índice más marcado en la población con ingresos medios y una parte en la población con ingresos medios bajos.

Siendo las ENT una epidemia que cada día sigue creciendo de una manera descontrolada y se lo asocia con la pobreza. (OMS, 2011)

A nivel mundial el 3,8 de todas las muertes es debido al uso nocivo del alcohol, siendo un 2,3 millón de personas aproximadamente y más de la mitad son provocadas por ENT. (OMS, 2011).

Entre los adolescentes (12 a 19 años) ecuatorianos, la prevalencia de sobrepeso alcanza a 13,7% y la de obesidad a 7,5%, con tasas más altas en la Costa (24,7%) que en la Sierra (17,7%) y con muy poca diferencia por sexo (21,5% en mujeres y 20.8% en varones) (PAO, 2012)

Alimentación

La Constitución del Ecuador ordena: “Art.13.- Las personas y colectividades tienen derecho y acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades tradicionales y culturales. El estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.”

El Plan Nacional del Buen Vivir en su Objetivo 2, referente a mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía, indica entre sus políticas:

2.1 Asegurar una alimentación sana, nutritiva, natural y con productos del medio para disminuir drásticamente las deficiencias nutricionales

2.8 Promover deporte y las actividades físicas como medio para fortalecer las capacidades y potencialidades de la población. (Cueva, 2013)

Galiano S y Moreno V, en su artículo “El desayuno en la infancia más que una buena costumbre” mencionan que se ha considerado al desayuno como la comida más importante del día, aunque sea la que más se omita, el consumo regular del desayuno se ha asociado a mejores rendimientos académicos y mejores habilidades sociales y disminuir el riesgo de padecer algunas enfermedades crónicas en la edad adulta, además puede influir positivamente en la prevención de la obesidad infantojuvenil.

El organismo necesita 40 nutrientes diferentes para mantenerse sano. Ningún alimento los contiene todos, de modo que no conviene comer siempre lo mismo. Hay que inculcar a los adolescentes la posibilidad de disfrutar de sus comidas en compañía de familiares y amigos y observar lo que comen los demás. Seguro que así descubren nuevos alimentos para dar a su dieta mayor variedad. (Lancho, 2007)

Cuando incrementamos a nuestra dieta vegetales y frutas estamos recibiendo un gran aporte en sustancias que son necesarias para mantener el estado del cuerpo sano y fuerte. Esta quizá sea la primera de las razones para elegir una mayoría de estos alimentos en nuestra dieta diaria. Está muy demostrada la eficacia de tomar vegetales como preventivo de ciertas enfermedades y como ayuda a reducir los riesgos de padecer otras enfermedades y como ayuda para reducir riesgos de padecer otras (diabetes, obesidad, cáncer Alzheimer, enfermedades cardiovasculares, estreñimiento, etc.). Algunos estudios estiman incluso que una dieta sana incluiría alrededor de un 70% de comida cruda para obtener los siguientes beneficios:

1. Se mantiene mejor el equilibrio ácido-base del organismo.
2. Se mantiene en condiciones adecuadas la microbiota intestinal.
3. Se previenen enfermedades (diabetes, gástricas e intestinales de la piel), se mejoran los niveles elevados de lípidos en sangre, los procesos inflamatorios, cáncer, etc.

4. Se obtienen nutrientes antienvjecimiento.
5. Se fortalece el sistema inmune. (Ruiz A. , 2015)

La American Heart Association y otras Organizaciones recomiendan una dieta que incluya cinco o más raciones de frutas y verduras diarias. Diferentes estudios epidemiológicos han encontrado una asociación inversa entre el consumo de frutas y verduras y el riesgo de Enfermedad Cardio Vascular (ECV). Recientemente, dos grandes estudios epidemiológicos basados en 121.700 mujeres y 51.529 hombres han encontrado una reducción del riesgo de ECV del 12% por cada incremento en cinco raciones en el consumo de alimentos. Un meta-análisis publicado en 2006 encontró un descenso del riesgo de accidente cerebro vascular (ACV) del 11% para los sujetos con un consumo de tres a cinco raciones de frutas y verduras diarias, La reducción llegaba al 26% cuando el número de raciones diarias era superior a cinco. (Salas, Bonada, Trallero, Saló, & Burgos, 2008)

Actividad física

Art 381.- El estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas...”; (Cueva, 2013).

El Plan Nacional del Buen Vivir en su Objetivo 3, referente a mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía, indica entre sus políticas:

Mejorar la calidad de vida de la población y establece como políticas para este fin:

3.1 Promover prácticas de vida saludable en la población.

3.1.1 Triplicar el porcentaje de la población que realiza actividad física más de 3.5 horas a la semana (Semplades, 2013)

Art. 383.- Se garantizará el derecho de las personas y las colectividades al tiempo libre, la ampliación de las condiciones físicas, sociales y ambientales para su disfrute, y la promoción de actividades para el esparcimiento, descanso y desarrollo de la personalidad (Cueva, 2013)

La actividad física ha probado ser eficaz en la prevención, tratamiento y recuperación de muchas enfermedades como: obesidad, hiperlipidemia, hipertensión, diabetes, osteoporosis, artrosis, tumores malignos, afecciones renales, asma bronquial, enfermedades mentales. Se ha utilizado con éxito en la lucha contra el estrés y las drogodependencias. Constituye un factor de ayuda en la prevención de delincuencia, y es de valor incalculable en la lucha contra los ataques de la vejez. (Casimiro, Delgado, & Águila, 2014)

Los avances tecnológicos han contribuido a mejorar los niveles de vida de la población, pero por otra parte han supuesto una serie de riesgos para la salud, puesto que esta tecnología ha incorporado nuevos conceptos de confort y bienestar, modificando el estilo de vida de los individuos, y no necesariamente mejorando su calidad de vida a largo plazo. La práctica de actividad física constituye uno de los principales triunfos de un estilo de vida saludable y de una verdadera protección y promoción de salud, la práctica de actividad física regular y estable ayuda a mejorar tanto la salud física como la psicológica, incrementando la calidad de vida. (Márquez & Garatachea, 2013)

El control de la dieta y del tipo y cantidad de alimentos que consumimos constituyen aspectos a los que la población presta una enorme atención como factores determinantes de la salud. Sin embargo se le da menor importancia a la cantidad de

energía gastada a través de la actividad física, a pesar de que ambos aspectos están íntimamente relacionados. (Abajo & Márquez, 2012)

Para los niños y jóvenes de 5 a 17 años se debería acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa, un tiempo mayor a 60 minutos sería un beneficio mayor para la salud de los adolescentes, debería practicarse mayormente la de tipo aeróbica, mínimo tres veces por semana, como juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o programas en el contexto de la familia, la escuela o actividades comunitarias, para mejorar las funciones cardio-respiratorias, musculares, salud ósea en etapa de crecimiento y de esta forma disminuir las ENT. (Recomendaciones Mundiales sobre actividad física para la salud, 2011)

En la actualidad la inactividad física es considerada como uno de los principales problemas en salud pública del siglo XXI, por un lado está el desarrollo tecnológico y determinados comportamientos sociales que han desembocado en tasas de inactividad física que se ha desconfigurado la máquina biológica humana; olvidando nuestro proceso evolutivo y configuración biológica pretendemos ser seres hipoactivos, sedentarios. (Casajús & Rodríguez, 2011)

Esta falta de actividad física está plasmada como un grave problema en la sociedad actual, por lo que cobra gran importancia la motivación del ejercicio físico y la promoción de la adherencia al mismo en la psicología del ejercicio. (Jiménez, Moreno, & Claver, 2015)

El ejercicio físico induce adaptaciones fisiológicas cardiovasculares que mejoran el rendimiento físico, que incrementa la demanda de oxígeno y nutrientes por los músculos. La adaptación muscular al ejercicio es la base del entrenamiento y se

sabe que esta mediado por la adaptación y el desarrollo de las fibras musculares como por los cambios en su metabolismo, fundamentalmente en las mitocondrias.

La actividad física y recreativa en la salud de las personas juega un papel vital, aun así pocas personas dedican parte de su tiempo a realizar actividad física a diario o por lo menos tres veces por semana. En la calidad de vida de las personas influyen diversos factores; la recreación son todas aquellas experiencias que producen placer, pertenecen a la educación no formal y contribuyen en el desarrollo integral del participante, son llevadas a cabo en su tiempo libre de forma voluntaria.

Dentro de las diferentes actividades recreativas están las dinámicas o las físicas que contribuyen en forma directa en el crecimiento y desarrollo físico de la persona, entre las que se encuentran los deportes, juegos y actividades físicas, pasatiempos, música, artes y manualidades, danza, drama y la recreación al aire libre, mental y social. Sin embargo, no se les dedica mucho tiempo para el disfrute de las mismas, pudiendo aparecer factores de riesgo que afectan tanto a la salud física, mental, social y espiritual (Meneses & Monge, 1999).

El tiempo libre de los escolares va aumentando al mismo ritmo que el resto de la sociedad. Existe una tendencia a agrupar la jornada escolar o a crear una jornada intensiva, con el consiguiente aumento del tiempo libre. En este tiempo es donde la sociedad debe intervenir para que la ocupación del niño, en actividades que fortalezcan su desarrollo integral. Lo importante del tiempo libre, referido a los escolares, es la manera de utilizarlo y la aportación que éste haga en mejora de la calidad de vida. (Nuviala, Ruiz, & Motes, 2003) Como dice García Montes (2000) “en realidad no se trata de que el tiempo libre sea libre, sino que es la persona la que debería vivir de forma libre y voluntaria en ese periodo temporal” (p.223).

Descanso

El descanso y sueño son esenciales para la salud, y para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración de enjuicimiento y de participar en las actividades disminuye, al mismo tiempo que aumenta la irritabilidad.

La duración de sueño requerida para que una persona joven se sienta despierta y alerta durante el día es en promedio 7 a 8 horas, en un período de 24 horas. Las restricciones del sueño pueden conducir a una privación parcial o total del sueño. La pérdida de sueño es acumulativa, conduciendo a un déficit del sueño.

Los principales factores que causan somnolencia son el déficit de sueño, pobre calidad del sueño, interrupción del ritmo circadiano y uso de algunos medicamentos. Una buena calidad de sueño esta referida no solo al hecho de dormir bien durante la noche, sino tambien de un buen funcioamiento durante la vigilia. (Rosales, Egoavil, La Cruz, & Rey, 2007)

Agentes externos pueden esta provocando alteraciones del sueño. La luz o cambios de temperatura hacen que el cuerpo detecte el paso del día la noche, pero actualmente, la tecnología puede alterar las señales biológicas para que el cuerpo se regule. La luz de las pantallas de TV, odrdenadores y celulares generan señales artificiales que hacen que el cuerpo no detecte el ritmo cíclico de la luz. (Salud, 2014)

Una investigación llevada a cabo por el Instituto Politécnico de Rensselaer, en EEUU, determinó que la luz que emiten los dispositivos electrónicos puede provocar la supresión de la melatonina, una hormona segregada por la glándula pineal que regula los ciclos del sueño, y que el cerebro piene que es de dia. (Rensselaer, 2012)

La vigilia prolongada va acompañada de trastornos progresivos de la mente y comportamiento anormal del sistema nervioso central. Tanto el descanso como el sueño son importantes y esenciales para la persona (Godoy, Vileda, & Zaniol , 2012)

El sueño es una función biológica fundamental para la restauración neurológica y funcionamiento normal de las capacidades cognitivas e intelectuales de las personas, la calidad del sueño refiere al hecho de tener un buen descanso en la noche y un óptimo funcionamiento en el día (Borquez, 2011).

La calidad de sueño no solo implica conciliarlo y mantenerlo durante una cantidad determinada de horas durante la noche, y que en consecuencia directa, facilita la manifestación de comportamientos diurnos satisfactorios y de buen rendimiento en las actividades que se realizan, sino que supone que en tal proceso se producen actividades neurodegenerativas de vital importancia para la reparación y mantenimiento del organismo (Masalán, Sequeida, & Ortiz, 2013).

Hoy en día, la falta de sueño entre los adolescentes es frecuente y se relaciona con problemas escolares o hábitos de vida. Conlleva un retraso, tanto en el inicio del sueño como en la hora de despertar y, como consecuencia, una disminución del tiempo de sueño nocturno y un “fenómeno de rebote”, con incremento de la somnolencia diurna. Este déficit de sueño, por lo general se recupera el fin de semana (Hernandez, y otros, 2015).

En el caso de los niños y adolescentes, es importante señalar que estas etapas son cruciales para marcar tendencias de bienestar futuro, en la medida en que se adquieren los hábitos fundamentales del autocuidado en salud y, particularmente en relación con la higiene del sueño.

Los efectos del sueño no se limitan al propio organismo (necesidad de restauración neurológica y la salud), sino que influyen en el desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en la sociedad, afectando el rendimiento laboral o escolar (Masalán, Sequeida, & Ortiz, 2013).

La privación de sueño y/o mala calidad de éste, tiene efectos negativos sobre la somnolencia, el rendimiento motor cognitivo, sobre el humor y estado de ánimo (produciendo irritabilidad, impaciencia, ansiedad, depresión) así como también sobre el metabolismo y funcionamiento hormonal. Afecta el funcionamiento psicosocial de la misma manera que lo hace el alcohol.

Asimismo, incrementa la posibilidad de obtener peores calificaciones ya que afecta las funciones cognitivas de una manera significativa, así como la atención puesta en clase (Fontana, Raimondi, & Rizzo, 2014).

Son muchas las personas que tienen dificultad para dormir. El insomnio es un trastorno del sueño consistente en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal. El problema del insomnio se ha asociado a una disminución del rendimiento laboral y un incremento de la tasa de accidentes de automóvil, y una mayor propensión a padecer enfermedades médicas.

Con la edad, la estructura y el tiempo del sueño varían. Un recién nacido duerme aproximadamente 18 horas, un adulto joven de 7,5 a 8 horas y un anciano alrededor de 6,5 horas. En el recién nacido la fase REM ocupa más de un 50% del tiempo total del sueño, mientras que en el anciano ocupa tan sólo un 20%. De la tercera a la sexta década de la vida se produce una disminución gradual de la calidad del sueño, que se vuelve más fragmentado y superficial, se dan más cambios de fases del sueño y desaparece gradualmente el sueño de ondas lentas (Sarrais & Castro, 2007).

