

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



**Estilo de vida y estado de salud de los participantes de un
“Centro de influencia” y pacientes del Consultorio
Médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018**

Por:

Jessy Gonzales Pérez

Asesor:

Guido Angelo Huapaya Flores

Lima, diciembre de 2018

*Estilo de Vida y estado de salud de los participantes de un "Centro de
Influencia" y pacientes del consultorio médico NutriGenesis,
Tarapoto, Perú 2018*

TESIS

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

JURADO DE SUSTENTACIÓN


Dr. Jorge Luis Reyes Aguilar
Presidente


Dr. Miguel Guillermo Bermui Contreras
Secretario


Mg. Guido Angelo Huapaya Flores
Asesor


Dra. Ruth Beatriz Quiliche Castañeda
Vocal


Mg. Ronny Francisco Gilón Troncos
Vocal

Lima, 07 de diciembre de 2018

ANEXO 07 DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DE LA TESIS

Yo **GUIDO ANGELO HUAPAYA FLORES**, identificado con DNI N° 10761406, docente en la Unidad de Posgrado de Salud Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión;

DECLARO:

Que la tesis titulada: *ESTILO DE VIDA Y ESTADO DE SALUD DE LOS PARTICIPANTES DE UN "CENTRO DE INFLUENCIA" Y PACIENTES DEL CONSULTORIO MÉDICO NUTRIGENESIS, TARAPOTO, PERÚ 2018*, constituye la memoria que presenta **JESY GONZALES PEREZ** 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 de la autora. No comprometen a la Universidad Peruana Unión.

Para los fines pertinentes, firmo esta declaración jurada, en la ciudad de Ñaña (Lima), a los siete días del mes de diciembre de 2018.



Mg. Guido Angelo Huapaya Flores

Asesor

Dedicatoria

A mis dos amores que llenan mi vida de felicidad, al ser motor de mi
existencia:

Mi amada madre y

Mi adorada hija Naomi

Agradecimiento

A mi madre por su motivación a seguir adelante.

A mi hija Naomi por su comprensión en este trajinar de la investigación.

A la dirección de la UPG de Salud Pública y a sus docentes que nos brindaron
conocimientos valiosos.

En especial a mi asesor Angelo Huapaya por su valiosa guía y notable técnica
en la conducción para poder hacer realidad esta tesis.

Tabla de contenidos

Resumen	10
CAPÍTULO I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1. Descripción de la situación problemática.....	12
1.3.1. Problema General	22
1.3.2. Problemas Específicos:.....	22
1.4. Objetivos de la Investigación	23
1.4.1. Objetivo General	23
1.4.2. Objetivos específicos.....	23
1.5. Hipótesis de investigación.....	24
CAPÍTULO II.....	29
MARCO TEÓRICO	29
2.1. Fundamento bíblico filosófico.....	29
2.2. Marco histórico.....	31
2.3. Marco conceptual	33
CAPÍTULO III	51
METODOLOGÍA	51
3.1. Tipo y diseño de estudio.....	51
3.1.1. Tipo de Estudio	51
3.1.2. Diseño de investigación.....	51
Diseño de la Investigación:	51
3.2. Población y Muestra de Estudio	52
3.2.1. Población	52
3.2.2. Muestra.....	52
3.3. Criterios de exclusión e inclusión	53
3.3.1. Criterios de inclusión.....	53
3.3.2. Criterios de exclusión.....	53
3.4. Consideraciones éticas	53
3.5. Variables de estudio	53
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.6.1. Instrumento.....	57
3.6.2. Validación del instrumento	57
CAPÍTULO IV	66
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	66
Análisis inferencial de las variables	81
Hipótesis general	82
Prueba de normalidad 2	83
Prueba de normalidad 3	85
Hipótesis específica 1	87
Hipótesis específica 2	89
Hipótesis específica 3	90
Hipótesis específica 4	91
Hipótesis específica 5	93

Hipótesis específica 6	94
Prueba de normalidad 4	96
CAPÍTULO V	102
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
Conclusiones	102
Recomendaciones	105
Referencias	107
ANEXOS	116
Anexo 01 Instrumento de estilo de vida	117
Anexo 02 Instrumento de estado de salud	124
Anexo 02 Escala de Puntuación del Instrumento estilo de vida	135

Índice de Tablas

Tabla 1. Operacionalización de variables: estilo de vida	55
Tabla 2. <i>Operacionalización de variables: estado de salud</i>	56
Tabla 3. Prueba de validez del cuestionario de estilo de vida.	58
Tabla 4. Prueba de validez del cuestionario de estado de salud SF -36.	62
Tabla 5. Confiabilidad del cuestionario de estado de salud SF -36.	62
Tabla 6. Nivel de estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	73
Tabla 7. Nivel de estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	73
Tabla 8. Hábitos de alimentación de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	74
Tabla 9. Práctica de ejercicio físico de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	74
Tabla 10. <i>Descanso de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.</i>	75
Tabla 11. Práctica de la temperancia de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	75
Tabla 12. Salud mental en el estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.....	76
Tabla 13. Esperanza espiritual de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	76
Tabla 14. Estado general de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	77
Tabla 15. Capacidad funcional de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	77
Tabla 16. Aspectos físicos de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	78
Tabla 17. Aspectos emocionales de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	78
Tabla 18. Dolor de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	79
Tabla 19. Vitalidad de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	79
Tabla 20. Salud mental en el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.....	80
Tabla 21. Aspectos sociales de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.	80
Tabla 22. Prueba de normalidad de las variables estilo de vida y estado de salud.	82
Tabla 23. Correlación del estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018..	83
Tabla 24. Prueba de normalidad de las dimensiones de la variable estilo de vida.....	85
Tabla 25. Prueba de normalidad de las dimensiones de la variable estado de salud.....	87

Tabla 26. Correlación de los hábitos alimentarios y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.....	88
Tabla 27. Correlación del ejercicio físico y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.....	90
Tabla 28. Correlación del descanso y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.....	91
Tabla 29. Correlación de la temperancia y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018..	92
Tabla 30. Correlación de la salud mental y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.....	94
Tabla 31. Correlación de la esperanza espiritual y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.....	95
Tabla 32. Participantes adventistas y no adventistas del Centro de Influencia y Pacientes del Consultorio Nutrigénesis.....	96
Tabla 33. Prueba de normalidad de los datos: participantes del Centro de influencia y pacientes del Consultorio Nutrigénesis.....	97
Tabla 34. Diferencias del estilo de vida y estado de salud entre los participantes del Centro de influencia adventista y no adventista; y los pacientes del Consultorio Nutrigénesis.....	98

Resumen

El presente estudio que tuvo como objetivo determinar la relación del estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. Investigación de tipo descriptivo, correlacional, comparativo, en una muestra de 246 individuos, como instrumento de recolección de datos se utilizó un cuestionario de estilo de vida integral y de estado de salud FS 36. Los resultados en cuanto al estilo de vida evidencian que el 26% tienen niveles deficientes a críticos; un 39,8% se encuentra en riesgo y 29,7% niveles aceptables, sólo un 4,5% mantienen un estilo de vida saludable. En contraste al estado de salud, un 11,8% de participantes tienen niveles deficientes a críticos; un 56,5% en riesgo y un 43,5% niveles óptimos. Asimismo, existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y estado de salud de los participantes del estudio. Cabe resaltar, que existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes del grupo I, II del “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. Dicho de otro modo, los participantes del Centro de Influencia adventista y no adventista, además de los pacientes del Consultorio Nutrigénesis existe diferencias en su estilo de vivir y en su estado de salud.

Concluyéndose, que el 69,5% presenta niveles de riesgo y un 30% en niveles óptimos en su estado general de salud. Considerando que la población estudiada la mayoría pregona un mensaje Pro Salud. Sin embargo, se visualiza deficiencias, aspectos que conllevaría a revisar las estrategias de abordaje, tanto para sus miembros que trabajan a favor de la promoción de la salud a través de sus centros de influencia.

Palabras clave: Estilo de vida, estado de salud, centro de influencia, nutrigénesis.