Temperancia

El consumo de sustancias psicoactivas es una problemática creciente en la población juvenil. Éstas han empezado a tomar un papel central en su vida, en la

medida que cumple una función “facilitadora” frente a situaciones aversivas en las que tienen poco sentido de control y eficacia personal. Debido a esto surgen alteraciones biológicas, comportamentales, cognitivas y emocionales en los jóvenes consumidores, afectando su modo de vivir y de quienes los rodean (Salazar & Arrivillaga, 2004).

En las últimas décadas habido un interés creciente en la investigación acerca del consumo de drogas en los adolescentes. La adolescencia es una etapa de suma importancia en el desarrollo del ser humano, marcada por cambios a nivel emocional, psicológico y social, que influyen en el comportamiento. En esta fase suelen iniciarse salidas sin la compañía de los adultos y en la que el grupo de iguales ejerce un papel fundamental en la construcción de la identidad. Es en este contexto que a los adolescentes se les ve facilitado el acceso a sustancias como el alcohol, tabaco, cannabis y además es cuando inician el consumo de diferentes sustancias adictivas (Faílde, Dapia, Alonso, & Pazos, 2015).

En la adolescencia temprana, cuando los niños pasan de la primaria a la escuela media, se enfrentan a situaciones sociales y académicas nuevas y desafiantes. A menudo, durante este período, los niños están expuestos a sustancias que se prestan al abuso (como cigarrillos y alcohol) por primera vez. Cuando entran a la escuela secundaria los adolescentes pueden enfrentarse a una mayor disponibilidad de drogas, al consumo de drogas por parte de adolescentes mayores o actividades sociales donde el consumo es común.

El consumo de sustancias que se restan al abuso a esta edad puede perturbar la función cerebral en áreas críticas como la motivación, la memoria, el aprendizaje, el juicio y el control de comportamiento. Así no es de extrañar que los adolescentes que consumen alcohol y otras drogas tengan a menudo problemas familiares y sociales,

bajo rendimiento académico, problemas de salud (incluida la salud mental) y problemas con el sistema penal juvenil (Abuse, 2014).

La Organización Mundial de la Salud señalaba recientemente que alrededor de 600.000 europeos murieron por causas relacionadas con el consumo de alcohol, representando el 6.3 % de todas las muertes prematuras de la unión. Igualmente, más de 63.000 de estas muertes fueron de adolescentes y jóvenes, en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (OMS, 2005).

El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas constituyen un problema prioritario de salud pública en los países desarrollados, ya que comporta niveles altos de morbimortalidad prevenibles (Martínez, Trujillo, & Robles, 2006). La última encuesta del Plan Nacional sobre drogas (2005) destaca que:

El alcohol y el tabaco son la primera y segunda sustancia psicoactiva más consumida, con un 82% y 60,4% respectivamente de adolescentes que las han probado. Además, que los consumos de tabaco y alcohol son los que tienen una mayor continuidad y fidelización. Asimismo, refiere que el consumo de alcohol se concentra exclusivamente en fin de semana. Se resalta que el patrón de consumo de alcohol abusivo entre los adolescentes ha aumentado; la prevalencia de borracheras pasó del 20.7% en 1994 a 34,8% en 2004.

Por otro lado, resalta que las chicas consumen drogas legales con más frecuencia, pero en menor cuantía que los chicos.

1. El tabaco tiene presencia importante entre los estudiantes, siendo fumadores diarios el 21.5% de los estudiantes.
2. Existe una acentuación de las diferencias de sexo respecto a la tasa de consumo de tabaco, siendo superior en las chicas (Drogas, 2006).
- 3.

Salud Mental y Confianza en Dios

Mayer y Salovey (1997) mencionan que la Inteligencia Emocional es “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; la habilidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para entender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual”.

Las emociones poseen un papel fundamental en nuestra supervivencia, no solo esta implicadas en la activación de y coordinación de los cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales necesarios para ofrecer una respuesta efectiva a las demandas del ambiente, sino que son elementos fundamentales en la toma de decisiones y una fuente útil de información acerca de la relación entre el individuo y el medio en el que se desenvuelve (Salguero, Fernandez , Ruiz, Castillo, & Palomera, 2011).

Actualmente se discute la existencia de un procesamiento emocional diferente entre situaciones donde hay contacto físico y aquellas donde la interacción es virtual. La falta de hábito en analizar las emociones por su inmaterialidad, las emociones son reacciones del organismo que producen experiencias personales percibidas de forma inmaterial, lo cual dificulta su conocimiento en una cultura caracterizada por la materialización de las experiencias. Por ejemplo, la forma de expresar amor muchas veces es materializándola con un regalo. Necesitamos ver y tocar las cosas para comprender mejor (González, 2016).

La existencia del ser humano ha llevado consigo emociones, sentimientos y estados de ánimo que lo abarcan y lo conducen hacia la plenitud, el hundimiento e incluso al rescate de sí mismo. De los síntomas anímicos mas importantes del mundo en los últimos tiempos, debido a las consecuencias y sus efectos, así como a su

acrecentado padecimiento, son, por un lado la ansiedad y por otro, lo que se a denominando depresión. Después de las enfermedades cardiacas, las depresiones representan en la actualidad la mayor carga de salud, con sus implicaciones económicas, políticas y familiares principalmente. (Serrano, Rojas, & Ruggero, 2013)

El creciente interés por el estudio de conductas antisociales en las aulas de los centros educativos dentro y fuera, enmarcando en una crisis general de valores en la sociedad. La educación en valores sigue siendo uno de los retos actual del sistema educativo, la necesidad de mejorar la conducta prosocial en la sociedad en general, y del periodo adolescente en particular (Díaz, 2013).

En la declaración Universal de los derechos humanos (1948), en su artículo 18 se firma que toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia individual y colectivamente, tanto en público como en privado por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

La religión en el ámbito escolar tiene un gran alcance, debería aprovecharse de la mejor manera, para inculcar valores en edades tempranas y como componente formativo de los ciudadanos, como una dimensión integral.

Otros Hábitos de Riesgo

El internet constituye una tecnología que ha impactado excepcionalmente a las personas jóvenes y les ha proporcionado muchos beneficios. Pero algunas personas llegan a estar obsesionadas con Internet, se muestran incapaces de controlar su uso y pueden poner en peligro su trabajo y sus relaciones.

Según el estudio realizado por la Fundación Pfizer (2009), el 99% de los jóvenes españoles de 11 a 20 años es usuario de internet. De este porcentaje, siete de cada 10 afirma acceder a la red por un tiempo a diario de al menos 1.5 horas.

Las TIC simplifican considerablemente el uso los quehaceres cotidianos. El uso positivo, siempre que no se dejen de lado el resto de actividades propias de una vida normal (estudiar, hacer deporte, ir al cine, salir con los amigos o relacionarse con la familia). Otra cosa es cuando el abuso de la tecnología provoca aislamiento, induce a la ansiedad, afecta a la autoestima y le hace perder al sujeto su capacidad de control (Echererúa, 2010)

La música influye directamente en la cultura, ha estado los orígenes de la historia, se aprecia en las tradiciones de los pueblos, en eventos como participante o como protagonista, y hasta representando una causa, un país o una persona. Se han realizado varios estudios acerca de si la música moderna tiene algún factor influyente en la conducta de los jóvenes, que son el grupo poblacional que más la escucha. Psicólogos, pedagogos y sociólogos coinciden en concebir la adolescencia como una etapa marcada por el cambio del individuo a todos los niveles, lo cual se debe en gran medida a la adquisición de cierta autonomía. Y dado que una de las decisiones personales más importantes que debe afrontar responde a cómo quiere ser, entendemos que este periodo sirve para la construcción de una identidad propia. En este contexto psicosocial la música desempeña un papel muy importante: es uno de los medios a través del cual los adolescentes van a poder reconocerse y verse reflejados (Rodríguez, 2015)

Lo harán para pertenecer a un grupo de iguales, identificarse con algún modelo o estereotipo, o como fuente de apoyo cuando el vínculo familiar no está presente, de esta forma la música actúa como un elemento socializador ya que compacta un grupo

de gente y como un elemento diferenciador ya que agrupa por géneros. En un estudio realizado por Ángel Ruíz en 2015, a 118 alumnos de secundaria en Sevilla, descubrieron que el 83% de los alumnos escuchaban música como una forma de entretenimiento, la mayoría prefiere los estilos de música más comerciales y que esté de moda en la sociedad, el 42,2% escucha pop, el 18,6% reguetón y el 13,7% electrónica, rap/hip-hop el 11% y rock el 9,3%. Algo curioso es que ninguno marco música clásica. Un 46.2% se identifican con el artista, el 5.9% desea imitar su actitud y estilismo, el 47.9% no se identifican con el artista, pero gustan de su género musical (Ruiz, 2015).

La lectura tiene numerosos beneficios ya comprobados: incentiva la creatividad, diversifica el mapa referencial y fortalece los procesos cognitivos. A nivel colectivo, la impulsa la lucha por la transparencia y responsabilidad de los gobiernos y la regulación de las clases de élite. Conoce los países con los índices de lectura más altos del mundo, de acuerdo al ranking World Culture Score Index de NOP World.

Definitivamente los asiáticos dominan los primeros 4 puestos. El país con el mayor número de horas dedicadas a la lectura es India, con un promedio de 10 horas y 42 minutos por semana. A éste le siguen Tailandia, China y Filipinas. El 5º puesto lo ocupa Egipto. Es en el 6ª posición que encontramos al primer país europeo, República Checa, seguido por Rusia, Suecia y Francia, Hungría y Arabia Saudita. A nivel latinoamericano, el país con el índice de lectura más alto es Venezuela, que ocupa el puesto 13, seguido de Argentina en el 17. México es el tercer latinoamericano del ranking, ocupando el puesto 24, con un promedio de lectura de menos de la mitad de horas de India. (Universia, 2014)

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012) menciona que el 27% de los ecuatorianos no tiene el hábito de leer, de las personas que no leen el 56,8% no la hace por falta de interés y el 31,7% por falta de tiempo. El 50,3% de los ecuatorianos leen entre 1 a 2 horas semanales, mientras que el 13,5 lo hace de 3 a 4 horas. El 31% de los ecuatorianos lee un periódico en su tiempo libre, y tan solo el 28% lee un libro. El 54% de la población lee en su propia casa y el 0,3% lee en una biblioteca. El 33% de los jóvenes que leen lo hacen por atender a las obligaciones académicas, mientras que el 32% lo hace por conocer sobre algún tema. En general ningún grupo lo hace por placer o superación personal. (Censo, 2012)

En el caso de Facebook el mecanismo adictivo funcionaría de la siguiente manera: cada vez que recibimos y vemos una notificación nueva recibimos un chute de dopamina, neurotransmisor químico asociado con la motivación y la recompensa. Es la droga de la novedad, que también actúa cuando se consumen drogas o se mantienen relaciones sexuales. Y las redes sociales podrían estar provocando el mismo efecto adictivo. (Pantallas Amigas, 2012)

El número estimado de usuarios activos en redes sociales es de más de 2.03 mil millones, con una penetración global del 28 por ciento de la población mundial (Nº expresados en millones).

Plataformas (social media)

1. Facebook: 1320 (usuarios activos)
2. Google Plus: 343 (usuarios activos)
3. LinkedIn: 300 (usuarios activos)
4. Twitter: 271 (usuarios activos)
5. Tumblr: 230 (usuarios activos)

Según Facebook: casi un total de 1.230.000.000 usuarios de la plataforma inician sesión habitualmente en sus cuentas, llegando a pasar un promedio de 17 minutos al día conectados. Estos números nos revelan (*de ser reales*) que la gran mayoría de personas que posee una cuenta en la mayor red social del mundo, utiliza la misma, aunque sea un par de minutos al día... convirtiéndola en la más utilizada de todas (acumulando entre todo un total de 39.757 años de uso, en tan solo un día).

La generación que más horas pasa al día enganchada a las redes sociales es la comprendida entre las edades de 15 y 19 años, con picos de hasta 3 horas promedio. Y seguidos por los de las edades comprendidas entre los 20 y 29 años que están aproximadamente 2 horas de media en sus cuentas sociales. El 18% de esos más de 2.03 mil millones, no puede pasar más de un par de horas sin consultar su cuenta de Facebook (Facchin, 2014).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación de campo en el área de la salud pública, de naturaleza Descriptiva- asociativa, correlacional, dirigida al estudio de los factores sociodemográficos y el estilo de vida de los estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador, Santo Domingo, 2017.

Diseño

El diseño es no experimental, de corte transversal. Es no experimental. Es de corte transversal, ya que los datos que se recolectaron fueron en un tiempo único, con la aplicación de un cuestionario.

Población y muestra

La población seleccionada para este estudio, está conformada por 392 miembros de ambos sexos, entre 12 a 18 años del Colegio Adventista del Ecuador.

Tamaño de la muestra

Para la selección de la muestra se utilizará un diseño por muestreo no aleatorio no probabilístico.

Selección de los elementos de la muestra

Los elementos de la muestra serán seleccionados de manera no aleatoria

Criterios de inclusión

Se consideran los siguientes criterios:

1. Estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador

2. De entre 12 y 18 años de edad
3. Dispuestos para participar del estudio

Criterios de exclusión

Se consideran los siguientes criterios:

1. Estudiantes que no asistieron el día de la encuesta
2. Estudiantes que rechacen llenar el formulario
3. Discapacidad mental

Consideraciones éticas

Se realizarán los trámites respectivos, cumpliendo con todas las formalidades que requiera el presente estudio. Entre ellas el permiso a la Directora del Colegio y Rectora de la Institución, la encuesta será de forma voluntaria, previa información, respetando en todo momento su libertad a decidir si participar o no en el presente estudio.