Abstract

The present study aimed to determine the relationship of lifestyle and health status of the participants of a "Center of influence" and patients of the medical office Nutrigénesis, Tarapoto, Peru, 2018. Descriptive, correlational, comparative, in a sample of 246 individuals, an integral lifestyle and health status questionnaire FS 36 was used as a data collection instrument. The results in terms of lifestyle show that 26% have deficient to critical levels; 39.8% are at risk and 29.7% acceptable levels, only 4.5% maintain a healthy lifestyle. In contrast to the state of health, 11.8% of participants have deficient to critical levels; 56.5% at risk and 43.5% optimal levels. Likewise, there is a direct and significant relationship between the lifestyle and health status of the study participants. It should be noted that there are significant differences in lifestyle and health status among participants of group I, II of the "Center of influence" and patients of the medical office Nutrigénesis, Tarapoto, Peru, 2018. In other words, the participants of the Center of Influence Adventist and non-Adventist, in addition to the patients of the Nutrigénesis Clinic there are differences in their style of living and in their state of health.

Concluding, that 69.5% present levels of risk and 30% at optimal levels in their general state of health. Considering that the majority of the population studied proclaims a Pro Salud message. However, deficiencies are seen, aspects that would lead to reviewing the boarding strategies, both for its members who work in favor of health promotion through their centers of influence.

Keywords: Lifestyle, state of health, center of influence, nutrigénesis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

El estilo de vida y el estado de salud son dos variables determinantes para tener una vida para disfrutar y gozar de bienestar o marcar la muerte de un ser humano. Las enfermedades crónicas son razones que deterioran el estado de salud en la actualidad entre ellas, el cáncer que atacan al tejido a través de multiplicación de células malignas; la muerte del paciente viene cuando la propagación del cáncer daña los órganos vitales como el hígado, los pulmones o el cerebro, entre otros, de tal manera que dejan de funcionar progresivamente (Moreno y Murillo, 2004).

El estado de salud está siendo muy afectado por muchas enfermedades pero, de manera preponderante por el cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que, esta enfermedad invade todas las clases sociales, jóvenes, adultos mayores, ricos y pobres, hombres, mujeres y niños. Representando una carga enorme económica y psicoemocional para los pacientes, las familias y la sociedad. Es una de las principales causas de defunción en el mundo, sobre todo en los países en desarrollo (OMS, 2014).

Diversos estamentos convergen en que las enfermedades crónicas son las que más dañan el estado de salud del ciudadano global en la actualidad y de manera específica el cáncer. La incidencia de cáncer a nivel mundial es visible y alarmante, todavía inúmeras de estos casos se pueden evitar. Más del 30% de los cánceres se pueden prevenir con un estilo de vida

saludable, modo de vida sano o mediante inmunización contra las infecciones que los causan (VHB, PVH). Otros pueden ser detectados tempranamente, tratados y curados. Incluso cuando el cáncer se encuentra en fase terminal, es posible aliviar el sufrimiento del paciente con unos buenos cuidados paliativos (OMS, 2014).

En el Reino Unido se calcula que “las enfermedades no transmisibles, son causa del 89% del total de las muertes; y la probabilidad de morir entre los 30 y los 70 años debido a las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cánceres y diabetes es del 12%. Entre los factores de riesgo para adultos está el consumo de tabaco actual (2011) con un 22% tanto en varones como en mujeres, mientras que el consumo total de alcohol per cápita, en litros de alcohol puro (2010) es de 16.5% en varones y 6.9% en mujeres, asimismo la tensión arterial elevada (2008) es de 30,7% en varones y de 25,09% en mujeres. Finalmente, la obesidad (2008) se presenta en un 26 % de varones y un 27,79% de mujeres” (OMS, 2014).

Igualmente, OMS (2014) informó que “en el mundo las enfermedades crónicas no transmisibles representan con diferencia la causa de defunción más importante, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales. Las ENT matan a más de 36 millones de 57 millones de muertes globales. Cerca del 80% de las muertes por ENT se concentran en los países de ingresos bajos y medios. Más de 9 millones de las muertes atribuibles a las ENT se producen en personas menores de 60 años. En términos mundiales las enfermedades no transmisibles afectan por igual a hombres y mujeres”.