Definición y operacionalización de variables

Variable A

Factores Sociodemográficos

Variable B

Estilo de vida

Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALOR ACIÓN	Instrumento
ESTILO DE VIDA	1. PRÁCTICAS DE SUS ACTUALES HáBITOS DE ALIMENTACIÓN	Consumo de alimentos saludables	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	Ordinal	Cuestionario de Estilo de Vida de 93 reactivos elaborado por el Mg. Angelo Huapaya
		Consumo diario de azúcar	19,20,21		
		Práctica de uso del agua	22,23,24,		
		Hábitos de alimentación	25,26,27,28,29,30,31,65		
		2. PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA	deporte aerobico		
	deporte anaerobico		33,		
	pausa activa		34,35		
	ejercicio físico		36,37,38,39,40,		
	indicadores de óptima práctica de ejercicios		41,42		
	3. PRÁCTICA DE DESCANSO	descanso nocturno	43,44,45,47,48,52		
		descanso diurno	46,51		
		descanso semanal	49, 53		
		descanso anual	54		
	4. TEMPERANCI A:	Consumo de drogas fuertes	55, 60,61		
		Consumo de drogas blandas	56,58,59,		
		Consumo de Psicofarmacos	57,62,63		
		Promoción de la salud	86		
		Prevención en salud	64		
		Otro producto tóxico	66		
	5. SALUD MENTAL	Estabilidad emocional	71,72,75,76,78,		
		Inteligencia emocional	67,68,70,73,84,		
		Optimismo y Espíritu positivo	69, 74		
	6. ESPERANZA DE VIDA	Confianza en Dios	76,77,88		
		Desarrollo espiritual	79,80,81,82,83,85		
	7. HABITOS CULTURALES DE RIESGO	hábitos auditivos	87,89		
		hábitos visuales	90		
		hábitos de lectura	91		
Redes sociales		92,93			

Instrumento de recolección de datos

Elaboración del instrumento

El instrumento con el que se trabajó la investigación, para la recolección de los datos es un cuestionario elaborado por el Mg Angelo Huapaya (2016) tomando como referencia otros instrumentos existentes de estilo de vida que no media el Estilo de Vida de manera integral bajo el enfoque de Estilo de Vida adventista tomó la decisión de elaborar un instrumento que mide el estilo de bajo el concepto teórico baso en los 08 remedios naturales además de incluir dos factores más como son el de salud mental y otros factores de riesgo (música, tv y redes sociales).

Dicho instrumento, fue ajustado mediante la validación de constructo, el KMO permite determinar que la validez del constructo de los ítems del instrumento siendo considerable en .722 y en cuanto a la medida de Bartlett presenta un $\text{sig} = .000 < \alpha$ (0.05). Además de obtener una confiabilidad mayor a 0,80 en una muestra mayor a 250 individuos.

Dicho instrumento tiene 93 reactivos divididos en 07 factores: (1) prácticas de sus actuales hábitos de alimentación, (2) practica de actividad física, (3) práctica de descanso, (4) temperancia, (5) salud mental, (6) esperanza de vida, (7) otros hábitos riesgo. Dichos ítems están valorados en respuestas ordinales excepto la pregunta 53 y 54 que tiene respuesta múltiple

En la sección No. 1, se realizó una recopilación de información demográfica y conductual: edad, sexo, género, años de estudios, tipo y lugar de alimentación además de las consideraciones de salud física y espiritual del encuestado.

Validación del instrumento

En el presente trabajo se realizó la validación mediante el método de validación de contenido a través del juicio de expertos 03 profesionales especializados al respecto, (un metodólogo, un salubrista y una enfermera) luego se realizó la prueba piloto y seguidamente la confiabilidad estadística.

Confiabilidad

Nivel de confiabilidad del instrumento: Hábitos de vida

Confiabilidad del instrumento		Hábitos de vida	
		N	%
Casos	Válidos	259	94.2
	Excluidos(a)	16	5.8
	Total	275	100.0
	Nº de elementos	78	100.0
Estadísticos de fiabilidad Alfa de Cronbach		0.840	

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

El coeficiente Alfa de Cronbach es de 0.840 lo cual permite decir que el instrumento empleado en la prueba piloto para medir los Hábitos de vida es alto. A la misma vez se determinó la validez estadística de cada ítem por el mismo procedimiento de Alfa de Cronbach aplicando el comando “si se elimina el elemento”

Estadísticas de total de elemento						
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si elemento se ha suprimido	de si el se ha de corregida	Correlación total de elementos	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	de si el se ha
p1	256,64	775,456	,152	,839	,839	
p2	256,67	768,384	,205	,838	,838	
p3	256,28	786,682	-,045	,844	,844	
p4	256,07	760,744	,324	,836	,836	
p5	255,88	756,351	,395	,835	,835	
p6	256,13	762,618	,317	,837	,837	
p7	256,40	772,093	,200	,838	,838	
p8	256,85	780,180	,068	,840	,840	
p9	256,39	776,386	,109	,840	,840	
p10	256,18	774,526	,143	,839	,839	
p11	256,24	775,586	,120	,840	,840	
p12	257,01	778,388	,081	,840	,840	
p13	256,41	773,088	,143	,839	,839	
p14	256,20	793,163	-,136	,843	,843	
p15	255,77	774,783	,141	,839	,839	
p16	255,59	776,476	,095	,840	,840	

p17	256,10	774,745	,139	,839
p18	255,86	771,518	,212	,838
p19	255,50	773,212	,228	,838
p20	255,69	772,656	,252	,838
p21	255,62	773,322	,197	,838
p22	254,99	774,178	,148	,839
p23	253,59	779,460	,126	,839
p24	255,86	772,942	,092	,841
p25	256,63	766,406	,319	,837
p26	256,28	785,335	-,014	,841
p27	255,89	767,043	,320	,837
p28	255,49	774,173	,317	,838
p29	255,80	774,688	,213	,838
p30	257,07	780,488	,076	,840
p31	257,63	787,801	-,068	,841
p32	256,41	745,336	,487	,833
p33	255,02	801,546	-,237	,846
p34	256,42	749,834	,509	,834
p35	256,83	743,268	,525	,833
p36	256,25	733,338	,613	,831
p37	256,38	735,608	,556	,831
p38	256,62	739,128	,534	,832
p39	256,68	739,584	,524	,832
p40	256,89	742,973	,530	,833
p41	256,13	733,719	,556	,831
p42	256,10	743,253	,445	,834
p43	256,53	759,552	,312	,837
p44	255,81	768,513	,218	,838
p45	255,60	752,628	,211	,840
p46	256,01	753,504	,345	,836
p47	256,81	753,032	,351	,836
p48	256,62	750,671	,366	,835
p49	256,53	751,731	,399	,835
p50	256,70	761,078	,245	,838
p51	256,64	751,067	,449	,834
p52	255,41	783,359	-,002	,842
p64	253,37	771,413	,274	,838
p65	253,57	765,238	,377	,836
p66	254,12	777,114	,073	,841
p67	253,96	760,583	,368	,836
p68	254,00	766,593	,259	,838
p69	253,78	763,702	,357	,836
p70	253,79	768,577	,269	,838
p71	253,93	779,084	,062	,841
p72	254,30	769,396	,169	,839
p73	256,92	776,645	,076	,841
p74	257,38	790,439	-,090	,843
p75	253,46	779,691	,090	,840
p76	256,38	768,260	,218	,838
p77	256,22	773,322	,159	,839
p78	255,68	770,484	,114	,841
p79	255,69	764,820	,281	,837
p80	255,54	782,024	,035	,841
p81	255,83	759,508	,351	,836
p82	255,77	782,241	,025	,841
p83	255,76	768,694	,238	,838
p84	255,64	779,302	,073	,840
p85	255,34	777,792	,023	,844
p86	255,27	753,742	,433	,835
p87	255,98	759,023	,340	,836
p88	256,37	751,730	,383	,835
p89	256,93	756,596	,379	,835

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de la información se dieron los siguientes pasos: Autorización. Se firmó el consentimiento informado por los participantes, después de explicarles los objetivos del estudio. El tiempo para la recolección de la información se realizó durante el segundo semestre 2016. En cuanto a los recursos. Se contó con el apoyo de docentes de la institución educativa, con previa capacitación para el diligenciamiento del instrumento. Se gestionó recursos financieros para cubrir los gastos de papelería, incentivos, pasajes, viáticos, equipos e instrumentos.

Plan de tabulación y análisis de los datos

Los datos recolectados se procesaron mediante el paquete estadístico computacional Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 22. Las técnicas estadísticas utilizadas para analizar los datos correspondientes a los objetivos de la investigación son descriptivas e inferenciales. Se aplicó medidas de tendencia central y de variación. Para la verificación de la relación entre variables, se utilizó la prueba Chi Cuadrado (χ^2), y el coeficiente de correlación de Pearson (r) para la asociación. Así como para las pruebas correlacionales el estadístico Ro Spearman. Los resultados obtenidos se interpretaron de acuerdo con los objetivos del estudio, los mismos que son expuestos mediante tablas y figuras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Descripción de los resultados descriptivos

En la tabla 1 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados son del primer grado en 24%. Mientras que la menor proporción son del tercer grado en 8.4%.

Tabla 1

Nivel de estudios de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	N	%
Octavo grado	42	15.3
Noveno grado	48	17.5
Décimo grado	59	21.5
Primero de Bachillerato	66	24.0
Segundo de Bachillerato	37	13.5
Tercer de Bachillerato	23	8.4
Total	275	100.0

En la tabla 2 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados tienen 14 años de edad en 24%. Mientras que la menor proporción tienen 18 años en 5.8%.

Tabla 2

Edad de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
12 años	35	12.7
13 años	45	16.4
14 años	66	24.0
15 años	55	20.0
16 años	38	13.8
17 años	20	7.3
18 años	16	5.8
Total	275	100.0

En la tabla 3 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados son del género femenino en 56%. Mientras que la menor proporción del género masculino en 44%.

Tabla 3

Género de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Masculino	121	44.0
Femenino	154	56.0
Total	275	100.0

En la tabla 4 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados manifiestan que sus padres son casados en 62.2%. Mientras que la menor proporción dicen que son fallecidos en 0.4%.

Tabla 4

Estado civil del padre de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Soltero	34	12.4
Casado	171	62.2
Viudo	10	3.6
Divorciado	27	9.8
Unión Libre	32	11.6
Fallecido(a)	1	.4
Total	275	100.0

En la tabla 5 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados manifiestan que sus madres son casados en 63.3%. Mientras que la menor proporción dicen que son fallecidas en 0.4%.

Tabla 5

Estado civil de la madre de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Soltera	35	12.7
Casada	174	63.3
Viuda	9	3.3
Divorciada	24	8.7
Unión Libre	32	11.6
Fallecido(a)	1	.4
Total	275	100.0

En la tabla 6 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados manifiestan que sus padres tienen estudios universitarios en 38.9%. Mientras que la menor proporción sin estudios en 2.5%.

Tabla 6

Grado de instrucción del padre de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Sin estudios	7	2.5
Primaria	17	6.2
Secundaria	76	27.6
Universitario	107	38.9
Posgrado	66	24.0
Perdidos	2	.7
Total	275	100.0

En la tabla 7 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados manifiestan que sus madres tienen estudios universitarios en 39.3%. Mientras que la menor proporción sin estudios en 2.2%.

Tabla 7

Grado de instrucción de la madre de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Sin estudios	6	2.2
Primaria	16	5.8
Secundaria	96	34.9
Universitario	108	39.3
Posgrado	49	17.8
Total	275	100.0

En la tabla 8 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados provienen de la costa en 73.8%. Mientras que la menor proporción provienen del oriente en 2.2%.

Tabla 8

Región de procedencia de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Costa	203	73.8
Sierra	66	24.0
Oriente	6	2.2
Total	275	100.0

En la tabla 9 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados son católicos en 51.3%. Mientras que la menor proporción son pentecostales en 1.5%.

Tabla 9

Religión de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Católica	141	51.3
Adventista	53	19.3
Evangélica	40	14.5
Pentecostal	4	1.5
Otro	34	12.4
Ninguna	2	.7
Total	274	99.6
Sistema	1	.4
	275	100.0

En la tabla 10 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados tienen un ingreso mensual de \$500–S/1000 en 37.1%. Mientras que la menor proporción menos de \$370 en 4%.

Tabla 10

Ingreso mensual de los padres de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
menos de \$370	11	4.0
\$500–S/1000	102	37.1
S/1100 – S/3000	89	32.4
más de S/3000	73	26.5
Total	275	100.0

En la tabla 11 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados consideran que su estado de salud es malo en 52.7%. Mientras que la menor proporción consideran que tienen una buena y excelente estado de salud en 2.4%.

*Tabla 11**Consideraciones de salud de los estudiantes del CADE, Santo Domingo*

	n	%
Excelente	1	.4
Buena	6	2.2
Regular	55	20.0
Mala	145	52.7
Muy Mala	68	24.7
Total	275	100.0

En la tabla 12 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados manifiestan que el lugar de consumo de los alimentos es en su casa en 85.5%. Mientras que la menor proporción dicen que es en ambulantes o kioskos en 0.7%.

*Tabla 12**Lugar de consumo de alimentos de los estudiantes del CADE, Santo Domingo*

	n	%
En ambulantes o kioskos	2	.7
En un restaurant	18	6.5
En un comedor público	13	4.7
En pensión	7	2.5
En casa	235	85.5
Total	275	100.0

En la tabla 13 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados consideran que su relación con Dios es buena en 41.1%. Mientras que la menor proporción consideran su relación con Dios muy mala en 2.5%.

Tabla 13

Percepción personal de la relación con Dios de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Muy mala	7	2.5
Mala	10	3.6
Regular	107	38.9
Buena	113	41.1
Excelente	38	13.8
Total	275	100.0

En la tabla 14 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados incluyen carne en su alimentación en 86.2%. Mientras que la menor proporción lleva Alimentación Mediterránea que incluye sólo pescado en 1.8%.

Tabla 14

Tipo de alimentación los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	n	%
Alimentación que incluye carne	237	86.2
Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves.	12	4.4
Alimentación Mediterránea que incluye sólo pescado	5	1.8
Alimentación lacto ovo vegetariano	13	4.7
Alimentación vegetariana pura	8	2.9
Total	275	100.0

En la tabla 15 se observa que la mayoría de los estudiantes encuestados manifiestan un estado deficiente hábitos de alimentación (86.2%), Actividad física (35.3%), Descanso (34.5%), Temperancia (37.5%), Salud mental y esperanza de vida (35.6%), Hábitos culturales de riesgo (34.5%). Y en cuanto al estilo de vida la mayoría de los estudiantes encuestados manifiestan un estado deficiente y moderado respectivamente en (33.5%). Mientras que la menor proporción lleva Alimentación Mediterránea que incluye sólo pescado en 1.8%.