Según el Ministerio de Protección Social de la Colombia (MLS), “el cáncer en el siglo XX, en mediados de la década de los 90, se tornó una epidemia no contagiosa en el mundo. En el año de 1996 presentaron alrededor de 10,3 millones de casos de cáncer en todo el

mundo, y la estimativa para que en el año de 2020 era esperado de 14 millones de nuevos casos” (Moreno y Murillo, 2004).

Según el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (INCEUA, 2016) el cáncer es una de las “principales causas de muerte alrededor del mundo. La estimativa del ministerio de protección social de la Colombia para el año de 2020, donde se esperaba 14 millones de nuevos casos de cáncer a nivel mundial, esta estimativa fue superada en el año 2014, seis años antes del estimado y se espera para la próxima década un aumento de más de 20 millones de nuevos casos”.

Para las latitudes europeas, esas anomalías del Estado de Salud no son ajenas; Según la Agencia Europea de Oncología (AEO), los países más ricos tuvieron un 40% de la incidencia global y los más pobres un 15%. “En los países con el nivel más bajo de IDH, sobre todo los situados en África subsahariana, crecen las enfermedades oncológicas relacionadas con las infecciones. Especialmente, el cáncer de útero, de hígado, de estómago y de sarcoma de Kaposi, relacionado con el endotelio linfático. La situación puede cambiar con el aumento del nivel de vida, pero los científicos advierten un aumento en los tipos de cáncer que actualmente afectan a los países más ricos” (Bray, Jemal, Grey, Ferlay & Forman, 2012).

Según el levantamiento hecho por la sociedad Europa de medicina oncológica institución ligada la universidad de Oxford de la Gran-Bretaña, el impacto económico generado por el cáncer en Europa ultrapasa los 124 billones de euro por año, incluyendo los costos para tratar la dolencia, los cuidados y la reducción de la productividad . Precisamente, en los países con mayor nivel de IDH, como Australia, Reino Unido, Rusia y Brasil, aumentan los casos de cáncer asociados al estilo de vida y hábitos poco saludables. El cáncer de pulmón crece por el tabaquismo y el de pecho, próstata y colorrectal por conductas sexuales de riesgo, obesidad y dieta (Bray, Jemal, Grey, Ferlay & Forman, 2012).

Asimismo, en Sudamérica: en Brasil, pronostica 600 mil casos nuevos cánceres. Exceptuándose el cáncer de piel no melanoma (aproximadamente 180 mil casos nuevos), se pronostica 420 mil casos nuevos de cáncer. El perfil epidemiológico observado en América Latina y el Caribe, donde los cánceres de la próstata (61 mil) en hombres y mama (58 mil) en mujeres serán los más frecuentes. Los tipos más frecuentes en hombres serán próstata (28,6%), pulmón (8,1%), intestino (7,8%), estómago (6,0%) y cavidad oral (5,2%). En las mujeres, los cánceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), útero (7,9%), pulmón (5,3%) y estómago (3,7%) (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

Así como, las investigaciones revelan las dificultades que los países en desarrollo vienen enfrentado frente el surgimiento de nuevos cuadros de cánceres, las investigaciones apuntan gran dificultad enfrentada por la salud pública de Perú. A nivel nacional, se presentan cerca de 47,000 nuevos casos de cáncer al año y más de 25,000 peruanos fallecen a causa de la enfermedad debido a la falta de cultura preventiva. “En el Perú, el 85% de los casos de cáncer se detectan en estadios avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menos calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad. Sin embargo, se enfatiza que si la detección del cáncer se realizara en etapa temprana entonces los pacientes podrían evitar pasar por esa penosa situación” (OMS, 2014).