Tabla 15

Estilo de vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo

	Hábitos de alimentación		Actividad física		Descanso		Temperancia		Salud mental y esperanza de vida		Hábitos culturales de riesgo		Estilo de vida	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Deficiente	97	35.3	97	35.3	95	34.5	103	37.5	98	35.6	95	34.5	92	33.5
Riesgo	96	34.9	89	32.4	91	33.1	94	34.2	87	31.6	91	33.1	92	33.5
Óptimo	82	29.8	89	32.4	89	32.4	78	28.4	90	32.7	89	32.4	91	33.1
Total	275	100.0	275	100.0	275	100.0	275	100.0	275	100.0	275	100.0	275	100.0

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

Ho: No existe relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.

Ha: Existe relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.

En la tabla 16 sobre la relación entre las variables sociodemográficas con el estilo de vida se observa que: las variables grado ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$), edad ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$), género ($\chi = .008$ y $Rho = ,014$), estado civil del padre ($\chi = .003$), estado civil de la madre ($\chi = .030$), región de procedencia ($\chi = .037$ y $Rho = ,016$), religión ($\chi = .011$), consideraciones de salud ($\chi = .005$ y $Rho = ,000$), lugar de consumo de alimentos ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$) y relación con Dios ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$) manifiestan una relación significativa. Lo que significa que el estilo de vida está asociado a estas variables sociodemográficas. Y cuya correlación, en los casos especificados, es confirmada por Rho Spearman.

Por otro lado, en cuanto a las variables grado de instrucción del padre ($\chi = .610$), grado de instrucción de la madre ($\chi = .132$), ingreso mensual ($\chi = .714$), y tipo de alimentación ($\chi = .173$) no manifiestan una relación significativa. Lo que significa que el estilo de vida no está asociado a estas variables sociodemográficas.

Luego, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que Existe relación significativa de los factores sociodemográficos tales como grado, edad, género, estado civil del padre, estado civil de la madre, región de procedencia, religión, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos, y relación con Dios con el *estilo de vida* de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con el *estilo de vida* de los estudiantes.

Tabla 16

Factores sociodemográficos relacionados con el estilo de vida

	Chi-cuadrado de Pearson			Correlación de Spearman
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 carcas)	
Grado	76,990 ^a	10	.000	,000
Edad	66,645 ^a	12	.000	,000
Genero	9,733 ^a	2	.008	,014
Estado civil del padre	26,300 ^a	10	.003	-
Estado civil de la madre	19,889 ^a	10	.030	-
Grado de instrucción del padre	8,188 ^a	10	.610	-
Grado de instrucción de la madre	12,456 ^a	8	.132	-
Región procedencia	10,224 ^a	4	.037	,016
Religión	22,960 ^a	10	.011	-
Ingreso mensual	3,726 ^a	6	.714	-
Consideración de salud	22,185 ^a	8	.005	,000
Lugar de consumo alimentos	42,866 ^a	8	.000	,000
Relación con Dios	30,862 ^a	8	.000	,000
Tipo de alimentación	11,537 ^a	8	.173	-

Hipótesis específicas 1

Ho: No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la alimentación de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la alimentación de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

En la tabla 17 sobre la relación entre las variables sociodemográficas con el estilo de vida se observa que: las variables grado ($\chi = .000$ y $Rho = ,046$), edad ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$) y lugar de consumo de alimentos ($\chi = .032$ y $Rho = ,000$) manifiestan una relación significativa. Lo que significa que las Prácticas de sus actuales hábitos de alimentación están asociadas a estas variables sociodemográficas. Y cuya correlación, en los casos especificados, es confirmada por Rho Spearman.

Por otro lado, en cuanto a las variables género ($\chi = .079$), estado civil del padre ($\chi = .257$), estado civil de la madre ($\chi = .418$), grado de instrucción del padre ($\chi = .320$), grado de instrucción de la madre ($\chi = .940$), región de procedencia ($\chi = .152$), religión ($\chi = .171$) ingreso mensual ($\chi = .950$), consideraciones de salud ($\chi = .332$), relación con Dios ($\chi = .318$) y tipo de alimentación ($\chi = .182$) no manifiestan una relación significativa. Lo que significa que las Prácticas de sus actuales hábitos de alimentación están asociadas a estas variables sociodemográficas.

Luego, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que Existe relación significativa de los factores sociodemográficos tales como grado, edad y lugar de consumo de alimentos, con las Prácticas de sus actuales hábitos de alimentación de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que género, estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual, consideraciones de salud, relación con Dios y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con *las Prácticas de sus actuales hábitos de alimentación* de los estudiantes.

Tabla 17

Factores sociodemográficos relacionados con los Hábitos de Alimentación

Variables sociodemográficas	Chi-cuadrado de Pearson			Correlación de Spearman
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	
Grado	45,421 ^a	10	.000	,046
Edad	47,999 ^a	12	.000	,000
Genero	5,088 ^a	2	.079	-
Estado civil del padre	12,433 ^a	10	.257	-
Estado civil de la madre	10,258 ^a	10	.418	-
Grado de instrucción del padre	11,500 ^a	10	.320	-
Grado de instrucción de la madre	2,916 ^a	8	.940	-
Región procedencia	6,704 ^a	4	.152	-

Religión	14,048 ^a	10	.171	-
Ingreso mensual	1,636 ^a	6	.950	-
Consideración de salud	9,128 ^a	8	.332	-
Lugar de consumo alimentos	16,864 ^a	8	.032	,000
Relación con Dios	9,295 ^a	8	.318	-
Tipo de alimentación	11,354 ^a	8	.182	-

Hipótesis específicas 2

Ho: No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la actividad física de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la actividad física de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

En la tabla 18 sobre la relación entre las variables sociodemográficas con el estilo de vida se observa que: Las variables grado ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$), edad ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$), género ($\chi = .003$ y $Rho = ,001$), consideraciones de salud ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$), lugar de consumo de alimentos ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$) y relación con Dios ($\chi = .022$ y $Rho = ,004$) manifiestan una relación significativa. Lo que significa que la Práctica de actividad física está asociada a estas variables sociodemográficas. Y cuya correlación es confirmada por Rho Spearman.

Por otro lado, en cuanto a las variables estado civil del padre ($\chi = .287$), estado civil de la madre ($\chi = .540$), grado de instrucción del padre ($\chi = .143$), grado de instrucción de la madre ($\chi = .078$), región de procedencia ($\chi = .102$), religión ($\chi = .270$), ingreso mensual ($\chi = .423$), y tipo de alimentación ($\chi = .125$) no manifiestan una relación significativa. Lo que significa que la Práctica de actividad física no está asociada a estas variables sociodemográficas.

Luego, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que Existe relación significativa de los factores sociodemográficos tales como grado, edad, género, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios con la

actividad física de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que el estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual, y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la actividad física de los estudiantes.

Tabla 18

Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de Actividad física

Variables sociodemográficas	Chi-cuadrado de Pearson			Correlación de Spearman
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	
Grado	68,814 ^a	10	.000	,000
Edad	61,004 ^a	12	.000	,000
Genero	11,459 ^a	2	.003	,001
Estado civil del padre	11,973 ^a	10	.287	-
Estado civil de la madre	8,915 ^a	10	.540	-
Grado de instrucción del padre	14,704 ^a	10	.143	-
Grado de instrucción de la madre	14,130 ^a	8	.078	-
Región procedencia	7,735 ^a	4	.102	-
Religión	12,235 ^a	10	.270	-
Ingreso mensual	5,998 ^a	6	.423	-
Consideración de salud	28,036 ^a	8	.000	,000
Lugar de consumo alimentos	23,384 ^a	8	.003	,000
Relación con Dios	17,950 ^a	8	.022	,004
Tipo de alimentación	12,623 ^a	8	.125	-

Hipótesis específicas 3

Ho: No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con el descanso de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con el descanso de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

En la tabla 19 sobre la relación entre las variables sociodemográficas con el estilo de vida se observa que: Las variables grado ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$), edad ($\chi =$

.000 y $Rho = ,000$), consideraciones de salud ($\chi = .016$ y $Rho = ,001$), lugar de consumo de alimentos ($\chi = .009$ y $Rho = ,000$) y relación con Dios ($\chi = .005$ y $Rho = ,000$) manifiestan una relación significativa. Lo que significa que la Práctica de descanso está asociada a estas variables sociodemográficas. Y cuya correlación, en los casos especificados, es confirmada por Rho Spearman.

Por otro lado, en cuanto a las variables género ($\chi = .445$), estado civil del padre ($\chi = .098$), estado civil de la madre ($\chi = .331$), grado de instrucción del padre ($\chi = .302$), grado de instrucción de la madre ($\chi = .077$), región de procedencia ($\chi = .196$), religión ($\chi = .823$) ingreso mensual ($\chi = .678$), y tipo de alimentación ($\chi = .720$) no manifiestan una relación significativa. Lo que significa que la Práctica de descanso no está asociada a estas variables sociodemográficas.

Luego, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que Existe relación significativa de los factores sociodemográficos tales como grado, edad, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios, con la Práctica de descanso de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que género, estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la práctica de descanso de los estudiantes.

Tabla 19

Factores sociodemográficos relacionados al Descanso

Variables sociodemográficas	Chi-cuadrado de Pearson			Correlación de Spearman
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	
Grado	53,851 ^a	10	.000	,000 ^c
Edad	41,851 ^a	12	.000	,000 ^c
Genero	1,619 ^a	2	.445	-
Estado civil del padre	16,071 ^a	10	.098	-

Estado civil de la madre	11,346 ^a	10	.331	-
Grado de instrucción del padre	11,746 ^a	10	.302	-
Grado de instrucción de la madre	14,173 ^a	8	.077	-
Región procedencia	6,037 ^a	4	.196	-
Religión	5,906 ^a	10	.823	-
Ingreso mensual	3,990 ^a	6	.678	-
Consideración de salud	18,838 ^a	8	.016	,001 ^c
Lugar de consumo alimentos	20,410 ^a	8	.009	,000 ^c
Relación con Dios	21,823 ^a	8	.005	,000 ^c
Tipo de alimentación	5,345 ^a	8	.720	-

Hipótesis específicas 4

Ho: No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la temperancia de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la temperancia de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

En la tabla 20 sobre la relación entre las variables sociodemográficas con el estilo de vida se observa que: las variables grado ($\chi = .001$) y edad ($\chi = .003$ y $Rho = .009$), Lo que significa que la Temperancia está asociada a estas variables sociodemográficas. Y cuya correlación, en los casos especificados, es confirmada por Rho Spearman.

Por otro lado, en cuanto a las variables género ($\chi = .142$), estado civil del padre ($\chi = .138$), estado civil de la madre ($\chi = .588$), grado de instrucción del padre ($\chi = .237$), grado de instrucción de la madre ($\chi = .985$), región de procedencia ($\chi = .887$), religión ($\chi = .201$) ingreso mensual ($\chi = .535$), consideraciones de salud ($\chi = .173$), lugar de consumo de alimentos ($\chi = .642$) y relación con Dios ($\chi = .629$) y tipo de alimentación ($\chi = .502$) no manifiestan una relación significativa. Lo que significa que la Temperancia no está asociada a estas variables sociodemográficas.

Luego, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que Existe relación significativa de los factores sociodemográficos tales como grado, edad, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios, con la Temperancia de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que género, estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la Temperancia de los estudiantes.

Tabla 20

Factores sociodemográficos relacionados con la Temperancia

Variabes sociodemográficas	Chi-cuadrado de Pearson			Correlación de Spearman
	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 carás)	
Grado	29,622 ^a	10	.001	-
Edad	30,229 ^a	12	.003	,009 ^c
Genero	3,901 ^a	2	.142	-
Estado civil del padre	14,841 ^a	10	.138	-
Estado civil de la madre	8,420 ^a	10	.588	-
Grado de instrucción del padre	12,767 ^a	10	.237	-
Grado de instrucción de la madre	1,855 ^a	8	.985	-
Región procedencia	1,146 ^a	4	.887	-
Religión	13,420 ^a	10	.201	-
Ingreso mensual	5,069 ^a	6	.535	-
Consideración de salud	11,538 ^a	8	.173	-
Lugar de consumo alimentos	6,045 ^a	8	.642	-
Relación con Dios	6,161 ^a	8	.629	-
Tipo de alimentación	7,329 ^a	8	.502	-

Hipótesis específicas 5

Ho: No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la Salud Mental y Esperanza de Vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.

Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la Salud Mental y Esperanza de Vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

En la tabla 21 sobre la relación entre las variables sociodemográficas con el estilo de vida se observa que: Las variables grado ($\chi = .001$), edad ($\chi = .000$ y $Rho = ,004$), estado civil del padre ($\chi = .004$ y $Rho = ,004$), estado civil de la madre ($\chi = .009$ y $Rho = ,002$), religión ($\chi = .001$), consideraciones de salud ($\chi = .013$ y $Rho = ,001$), lugar de consumo de alimentos ($\chi = .005$ y $Rho = ,000$) y relación con Dios ($\chi = .000$ y $Rho = ,000$). Lo que significa que la Salud mental y esperanza de vida está asociada a estas variables sociodemográficas. Y cuya correlación, en los casos especificados, es confirmada por Rho Spearman.

Por otro lado, en cuanto a las variables género ($\chi = .974$), grado de instrucción del padre ($\chi = .058$), grado de instrucción de la madre ($\chi = .063$), región de procedencia ($\chi = .766$), ingreso mensual ($\chi = .573$), y tipo de alimentación ($\chi = .864$) no manifiestan una relación significativa. Lo que significa que la Salud mental y esperanza de vida no está asociada a estas variables sociodemográficas.

Luego, habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se concluye que Existe relación significativa de los factores sociodemográficos tales como grado, edad, estado civil del padre, estado civil de la madre, religión, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios, con la Salud mental y esperanza de vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que género, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la Salud mental y esperanza de vida de los estudiantes.

Tabla 21

Factores sociodemográficos relacionados con la Salud mental y Esperanza de vida

Variables sociodemográficas	Chi-cuadrado de Pearson			Correlación de Spearman
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	
Grado	53,441 ^a	10	.000	-
Edad	36,356 ^a	12	.000	,004 ^c
Genero	,052 ^a	2	.974	-
Estado civil del padre	25,582 ^a	10	.004	,004 ^c
Estado civil de la madre	23,599 ^a	10	.009	,002 ^c
Grado de instrucción del padre	17,817 ^a	10	.058	-
Grado de instrucción de la madre	14,804 ^a	8	.063	-
Región procedencia	1,836 ^a	4	.766	-
Religión	31,110 ^a	10	.001	-
Ingreso mensual	4,778 ^a	6	.573	-
Consideración de salud	19,412 ^a	8	.013	,001 ^c
Lugar de consumo alimentos	21,961 ^a	8	.005	,000 ^c
Relación con Dios	43,971 ^a	8	.000	,000 ^c
Tipo de alimentación	3,917 ^a	8	.864	-

Hipótesis específicas 6

Ho: No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con hábitos culturales de riesgo de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con hábitos culturales de riesgo de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017

En la tabla 22 sobre la relación entre las variables sociodemográficas con el estilo de vida se observa que ninguna variable sociodemográfica está asociada con los hábitos culturales de riesgo.

Por otro lado, las variables grado ($\chi = .116$), edad ($\chi = .060$) género ($\chi = .334$), estado civil del padre ($\chi = .202$), estado civil de la madre ($\chi = .482$), grado de instrucción del padre ($\chi = .860$), grado de instrucción de la madre ($\chi = .376$), región de procedencia ($\chi = .408$), religión ($\chi = .805$), ingreso mensual ($\chi = .700$),

consideraciones de salud ($\chi = .500$), lugar de consumo de alimentos ($\chi = .784$) relación con Dios ($\chi = .719$) y el tipo de alimentación ($\chi = .191$). No manifiestan una relación significativa. Lo que significa que hábitos culturales de riesgo no está asociada a estas variables sociodemográficas.

Luego, habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis nula se concluye que No existe relación significativa de los factores sociodemográficos con hábitos culturales de riesgo de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.

Tabla 22

Los factores sociodemográficos relacionados con los Hábitos culturales de riesgo

Variables sociodemográficas	Chi-cuadrado de Pearson			Correlación de Spearman
	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	
Grado	15,450 ^a	10	.116	-
Edad	20,403 ^a	12	.060	-
Genero	2,196 ^a	2	.334	-
Estado civil del padre	13,397 ^a	10	.202	-
Estado civil de la madre	9,535 ^a	10	.482	-
Grado de instrucción del padre	5,437 ^a	10	.860	-
Grado de instrucción de la madre	8,614 ^a	8	.376	-
Región procedencia	3,984 ^a	4	.408	-
Religión	6,120 ^a	10	.805	-
Ingreso mensual	3,829 ^a	6	.700	-
Consideración de salud	7,342 ^a	8	.500	-
Lugar de consumo alimentos	4,754 ^a	8	.784	-
Relación con Dios	5,355 ^a	8	.719	-
Tipo de alimentación	11,191 ^a	8	.191	-

Discusión de resultados

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador- CADE, Santo Domingo, 2017. Hallándose que la mayoría

de los factores sociodemográficos están relacionados asociativamente con el estilo de vida de los estudiantes y correlacionados con el grado, edad, género y región de procedencia. Asimismo, su estilo de vida correlacionados con la forma en que consideran su salud y relación con Dios además del lugar en que comen.

Dicho de otro modo, los estudiantes que presentan una forma de estilo de vida es porque se conjuga en ellos una serie de factores como los son: el grado, edad, género, el estado civil del padre y de la madre, región donde proceden, religión, las consideraciones que tengan de su salud y relación con Dios; además del lugar de consumo de su alimentación al margen del tipo de alimentación que puedan tener o el grado de instrucción o nivel de ingresos económicos de sus padres (ellos pueden haber reconfigurado un buen o mal estilo de vida por factores externos más que por que sus padres tenga altos o bajos niveles de estudios y recursos; aunque cabe resaltar que casi el 40% poseen estudios universitarios).

Sin embargo, el Estilo de Vida de los estudiantes está correlacionados o implicados de manera significativa por factores como el grado, edad, región de procedencia; además, de las consideraciones que tengan ellos de su salud y relación con Dios además del lugar que ellos tengan en el consumo de sus alimentos.

Es decir, mientras los jóvenes estudiantes del Colegio Adventista del Ecuador manifiesten un estilo de vida en mayor vulnerabilidad entre los 13 a 16 años de edad un aspecto que pueden ir paralelo con el grado de bachillerato a menor grado mayor riesgo; así como el género: tanto como varones o mujeres pueden estar vulnerados en su estilo de vida, a esto se suma la región de donde proceden aspectos que arrastran todas las costumbres culturales absorbidas hasta esa edad.

Otro aspecto importante a resaltar producto del estudio es que más de la mitad de los padres de los estudiantes (62%) son casados y tienen estudios universitarios

(38.9%) y son de la costa la mayoría de estudiantes (73.8%) se podría inferir que las costumbres culturales de la costa son riesgosas para el estilo de vida de los jovencitos; a pesar que más del 30% representan a religiones conservadores como son evangélicos, adventistas y pentecostales sin sumar católicos que representan a la mitad de los encuestados.

Por otro lado haciendo un contraste entre la correlación significativa de las consideraciones que ellos tengan de su salud con el estilo de vida que ellos manifiestan contrasta con el aspecto descriptivo que revela que un 52.7% considera su salud como mala a pesar que consumen sus alimentos en casa más del 85.5% ; indicando la desconfiguración de los patrones saludables de alimentación en su propia casa. Por otro lado, revela que más del 50% (54.9%) indica que tienen una relación con Dios de buena a excelente sin desescatimar un resaltante 38.9% que se asincera que su relación con Dios es regular; estos valores nos corroboran que los miembros de iglesia desde muy jóvenes dicotomizan la espiritualidad con los hábitos alimentarios y el estilo de vida un aspecto que se necesita dar mayor énfasis en estudios posteriores aspecto que puede ser causa y efecto y sobre todo en la doctrina adventista.

Las evidencias acreditan un aspecto diferente en congruencia con las principios y normas de la iglesia como el Régimen Pro Salud; los jovencitos productos del estudio manifiestan que el 86.2% tienen una alimentación cárnica. Así como hasta un poco más del 65% presentan un estilo de vida riesgoso a deficiente tanto en hábitos alimentarios, como en escasa práctica de actividades físicas, niveles contraproducentes de descanso, débil salud mental y esperanza de vida y altos niveles riesgos de hábitos culturales como escuchar música nociva ver televisión que distorsiona la conducta o como estar teniendo lecturas peligrosas y muchas horas de exposición a las redes sociales.

Por otro lado, se resalta que hay algunos factores que no se relacionan con las dimensiones del estilo de vida. En cuanto a la dimensión hábitos alimentarios de los adolescentes algunos factores sociodemográficos inciden en su alimentación excepto el género, estado civil del padre y madre, grado de instrucción del padre y madres, región de procedencia, religión, ingreso mensual, consideraciones de salud, relación con Dios y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con las prácticas de sus actuales hábitos de alimentación de los estudiantes. Dicho de otro modo, ellos mantienen hábitos alimentarios riesgosos al margen del lugar que procedan, (la mayoría son de costa), sin que la religión cause mayor preponderancia en ellos; ni el que sus padres tengan ingresos económicos bajo o alto; siendo las consideraciones dicotomisadas que tienen de su salud con su vida espiritual que implican en los hábitos alimentarios que estos tengan. Es decir, reconocen que tienen riesgosa a deficiente salud y estos se revela en sus malos hábitos alimentarios sin embargo perciben que estas no tienen nada que ver con su relación con Dios.

Sin embargo, un aspecto diferente se evidencia en cuanto a los factores sociodemográficos asociados a la práctica de actividad física. Que sí se verifica una implicancia entre el grado, edad y género con la práctica de actividad física que estos manifiestan. A la vez que éstas se correlacionan significativamente con la percepción que tengo de una mala salud y estar bien con Dios con la práctica de actividades físicas. Así como tener a su casa como lugar de consumo se tornan relevante en que ellos puedan estar óptimos en el desarrollo de sus actividades físicas. Esto revela que consideran su mala salud con el tener deficiente actividad física sin embargo no perciben que su relación con Dios tenga que ver con su práctica de actividad física.

Igualmente, en cuanto al descanso se presente una asociación y correlación estrecha de los factores grado y edad. Así como las consideraciones que tienen de su

salud como deficiente y estar bien con Dios revelando implícitamente que estas no afectan a su forma de descansar. Sin embargo, el lugar donde realizan el consumo de sus alimentos (su casa en la mayoría) evidencia una relación intrínseca entre el lugar que comen con sus niveles y formas de descansar de alguna manera. Revelándose que los encuestados presentan mayor estabilidad familiar (padres casados, bien juntos en casa, comen casa) y los hábitos relacionados al tiempo en que van a descansar y el tiempo que pasan durmiendo, así como las interrupciones de sueño pueden estar implicados por esa estabilidad hogareña con hábitos nocivos que afectan el descanso.

De la misma manera en cuanto a los factores sociodemográficos relacionados a la temperancia se evidencia que existe asociación significativa de los factores tales como grado, edad, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios, con la Temperancia de los estudiantes del CADE, Mientras que género, estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual y tipo de alimentación no están asociados significativamente con la Temperancia de los estudiantes. Cabe resaltar que sólo la edad se correlaciona con la Temperancia es decir la ingesta de tóxicos (drogas lícitas e ilícitas) Es decir a mayor edad mayor vulnerabilidad. Y en esta población se está expresando dicho factor.

En cuanto a la dimensión de Salud mental y esperanza de vida implicados por los factores sociodemográficos se presentan existe relación significativa de los factores sociodemográficos tales como grado, edad, estado civil del padre, estado civil de la madre, religión, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios, con la Salud mental y esperanza de vida de los estudiantes del CADE. Mientras que género, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de

la madre, región de procedencia, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la Salud mental y esperanza de vida de los estudiantes. Sin embargo, es relevante mencionar que la edad, el estado civil de los padres se correlacionan con la salud mental y esperanza de vida, así como la forma en que ellos perciben su salud y relación con Dios agregado al lugar de consumo de alimentos. Denotando que estos últimos factores son de índole hogareño en un contraste que el desarrollo psicológico del adolescente de interdependencia consolida su desarrollo espiritual y salud mental que ellos tengan.

Finalmente, en relación en como los factores sociodemográficos se relacionan con los hábitos culturales de riesgo se evidencia que no existe asociación ni correlación un aspecto que evidencia que los jóvenes no relacionan el tipo de música que escuchan, los programas de televisión, ni la lectura a que están expuestas ni las redes sociales como un aspecto nocivo para su estilo de vida. Dicho de otro modo, un adolescente puede escuchar música Rock puede ver programas de violencia (de acción) leer a Harry Potter y estar expuesta a varias horas al internet y redes sociales y no escatimarlos como riesgosos para su salud.

Concluyéndose, que los factores sociodemográficos en gran medida están implicados en que los adolescentes presenten un estilo de vida riesgo a deficiente que pueda dañar su bienestar y calidad de vida.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Primera conclusión. A la Institución realizar programas educativos de capacitación dirigido a los jóvenes, padres, tutores, cuidadores, docentes, personal del bar para mejorar el estilo de vida de los estudiantes del CADE.

Segunda conclusión. Los factores sociodemográficos tales como grado, edad, género, estado civil del padre, estado civil de la madre, región de procedencia, religión, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos, y relación con Dios se relacionan significativamente con el *estilo de vida* de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con el *estilo de vida* de los estudiantes.

Tercera conclusión. Los factores sociodemográficos tales como grado, edad y lugar de consumo de alimentos se relacionan con las prácticas de sus actuales hábitos de alimentación de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que género, estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual, consideraciones de salud, relación con Dios y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con las Prácticas de sus actuales hábitos de alimentación de los estudiantes.

Cuarta conclusión. Los factores sociodemográficos tales como grado, edad, género, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios se relacionan significativamente con la actividad física de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que el estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual, y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la actividad física de los estudiantes.

Quinta conclusión. Los factores sociodemográficos tales como grado, edad, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios, se relacionan significativamente con la Práctica de descanso de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que género, estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la práctica de descanso de los estudiantes.

Sexta conclusión. Los factores sociodemográficos tales como grado, edad, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios, se relacionan significativamente con la Temperancia de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que género, estado civil del padre, estado civil de la madre, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, religión, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la Temperancia de los estudiantes.

Septima conclusión. Los factores sociodemográficos tales como grado, edad, estado civil del padre, estado civil de la madre, religión, consideraciones de salud, lugar de consumo de alimentos y relación con Dios, se relacionan significativamente con la Salud mental y esperanza de vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017. Mientras que género, grado de instrucción del padre, grado de instrucción de la madre, región de procedencia, ingreso mensual y tipo de alimentación no se relacionan significativamente con la Salud mental y esperanza de vida de los estudiantes.

Octava conclusión. Los factores sociodemográficos no se relacionan significativamente con hábitos culturales de riesgo de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.

Recomendaciones

1. Se recomienda, tomar en cuenta los resultados de esta investigación respecto a la relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida, se recomienda realizar otras investigaciones en otras poblaciones educativas con los adolescentes y verificar si su implicancia similar o diferente. Se sugiere complementarse con un componente cualitativo, para enriquecer el estudio y averiguar los motivos socioculturales o religiosos que los estudiantes puedan estar teniendo como factores desencadenantes del deficiente estilo de vida y su forma de dicotomizar la salud de la espiritualidad.
2. Considerando que en el presente trabajo se ha realizado un análisis de factores sociodemográficos, se recomienda en posteriores investigaciones implementar otros diseños y análisis estadísticos para focalizar cada uno de los factores sociodemográficos ampliándoles a un análisis de regresión a fin de verificar su riesgo o factores causales, a nivel explicativo que puedan estar incidiendo en la realidad del estilo de vida de esta población estudiantil.
3. Se recomienda en próximos estudios ampliar los detalles descriptivos e inferenciales de cada uno de las dimensiones separando la salud mental de esperanza de vida a fin de contrastarlos con la percepción que tienen de su salud y su relación con Dios.
4. Se recomienda que los datos y resultados de la presente investigación sean considerados por los administradores de la Institución educativa a fin de generar e implementar lineamientos y programas que fortalezcan las capacidades relacionadas al buen estilo de vida juvenil además de prevenir conductas de riesgo. Además de emitir políticas que repotencien las

actividades y programas preventivos para la actividad físicas que minimice factores de riesgo.

5. Igualmente tomando en cuenta los resultados de esta investigación, se recomienda a las familias tomar en cuenta los resultados, para reconfigurar su estilo de vida saludables en de sus hijos y generar nuevas prácticas que repercutan en un estado óptimo de salud. Los datos sugieren cambios vertiginosos en el aspecto nutricional, descanso, temperancia y hábitos culturales en vista de que presentan niveles riesgosos.
6. Finalmente, se recomienda que los sectores públicos y actores locales puedan tomar en cuenta los resultados del presente estudio, para generar políticas públicas que conlleven a la toma de decisiones administrativas, económicas, sociales que promocionen mejores alternativas para la juventud que repotencien su estilo de vida en apoyo a las familias; sin menoscabar los aspectos culturales ancestrales propias de la identidad de un país siempre y cuando éstas no estén por encima de la salud de la juventud.

REFERENCIAS

- Abuse, N. I. (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. *Asociación Americana de Psicología*.
- Andes. (24 de 09 de 2013). Obtenido de <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-redujo-aproximadamente-7-consumo-tabaco-relacion-decadas-anteriores.html>
- Almansa I A., Fonseca O. y Castillo A., (2013) “Redes sociales y jóvenes. Uso de Facebook en la juventud colombiana y española. Comunicar, 40, XX, 2013 Málaga (España) y Bogotá (Colombia)
- Borquez, P. (2011). Calidad de sueño, somnolencia diurna y salud autopercebida en estudiantes universitarios. *Eureka*, 80-91.
- Casajús, J. A., & Rodríguez, G. (2011). Ejercicio Físico y Salud en poblaciones especiales.
- CCM. (01 de 2017). Obtenido de <http://salud.ccm.net/contents/478-tabaco-estadisticas-de-los-fumadores>
- Censo, I. I. (2012). *Hábitos de lectura en Ecuador*. Ecuador.
- Chamorro, R., Duran, S., Reyes, S., Ponce, R., Algarín, C., & Peirano, P. (2011). La reducción del sueño como factor de riesgo para obesidad. *SCiELO*, 932-940.
- Cueva, F. C. (2013). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito-Ecuador.
- Diario, E. (05 de 05 de 2011). Santo Domingo tiene un 14% de desnutrición. *El Diario*.
- Díaz, L. d. (2013). La enseñanza de la religión y el aprendizaje de valores sociales, de autoregulación y logro: modelo predictivo y diseño pedagógico.
- Drogas, D. d. (2006). Plan Nacional sobre Drogas.
- Echererúa, E. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones* .
- El blog de la salud*. (24 de noviembre de 2014). Obtenido de El blog de la salud: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
- El Comercio*. (12 de mayo de 2014). Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/ecuador-ocupa-noveno-puesto-regional.html>
- El Mercurio* . (01 de 06 de 2014). Obtenido de <http://www.elmercurio.com.ec/433684-el-consumo-de-cigarrillo-tiene-cifras-preocupantes/>
- elnuevodia.com. (05 de 07 de 2014). *endi*. Obtenido de <http://www.elnuevodia.com/tecnologia/tecnologia/nota/yason176millonesdeadictosalcelularenel-mundo-1808410/>
- Esperanza, D. P. (09 de 2009). *Revista Psicología Científica.com*. Obtenido de <http://www.psicologiacientifica.com/trastornos-de-ansiedad-epidemia/>

- Facchin, J. (29 de 12 de 2014). *El blog de José Facchin*. Obtenido de <http://josefacchin.com/adiccion-a-las-redes-sociales-infografia/>
- Faílde, J., Dapia, M., Alonso, A., & Pazos, E. (2015). Consumo de Drogas en adolescentes escolarizados infractores. *Educación XXI*, 167-18.
- Godoy, M., Vileda, A., & Zaniol, R. (2012). Descanso y sueño nocturno de pacientes cardiacos internados en la unidad de cuidados itnensivos.
- González, J. (2016). Diseño y validación de la "Escala de inteligencia emocional en internet" (EIEI) para adolescentes. *Behavioral Psychology*, 93-105.
- Hernandez, García González, García García, Antona Rodriguez, Sanz Cabreara, & Cordero Montero. (2015). Hábitos y trastornos del sueño en adolescentes. *ORIGINALES*, 220 -230.
- <http://perueconomico.com/ediciones/74/articulos/1337>, (2012)
- Jimenez, R., Moreno, B., & Claver, F. (2015). Motivación y estadios de cambio para el ejercicio físico en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 196 -204.
- La Hora*. (15 de 09 de 2011). Obtenido de http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1101204972/-1/90%25_de_ecuatorianos_son_sedentarios.html#.WKIM6W997Dc
- Lancho, C. P. (2007). Trastornos de la Conducta Alimentaria . 600-634.
- Lema S. L., Salazar T. I., Varela A. M., Tamayo C. J., Rubio S. A. y Botero P. A. (2009) "Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida". Pontificia Universidad Javeriana, Cali (Colombia) *Revista Pensamiento Psicológico*, Vol. 5, N°12, 2009, pp. 71-88
- María, L. (2007). Síndrome Metabólico. *Revista de psgrado de la villa cátedra de medicina, N°174, España*.
- Martín Luis Apaza E. M., (2015) *Calidad de vida y práctica de hábitos saludables en feligreses Adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015*. Tesis presentada para optar el grado de magister en Salud Pública. Universidad Peruana Unión, Lima, 2015
- Martínez, Trujillo, & Robles. (2006). Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención.
- Meneses, M., & Monge, M. (1999). Actividad física y recreación. *SCiELO*.
- Mundo, B. (02 de abril de 2016). *BBC MUnDo*. Obtenido de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160401_salud_paises_mas_obesos_lb
- Nuviala, A., Ruiz, F., & Motes, E. (2003). Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes, la influencia de los padres . *Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*.
- OMS. (01 de 2015). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS*. (2009). Obtenido de Riesgos para la salud mundial: Progresos y desafíos: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-070565/es/>
- OMS*. (2010). *OMS*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
- OMS*. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no trasmisibles*. Ginebra (Suiza).

- OMS. (Julio de 2015). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- OMS. (Junio de 2016). *OMS*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OPS. (09 de 10 de 2012). *OPS*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
- OPS. (12 de mayo de 2014). *OPS*. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9564%3A2014-global-who-report-highlights-negative-health-impacts-of-alcohol&Itemid=1926&lang=es
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Día Mundial de la Salud. Campaña del Día Mundial de la Salud 2012. Públicos
- Organization, W. H. (2005). Alcohol polcy in the WHO European Region: currern status and the way forward, Fact sheet.
- Pantallas Amigas*. (08 de 11 de 2012). Obtenido de <https://adiccioninternet.wordpress.com/tag/estadisticas/>
- PAO. (2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?id=40%3Aecuador&option=com_content
- PONCE, J. P. (16 de 05 de 2014). *Formación Gerencial*. Obtenido de <http://blog.formaciongerencial.com/2014/05/16/ranking-redes-sociales-ecuador-mayo-2014/>
- Redacción Médica*. (06 de 06 de 2016). Obtenido de <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/depresi-n-alcoholismo-y-tabaquismo-los-males-de-los-ecuatorianos-87947>
- Revenga, J. (19 de mayo de 2014). *El Nutricionista de la general*. Obtenido de <http://blogs.20minutos.es/el-nutricionista-de-la-general/2014/05/19/informe-oms-2014-consumo-de-alcohol-y-salud-en-el-mundo/>
- Ricardo, P., Santos, D., Pinheiro, A., Bianchini, T., & Petroski, E. (2014). Determinantes sociodemográficos de los estilos de vida de los estudiantes universitarios. *SciELO, Revista de Salud Pública*.
- Rodríguez, Á. R. (2015). El papel de la música en la construcción de una identidad durante la adolescencia. *Revista de musicología*.
- Ruiz, A. (2015). El papel de la música en la construcción de una identidad. *Revista de musicología*.
- Salazar, I., & Arrivillaga, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 74-89.
- Salguero, J., Fernadez , P., Ruiz, D., Castillo, R., & Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: el papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychlogy*, 143-152.
- Salud, O. M. (2009). *OMS*. Obtenido de Riesgos para la salud mundial: Progresos y desafíos: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/9/09-070565/es/>
- Salud, O. M. (2011). *Recomendaciones Mundiales sobre actividad física para la salud*. Suiza.

- Sandoval, C. (17 de abril de 2015). *El Comercio*. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/facebook-redessociales-ecuador-inec-usuarios.html>
- Semplades. (2013). *Plan Nacional del Desarrollo/ Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017*. Quito Ecuador.
- Serrano, C., Rojas, A., & Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Nacional en Psicología y Educación*, 47 -60.
- Sotomayor, P., Aquino, V., Jiménez, O., & Trejo, M. (2014). Actividad física y sedentarismo: Determinantes sociodemográficos, familiares y su impacto en la salud del adolecente. *ScieLo Revista de Salud Publica*.
- Telegrafo, E. (20 de 12 de 2013). 5.5 millones de adultos ecuatorianos viven con sobrepeso u obesidad. *El Telegrafo*.
- UNDOC. (2012). *Informa mundial sobre las Drogas*. Viena.
- Universia. (01 de 04 de 2014). *Universa*. Obtenido de Universa Mexico: <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2014/04/01/1092730/paises-indices-lecturas-mas-altos.html>
- Vivanco C. L. (2015) *Práctica religiosa y Adhesión al estilo de vida Adventista de los jóvenes de la Misión del Oriente Peruano, 2015 Tesis presentada para optar el grado de magister en Teología*. Universidad Peruana Unión, Lima, 2015
- White, E. (1905). *Ministerio de Curación*. ACES.
- White, E. (1966). *Mensaes Selectos*. Pacific Press Publishing Association.
- White, E. (1987). *Consejos sobre Régimen Alimenticio*. ACES.
- White, E. (2008). *Obreros Evangélicos*. ACES.

APÉNDICE “A”

CUESTIONARIO DE HÀBITOS DE ESTILO DE VIDA

I. INTRODUCCION. El presente cuestionario tiene como propósito evaluar su estilo de vida con el objetivo de obtener un diagnóstico que puede servir en la implementación de programas futuros que mejoren la salud de los estudiantes.

Los datos se usarán solo para dicho fin, los cuales serán confidenciales, no se revelará nombres. El llenado de este cuestionario, indicará su consentimiento y participación voluntaria. Se solicita contestar las preguntas con sinceridad y veracidad.

II. INSTRUCCIONES. Después de leer cada oración, teniendo en cuenta que la información sobre HABITOS DE ESTILO DE VIDA: respecto a alimentación, ejercicio físico, descanso, ingesta de agua, aire, sol, uso de tóxicos, salud mental, esperanza espiritual y redes sociales. Marque con una (X) LA OPCION que creas que va mejor con el hábito que PRÁCTICAS. Por favor, responde con honestidad.

(1) Género: Masculino ()1 Femenino ()2

(2) Edad: _____

(3) Estado Civil del Padre, madre o tutor:

Soltera (o) () 1 Casada (o) () 2 Viuda (o) () 3 Divorciada (o) () 4 Unión Libre () 5

(4) Estado Civil del Padre, madre o tutor:

Soltera (o) () 1 Casada (o) () 2 Viuda (o) () 3 Divorciada (o) () 4 Unión Libre () 5

(5) Con que personas vive en su casa: Marque todas las que consideré

Padre () 1 Madre () 2 Hermanos/a () 3 Primo/a () 4 Sobrino/a () 5
Tío/a () 6 Abuelo/a () 7 Vivo solo () 8 otra personas mencione.....

(5) Grado de instrucción del Padre o tutor:

Sin estudios () 1 Primaria() 2 Secundaria () 3 Universitario () 4 Posgrado () 5

(6) Grado de instrucción de la Madre o tutor:

Sin estudios () 1 Primaria() 2 Secundaria () 3 Universitario () 4 Posgrado () 5

(7) Profesión u Oficio de del Padre o tutor _____

(8) Profesión u Oficio de de la madre o tutor _____

(9) Actualmente su Padre se desempeña como _____

(10) Actualmente su Madre se desempeña como _____

(11) Condición Laboral del Padre: contratado () 1 estable () 2 Independiente () 3 otro() 4 _____

(12) Condición Laboral de la Madre: contratado () 1 estable () 2 Independiente () 3 otro() 4 _____

(13) Región de Procedencia de sus padres:

Costa () 1 Sierra () 2 Oriente () 3 extranjero () 4

(14) Religión: Católica () 1 Adventista () 2 Evangélica () 3 Pentecostal () 4
Otro.....Ninguna5.....

(15) Ingreso mensual del Padre: **menos de \$370** () 1 \$500–S/1000 () 2 S/1100 – S/3000 () 3 **más de S/3000**
() 4

(16) ¿Cómo considera tu salud actualmente?

Excelente () 5 Buena () 4 Regular () 3 Mala () 2 Muy Mala () 1

(17) ¿En que lugar frecuentemente consumes tus alimentos

En casa () 5 En pensión () 4 En un comedor público () 3 En un restaurant () 2 En ambulantes o kioskos
() 1

(18) ¿Cómo considera tu relación con Dios actualmente?

Excelente () 5 Buena () 4 Regular () 3 Mala () 2 Muy mala () 1

(19) Tipo de alimentación que usted practica:

- (5) Alimentación vegetariana pura (únicamente alimentos de origen vegetal).
- (4) Alimentación lacto ovo vegetariano (leche, huevos y alimentos de origen vegetal).
- (3) Alimentación Mediterránea que incluye sólo pescado (alimentos de origen vegetal y pescado con escamas).
- (2) Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves.
- (1) Alimentación que incluye carne (alimentos de origen vegetal, carne de ovino, aves, vacuno, peces con escamas, huevos, leche y queso).

III.- PRÁCTICAS DE SUS ACTUALES HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

Dada la siguiente lista de alimentos, por favor, marque con una (X) en los recuadros de la derecha, lo que corresponde a sus hábitos de alimentación actual y real.

Consumo semanal		Nada en la semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5 a 6 veces por semana	Todos los días
(1)	Cereales andinos: avena, trigo, maíz, cebada, centeno, quinua u otros.					
(2)	Pan integral, arroz integral, otros integrales					
(3)	Pan blanco, arroz blanco, fideos, otros refinados					
(4)	Come 05 a más frutas todos los días?					
(5)	Come al menos 03 clases diferentes de hortalizas y verduras: lechuga, tomate, zanahoria, zapallo u otros					
(6)	Come de 03 a más tipos de hortalizas y verduras (ensaladas) ... comer leguminosas frescas: vainitas, arvejas, habas, etc.?					
(7)	Leguminosas secas o deshidratadas: garbanzos, frijoles, lentejas, pallares, habas u otros					
(8)	Oleaginosas: maní, ajonjolí, nueces, castañas, pecanas u otros					
(9)	Come alimentos preparados con manteca o mantequilla de origen animal? ... come mayonesa?, ... bebe leche entera?, ... bebe yogurt natural... comer queso fresco (tipo quesillo, ricota o requesón, huevos					
(10)	Consumo de vísceras, carnes de ovino, vacuno, aves, carne de cerdo, cuy, pato, pollo, atún, embutidos (jamonada, salchicha, mortadela, jamones, pate), etc					
(11)	Consume peces, mariscos y otros					
(12)	Bebidas derivadas de soya, maní, ajonjolí, nueces, castañas, pecanas u otros					
(13)	Consume Bebidas: de preferencia jugos de fruta envasados, en polvo, artificiales, gaseosas, energizantes, Red Bull, Gatorade, café, te, café de cereales					
(14)	Consume helados tradicionales, budines, postres Miel de abeja, mermeladas, golosinas					
(15)	Aditivos y condimentos: caldos concentrados, ajinomoto, sillau, pimienta, nuez moscada, mostaza, vinagre, palillo, ají, sibarita, y otros					
(16)	Combina la fruta y verdura en una misma comida					
(17)	Come frituras, Chifles, patacones, papas fritas, Popcorn (Palomita de maíz), Chitos, Galletas					
(18)	Come Nuggets, Hamburguesas, Pizza, u otra similar					

Indique el consumo diario de azúcar por cucharaditas (que pueden estar dentro de algún refresco, postre u otro)

Consumo diario de azúcar		(0) cucharaditas	(1) Cucharadita	(2 - 4) cucharaditas	(5 - 8) cucharaditas	(9 a más) cucharaditas
(19)	Desayuno					
(20)	Almuerzo					
(21)	Cena					

Indique la práctica de uso del agua:

Consumo diario		Ningún vaso	1 vaso/día	2 a 3 vasos/día	4 a 5 vasos/día	6 a 7 vasos/día	8 a más vasos/día
(22)	Cuántos vasos de agua toma cada día						

(23)	Realizo mi aseo: "Me doy un duchazo"	Nada en la semana	1 Vez por semana	2 veces por	3 a 4 veces por	5 a 6 veces por	Todos los días
(24)	Asisto al sauna	1a2 Veces cada 15 días	1a2 Veces	1a2 Veces trimestralmente	1a2 Veces al	Alguna vez fui al sauna	Nunca fui al sauna

III. Hábitos de alimentación que practica: Marque con una (x) las opciones correspondientes.

Hábitos de alimentación		Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
(25)	Tiene usted horarios fijos para cada comida del día				
(26)	Se aumenta “un poquito más” después de cada comida				
(27)	Desayuna				
(28)	Almuerza				
(29)	Cena				
(30)	Refrigerio entre comidas				
(31)	Bebe líquidos con las comidas				

IV. - PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA: Marque con una (x) las opciones correspondientes.

		Nada en la semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5-6 veces por semana	Todos los días
(32)	¿Práctica algún tipo de deporte como: fútbol, vóley, ciclismo, natación, etc					
(33)	Asisto al GYM (Gimnasio) a practicar ejercicios con “maquinas” y					
(34)	¿En su actividad estudiantil realizan alguna acción que requiere					
(35)	Realizas tu un recreo activo al menos de 15 min. Dos veces al día en su					
(36)	¿Realiza ejercicio físico aeróbico? Como caminar, trotar, (correr), bicicletear					
(37)	¿Realiza al menos 30 minutos de ejercicio al día?					
(38)	Realiza ejercicios de aflojamiento mínimo entre 3 a 5 minutos antes de realizar ejercicio físico					
(39)	Realiza un calentamiento mínimo de 10 minutos antes de realizar ejercicio					
(40)	Realiza ejercicios respiratorios mínimo de 5 minutos antes de realizar					
(41)	Al terminar la sesión de ejercicios físico observo sudoración en mi cara, cuello, espalda y/o pecho					
(42)	Al terminar la práctica de ejercicio sientes que el pulso acelerado y					

V. - PRÁCTICA DE DESCANSO: Marque una (x) las opciones correspondientes.

		Nada en la semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5-6 veces por semana	Todos los días
(43)	¿Con que frecuencia duerme Ud. antes de las 10 de la noche?					
(44)	¿Con que frecuencia duerme Ud. Después de las 12 de la noche?					
(45)	¿Duerme Ud. al menos 7 horas por noche?					
(46)	¿Tiene Ud. momentos de descanso durante el día al menos entre 10 a					
(47)	Tiene un horario fijo para					
(48)	¿Siente que ha dormido lo suficiente cuando se levanta?					
(49)	¿Reposa usted de su trabajo habitual una vez por semana?					
(50)	¿Realiza usted vacaciones durante un mes en el año?					
(51)	¿Con que frecuencia realiza alguna actividad RECREATIVA al menos					
(52)	¿Le cuesta trabajo quedarse					
(53)	¿Qué actividad realiza en su descanso semanal con mayor frecuencia?	Salida al campo, rio	Visita a un familiar	Se queda en casa haciendo deberes	Visita a los amigos	Otras actividades adicionales
(54)	¿Qué actividad realiza en su descanso anual?	Salida de viaje a pasear	Salida de viaje a visitar un familiar	Quedo en casa realizando una actividad extra	Quedo en casa haciendo quehaceres y "atendiendo la casa"	Me la paso visitando amigos

VI.- TEMPERANCIA: Marque con una (x) las opciones correspondientes.

		1a2 Veces cada 15 días	1a2 Veces cada mes	1a2 Veces trimestralmente	1a2 Veces al año	Alguna vez lo realice	Nunca lo realice
(55)	¿Consumo drogas psicoactivas: Marihuana, PBC, Heroína otros?						
(56)	¿Consumo tabaco o cigarrillos?						
(57)	¿Consumo psicofármacos o remedios?						
(58)	¿Consumo cerveza?						
(59)	¿Consumo Sangría, Coctel Vino, Champán,						
(60)	¿Consumo Whiski, Vodka , otro similar?						
(61)	¿Consumo Zhumir, Vino de Cartón, otro similar?						
(62)	¿Toma algún producto farmacéutico cotidianamente?						
(63)	¿Cuando tengo algún síntoma, dolor en la salud compro remedios						

(64)	¿Visita o le visitan algún médico promotor, asesor						
(65)	¿Realiza ayuno completo (dejar de desayunar almorzar y cenas al						
(66)	Si cree que esta ingiriendo o usando algún otro producto tóxico para su salud						

VII.- SALUD MENTAL Y ESPERANZA DE VIDA Marque con una (x) las opciones correspondientes.

		Nunca	A Veces	Regularmente	Frecuentemente	Siempre
(67)	¿Tiene facilidad para demostrar sus preocupaciones, amor y cariño a otras personas?					
(68)	¿Elogia fácilmente a otras personas por sus éxitos?					
(69)	¿Siente que está creciendo y cambiando en forma positiva?					
(70)	¿Mantiene relaciones de amistades significativas y enriquecedoras?					
(71)	Se siente agresivo y enojado					
(72)	¿Se siente satisfecho (a) y en paz conmigo mismo (a) ?					
(73)	Ando acelerado y todo quiera hacerlo rápido y “YA” no concibo la demora y las imperfecciones					
(74)	Es optimista y pienso positivo					
(75)	Se siente tenso y contraído					
(76)	Se siente con ánimo triste deprimido					
(77)	Cree que Dios tiene un propósito en su vida?					
(78)	Se siente satisfecho con su profesión, trabajo y actividades					
(79)	Asiste al culto en alguna iglesia?					
(80)	Repite textos bíblicos durante el					
(81)	¿Aun Cuándo tiene demasiadas tareas o trabajo, logra hacer una reflexión espiritual o su culto					
(82)	¿Ora al menos 10 minutos aunque tenga mucho trabajo?					
(83)	¿Lee la Biblia por lo menos 30 minutos aunque tenga mucho					
(84)	¿Tengo con quien hablar de cosas importantes y confiar mis problemas más íntimos?					
(85)	¿Leo material psicoespiritual (biblia, Matutina, u otro reflexivo espiritualmente)?					
	Predispongo contar mi experiencia de cambio en salud con mis familiares y amigos?					
(87)	¿Escucha música Clásica o					
(88)	Cuando se siente estresado o con algún problema repite un versículo					

VIII.- INDIQUE LA PRÁCTICA HABITUAL DE OTROS HABITOS Y SU FRECUENCIA

		Nada en la semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5-6 veces por semana	Todos los días
(89)	¿Qué clase de música escucha frecuentemente? mencione					
(90)	¿Qué clase de película o programa visualiza frecuentemente? mencione					
(91)	¿Qué clase de lectura realiza frecuentemente? mencione					
(92)	¿Con que frecuencia usa usted redes sociales (Facebook, Twitter, etc.) cuanto tiempo mencione? HR					
(93)	Con que frecuencia usa usted WHATSAPP cuanto tiempo mencione HR					

**APÉNDICE “B”
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TITULO	Problemas	Objetivos	Hipótesis	Metodología		
				Tipo y Diseño	Población y muestra	Técnicas e instrumentos
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y ESTILO DE VIDA EN LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO ADVENTISTA DEL ECUADOR, SANTO DOMINGO, 2017.	Problema general ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del CADE?	Objetivo general Determinar la relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.	Hipótesis general Ha: Existe relación de los factores sociodemográficos con el estilo de vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.	Tipo de investigación Descriptivo Correlacional Diseño No experimental de corte transversal	Población 275 Estudiantes	Técnica Encuesta de Estilo de Vida elaborado por el Mg Ángel Huapaya
	Problemas específicos 1. ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con la alimentación de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017? 2. ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con la actividad física de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017?	Objetivos específicos 1. Identificar los factores sociodemográficos de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, 2017 2.- Identificar los hábitos alimentarios, nivel de actividad física, nivel de descanso, practica de temperancia, nivel de salud mental, Confianza en Dios y otros hábitos de riesgo de los	Hipótesis específicas 1.- Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la alimentación de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017 2. Ha: Existe relación significativa de los factores		Tipo de muestra Probabilística Tamaño de muestra 275 Estudiantes	

	<p>3. ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con el descanso de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con la temperancia de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con la Salud Mental de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017?</p> <p>6. ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con la Esperanza de Vida de los estudiantes del CADE,</p>	<p>estudiantes del CADE, Santo Domingo, 2017.</p> <p>3. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la alimentación en los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.</p> <p>4. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la actividad física en los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.</p> <p>5. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con el descanso en los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2016.</p> <p>6. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la Temperancia descanso en los estudiantes del</p>	<p>sociodemográficos con la actividad física de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017</p> <p>3. Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con el descanso de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017</p> <p>4. Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la temperancia de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017</p> <p>5. Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la Salud Mental de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017</p>			
--	---	---	---	--	--	--

	<p>Santo Domingo, el 2017?</p> <p>7. ¿Cuál es la relación de los factores sociodemográficos con otros hábitos de riesgo en los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017?</p>	<p>CADE, Santo Domingo, el 2017</p> <p>7. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la Salud Mental de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.</p> <p>8. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con la Esperanza de Vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.</p> <p>9. Determinar la relación de los factores sociodemográficos con otros hábitos de riesgo en los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017.</p>	<p>6. Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con la Esperanza de Vida de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017</p> <p>7. Ha: Existe relación significativa de los factores sociodemográficos con otros hábitos de riesgo de los estudiantes del CADE, Santo Domingo, el 2017</p>			
--	--	--	--	--	--	--

**Apéndice C:
MATRIZ INSTRUMENTAL**

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valoración (Alternativas de respuesta o unidad de medida)	Fuente de información
			Género	Masculino =1 Femenino= 2	Estudiantes del ITSAE
			Estado Civil del Padre o Tutor	Soltero= 1 Casado= 2 Viudo= 3 Divorciado= 4 Unión Libre= 5	
			Estado Civil de la Madre o Tutor	Soltera= 1 Casada= 2 Viuda= 3 Divorciada= 4 Unión Libre= 5	
			Con que personas vive en su casa	Padre= 1 Madre= 2 Hermanos= 3 Primo/a=4 Sobrino/a=5 Tío/a=6 Abuelo=7 Vivo solo= 8 Otras personas= 9	
			Grado de Instrucción del Padre o Tutor	Sin estudios= 1 Primaria = 2 Secundaria= 3 Universitario = 4	

VARIABLE A Factores Sociodemográficos			Posgrado = 5	
		Grado de Instrucción de la Madre o Tutor	Sin estudios= 1 Primaria = 2 Secundaria= 3 Universitario = 4 Posgrado = 5	
		Condición Laboral del Padre o Tutor	Contratado= 1 Estable= 2 Independiente= 3 Otro=4	
		Condición Laboral de la Madre o Tutor	Contratado= 1 Estable= 2 Independiente= 3 Otro=4	
		Región de procedencia de sus padres	Costa= 1 Sierra= 2 Oriente= 3 Galápagos= 4 Extranjero =5	
		Religión	Católica = 1 Adventista =2 Evangélica= 3 Pentecostal =4 Ninguna= 5	
		Ingreso Mensual del Padre	Menos de 370= 1 500 a 800= 2 900 a 100= 3 Más de 1500= 4	
		Como considera su salud Actualmente	Excelente= 5 Buena= 4 Regular = 3	

				Mala = 2 Muy Mala = 1	
			En que lugar frecuentemente consume sus alimentos	En casa = 5 En una pensión= 4 En un comedor público= 3 En un restaurant= 2 En ambulantes o kioskos =1	
			Como considera su relación con Dios actualmente	Excelente= 5 Buena= 4 Regular = 3 Mala = 2 Muy Mala = 1	
			Tipo de alimentación que ud practica	Alimentación vegetariana pura (únicamente alimentos de origen vegetal)= 5 Alimentación Lacto-ovo-vegetariana (Leche, huevos y alimentos de origen vegetal) = 4 Alimentación Mediterránea que incluye sólo pescado (alimentos de origen vegetal y pescado con escamas)= 3 Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves= 2 Alimentación que incluye carne (Alimentos de origen vegetal, carne de ovino, aves, peces con escamas, huevos, leche y queso) =1	
			1.- Cereales: avena, trigo, maíz, cebada, centeno, quinua, otros.	Nada en la Semana=1 1 a 2 veces por semana= 2	

	Alimentación	Consumo semanal	2.- Pan integral, arroz integral, otros integrales	3 a 4 veces por semana=4 5 a 6 veces por semana= 4 Todos los días= 5	
			3.-Pan blanco, arroz blanco, fideos, otros refinados	Nada en la Semana=5 1 a 2 veces por semana= 4 3 a 4 veces por semana=3 5 a 6 veces por semana= 2 Todos los días= 1	
			4.- Come 05 a más frutas todos los días?	Nada en la Semana=1 1 a 2 veces por semana= 2	
			5.- Come al menos 03 clases diferentes de hortalizas y verduras: lechuga, tomate, zanahoria, zapallo u otros	3 a 4 veces por semana=4 5 a 6 veces por semana= 4 Todos los días= 5	
			6.- Come de 03 a más tipos de hortalizas y verduras (ensaladas)? ... comer leguminosas frescas: vainitas, arvejas, habas, etc.?		
			7.- Leguminosas secas o deshidratadas: garbanzos, frijoles, lentejas, pallares, habas u otros		
			8.- Oleaginosas: maní, ajonjolí, nueces, castañas, pecanas u otros		
			9.- Come alimentos preparados con manteca o mantequilla de origen animal? ... come mayonesa?, ... bebe leche entera?, ... bebe yogurt natural... comer queso fresco (tipo quesillo, ricota o requesón, huevos	Nada en la Semana=5 1 a 2 veces por semana= 4 3 a 4 veces por semana=3 5 a 6 veces por semana= 2 Todos los días= 1	

VARIABLE B Estilo de Vida		10.- Consumo de vísceras, carnes de ovino, vacuno, aves, carne de cerdo, cuy, pato, pollo, atún, embutidos (jamonada, salchicha, mortadela, jamones, pate), etc		
		11.- Consume peces, mariscos y otros		
		12.- Bebidas derivadas de soya, maní, ajonjolí, nueces, castañas, pecanas u otros	Nada en la Semana=1 1 a 2 veces por semana= 2 3 a 4 veces por semana=4 5 a 6 veces por semana= 4 Todos los días= 5	
		13.- Consume Bebidas: de preferencia jugos de fruta envasados, en polvo, artificiales, gaseosas, energizantes, Red Bull, Gatorade, café, te, café de cereales	Nada en la Semana=5 1 a 2 veces por semana= 4 3 a 4 veces por semana=3 5 a 6 veces por semana= 2 Todos los días= 1	
		14.- Consume helados tradicionales, budines, postres Miel de abeja, mermeladas, golosinas	Nada en la Semana=1 1 a 2 veces por semana= 2 3 a 4 veces por semana=4 5 a 6 veces por semana= 4 Todos los días= 5	
		15.- Aditivos y condimentos: caldos concentrados, ajinomoto, sillau, pimienta, nuez moscada, mostaza, vinagre, palillo, ají, sibirita, y otros	Nada en la Semana=5 1 a 2 veces por semana= 4 3 a 4 veces por semana=3 5 a 6 veces por semana= 2	
		16.- Combina la fruta y verdura en una misma comida	Todos los días= 1	
	17.- Come frituras, Chifles, Canchita Popcorn (Palomita de maíz), Chetoos, Chisitos, Galletas			

			18.- Come Nuggets, Hamburguesas, Pizza, u otra similar		
	Consumo de azúcar	19.- Desayuno	(0) cucharaditas= 5 (1) cucharadita= 4		
		10.- Almuerzo	(2-4) cucharaditas= 3 (5-8) cucharaditas= 2		
		21.- Cena	(9 a mas) cucharaditas= 1		
	Practica del uso de agua	22.- Cuantos vasos de agua toma cada día	Ningún Vaso= 1 1 vaso/día= 2 2 a 3 vasos/día=3 4 a 5 vasos/día=4 6 a 7 vasos/día= 5 8 vasos a mas= 6		
		23.- Realizo mi aseo: “Me doy un duchazo”	Nada en la semana= 1 1 Vez por semana=2 2 veces por semana=3 3 a 4 veces por semana= 4 5 a 6 veces por semana=5 Todos los días=6		
		24.- Asisto al sauna	1 a 2 veces cada 15 días=6 1 a 2 veces cada mes=5 1 a 2 veces trimestralmente=4 1 a 2 veces al año =3 Alguna vez fui a sauna=2 Nunca fui al sauna=1		
			25.- Tiene usted horarios fijos para cada comida del día	Nunca=1 A veces=2 Casi siempre=3 Siempre=4	
			26.- Se aumenta “un poquito más” después de cada comida	Nunca=4 A veces=3 Casi siempre=2	

	Ejercicio	Hábitos de alimentación		Siempre=1	
			27.- Desayuna	Nunca=1 A veces=2	
			28.- Almuerza	Casi siempre=3 Siempre=4	
			29.- Cena		
			30.- Refrigerio entre comidas	Nunca=4 A veces=3	
			31.- Bebe líquidos con las comidas	Casi siempre=2 Siempre=1	
		Hábitos de Actividad Física	32.- ¿Práctica algún tipo de deporte como: fútbol, vóley, ciclismo, natación, etc	Nada en la semana=1 1 a 2 veces por semana= 2 3 a 4 veces por semana=3	
			33.- Asisto al GYM (Gimnasio) a practicar ejercicios con “maquinas” y levantar pesas u otros	5 a 6 veces por semana=4 Todos los días=5	
			34.- ¿En su actividad estudiantil realizan alguna acción que requiere movimiento corporal	Nada en la semana=5 1 a 2 veces por semana= 4 3 a 4 veces por semana=3 5 a 6 veces por semana=2 Todos los días=1	
			35.- Realizas tu un recreo activo al menos de 15 min. Dos veces al día en su rutina estudiantil	Nada en la semana=1 1 a 2 veces por semana= 2 3 a 4 veces por semana=3	
			36.- ¿Realiza ejercicio físico aeróbico? Como caminar, trotar, (correr), cyclear	5 a 6 veces por semana=4 Todos los días=5	
			37.- ¿Realiza al menos 30 minutos de ejercicio al día?		

		<p>38.- Realiza ejercicios de aflojamiento mínimo entre 3 a 5 minutos antes de realizar ejercicio físico</p> <p>39.- Realiza un calentamiento mínimo de 10 minutos antes de realizar ejercicio físico</p> <p>40.- Realiza ejercicios respiratorios mínimo de 5 minutos antes de realizar ejercicio físico</p> <p>41.- Al terminar la sesión de ejercicios físico observo sudoración en mi cara, cuello, espalda y/o pecho.</p> <p>42.- Al terminar la práctica de ejercicio siento que el pulso acelerado y respiración rápida.</p>		
		<p>43.- ¿Con que frecuencia duerme Ud. antes de las 10 de la noche?</p>	<p>Nada en la semana= 1 1 a 2 veces por semana=2 3 a 4 veces por semana =3 5 a 6 veces por semana =4 Todos los días=5</p>	
		<p>44.- ¿Con que frecuencia duerme Ud. Después de las 12 de la noche?</p>	<p>Nada en la semana= 5 1 a 2 veces por semana=4 3 a 4 veces por semana =3 5 a 6 veces por semana =2 Todos los días=1</p>	
		<p>45.- ¿Duerme Ud. al menos 7 horas por noche?</p>	<p>Nada en la semana= 1 1 a 2 veces por semana=2 3 a 4 veces por semana =3 5 a 6 veces por semana =4 Todos los días=5</p>	
		<p>46.- ¿Tiene Ud. momentos de descanso durante el día al menos entre 10 a 20 minutos?</p>		

	Descanso	Practica de Descanso	47.- Tiene un horario fijo para acostarse?		
			48.- ¿Siente que ha dormido lo suficiente cuando se levanta?		
			49.- ¿Reposa usted de su trabajo habitual una vez por semana?		
			50.- ¿Realiza usted vacaciones durante un mes en el año?		
			51.- ¿Con que frecuencia realiza alguna actividad RECREATIVA al menos una 1hr?		
		52.- ¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?	Nada en la semana= 5 1 a 2 veces por semana=4 3 a 4 veces por semana =3 5 a 6 veces por semana =2 Todos los días=1		
		53.- ¿Qué actividad realiza en su descanso semanal con mayor frecuencia?	Salir al campo=1 Visita a un familiar=1 Te quedas en casa haciendo deberes=1 Visitas a tus amigos=1 Otras actividades=1		
		55.- ¿Qué actividad realiza en su descanso anual?	Salida de viaje a pasear=1 Salida de viaje a visitar a un familiar=1 Me quedo en casa realizando una actividad extra=1 Me quedo en casa haciendo quehaceres y “arreglando la casa”=1		

				Me la paso visitando amigos=1	
Temperancia	Temperancia	55.- ¿Consume drogas psicoactivas: Marihuana, PBC, Heroína otros?	1 a 2 veces cada 15 días=1 1 a 2 veces cada mes=2	Alguna vez lo realice= 5 Nunca lo realice=6	
		56.- ¿Consume tabaco o cigarrillos?	1 a 2 veces trimestralmente= 3 1 a 2 veces al año=4		
		57.- ¿Consume psicofármacos o remedios?	Alguna vez lo realice= 5 Nunca lo realice=6		
		58.- ¿Consume cerveza?			
		59.- ¿Consume Sangría, Coctel Vino, Champán, otro similar?			
		60.- ¿Consume Whiski, Vodka , otro similar?			
		61.- ¿Consume Zhumir, Vino de Cartón, otro similar?			
		62.- ¿Toma algún producto farmacéutico cotidianamente?			
		63.- ¿Cuando tengo algún síntoma, dolor en la salud compro remedios antes de ir al médico?			
		64.- ¿Visita o le visitan algún médico promotor, asesor de salud?	1 a 2 veces cada 15 días=6 1 a 2 veces cada mes=5		
65.- ¿Realiza ayuno completo (dejar de desayunar almorzar y cenas al menos un día entero)	1 a 2 veces trimestralmente= 4 1 a 2 veces al año=3 Alguna vez lo realice= 2 Nunca lo realice=1				
66.- Si cree que esta ingiriendo o usando algún otro producto tóxico para su salud mencione cual es.....	1 a 2 veces cada 15 días=1 1 a 2 veces cada mes=2 1 a 2 veces trimestralmente= 3 1 a 2 veces al año=4				

				Alguna vez lo realice= 5 Nunca lo realice=6	
			67.- ¿Tiene facilidad para demostrar sus preocupaciones, amor y cariño a otras personas?	Nunca=1 A veces=2 Regularmente=3	
			68.- ¿Elogia fácilmente a otras personas por sus éxitos?	Frecuente=4 Siempre=5	
			69.- ¿Siente que está creciendo y cambiando en forma positiva?		
			70.- ¿Mantiene relaciones de amistades significativas y enriquecedoras?		
			71.- Se siente agresivo y enojado	Nunca=5 A veces=4 Regularmente=3 Frecuente=2 Siempre=1	
			72.- ¿Se siente satisfecho (a) y en paz conmigo mismo (a) ?	Nunca=1 A veces=2 Regularmente=3 Frecuente=4 Siempre=5	
			73.- Ando acelerado y todo quiera hacerlo rápido y “YA” no concibo la demora y las imperfecciones	Nunca=5 A veces=4 Regularmente=3 Frecuente=2 Siempre=1	
		Salud Mental y Confianza en Dios	74.- Es optimista y pienso positivo	Nunca=1 A veces=2 Regularmente=3 Frecuente=4 Siempre=5	

			75.-Se siente tenso y contraído	Nuca=5 A veces=4	
			76.- Se siente con ánimo triste deprimido	Regularmente=3 Frecuénenme=2 Siempre=1	
			77.- Cree que Dios tiene un propósito en su vida?	Nuca=1 A veces=2	
			78.- Se siente satisfecho con su profesión, trabajo y actividades	Regularmente=3 Frecuénenme=4	
			79.- Asiste al culto en alguna iglesia?	Siempre=5	
			80.- Repite textos bíblicos durante el día?		
			81.- ¿Aun Cuándo tiene demasiadas tareas o trabajo, logra hacer una reflexión espiritual o su culto personal en el día?		
			82.- ¿Ora al menos 10 minutos aunque tenga mucho trabajo?		
			83.- ¿Lee la Biblia por lo menos 30 minutos aunque tenga mucho trabajo?		
			84.- ¿Tengo con quien hablar de cosas importantes y confiar mis problemas más íntimos?		
			85.- ¿Leo material psicoespiritual (biblia, Matutina, u otro reflexivo espiritualmente)?		
			86.- Predispongo contar mi experiencia de cambio en salud con mis familiares y amigos?		

			87.- ¿Escucha música Clásica o Cristiana?		
			88.- Cuando se siente estresado o con algún problema repite un versículo bíblico?		
		Hábitos culturales de riesgo	89.- ¿Qué clase de música escucha frecuentemente? mencione.....		
			90.- ¿Qué clase de película o programa visualiza frecuentemente? mencione.....	Nada en la semana=5 1 a 2 veces por semana= 2 3 a 4 veces por semana=3 5 a 6 veces por semana=4	
			91.- ¿Qué clase de lectura realiza frecuentemente? mencione.....	Todos los días =1	
			92.- ¿Con que frecuencia usa usted redes sociales (Facebook, Twitter, etc.) cuanto tiempo mencione? HR.....		
			93.- Con que frecuencia usa usted WATT SAPP cuanto tiempo mencione HR.....		