El estilo de vida es el principal factor para la desconfiguración del estado de salud que se refleja en diversas enfermedades y sobre todo las crónicas que son las que más prevalecen. Considerando que el estilo de vida es una variable vital para tener buena salud es necesario visualizar como se presenta el estilo de vida en la actualidad. En primer lugar, hay que considerar algunos aspectos sociodemográficos: más de la mitad de la población tiene menos de 25 años de edad y aquellos entre 10 y 24 años constituyen 1.600 millones (28%) y el 85% de ellos habita en los países del tercer mundo. (PNUD, 2008). En Perú, según el censo del

2007, “el 45.9% de la población total tiene entre 14 y 29 años”. (INEI, 2007). En los últimos años se han venido presentando cambios negativos, ya que la vida moderna trajo consigo el desequilibrio de varios factores determinantes para la salud y la calidad de vida del individuo, como el sedentarismo, la descomposición del medio familiar y social, inestabilidad afectiva y emocional, deterioro del ambiente urbano, agresividad y violencia, dados por el avance de la globalización, el aumento de la propaganda y la intensa campaña pre consumo exponiendo a la población a cambios en las condiciones socioeconómicas y en el “Estilo de Vida” (El Comercio, 2009).

Dichos factores son responsables del rápido incremento de las enfermedades no transmisibles como las trombo-embolias, enfermedades coronarias, la diabetes tipo 2 y algunos cánceres, que favorecen el aumento sustancial de factores de riesgo, mayor demanda de los servicios de salud y mortalidad (OPS, 2009).

Por tanto, intervenir en el estilo de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Entiéndase, “al estilo de vida como actitudes o conductas individuales o colectivas, influenciadas por costumbres, hábitos y valores existentes en un determinado momento y contexto, que son aprendidos y por lo tanto modificables, durante el curso de la vida. Estas conductas pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza” (Alvares, 2001).

Tal es así, que el estilo de vida puede ser saludable cuando se propicia la adquisición y mantenimiento de conductas que mejoran la calidad de vida o pueden ser no saludable cuando se alude a conductas activas o pasivas que suponen una amenaza para el bienestar físico y psíquico, y generan consecuencias negativas para la salud y el sano desarrollo de la persona (Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, 2009).

El estilo de vida de una persona está determinado por las condiciones en las que vive, es importante indagar sobre las conductas de riesgo y de protección que los diferentes grupos sociales inducen en las personas. Estas pueden verse afectadas por factores como la edad, particularmente por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre (adolescencia, juventud, adultez), los aspectos culturales, el nivel socioeconómico, el género e incluso factores emocionales y cognitivos. Según, los comportamientos saludables varían de acuerdo al sexo de las personas. Por ejemplo, las mujeres tienen una incidencia de 2 a 3 veces mayor de sufrir el síndrome del intestino irritable y tiene unas 9 veces más de contraer enfermedades hepáticas. Al avanzar la edad tienden a presentar más reacciones adversas a los medicamentos que los varones de la misma edad y una mayor prevalencia de sufrir incontinencia urinaria. Pero “no sólo el género es un factor determinante y distinto en las actitudes y comportamientos de la salud, también cobran importancia aspectos como la edad, el nivel socioeconómico, las experiencias pasadas, la susceptibilidad y los beneficios percibidos por cada persona” (Pinn, 2003). En esto, se genera la necesidad de indagar ¿Cuál es el estilo de vida y estado de salud de una muestra de ciudadanos en Tarapoto, Perú?

1.2. Antecedentes de la Investigación

Castaño y Cardona (2014) realizaron un estudio en Colombia sobre la “Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores”, con el objetivo de analizar los factores sociodemográficos y servicios de salud asociados a la percepción del estado de salud en adultos mayores de la Sociedad San Vicente de Paúl de Medellín mediante la técnica de encuestas telefónicas. Con una muestra de 104 adultos de 55 años, se les interrogó sobre sociodemográficas y las características en atención de vida saludable que puedan estar perjudicando el estado de salud. El diseño de la investigación fue descriptiva, transversal,

explicativas. Los resultados de esta investigación fueron: que el adulto mayor cuenta con una atención primaria y la mayor frecuencia en la atención fue del sexo femenino que tienen en una subvención por el estado o por sus familias, ellas tienen una mejor salud en comparación con los adultos mayores varones atendidos. Asimismo, los que no tienen auxilio médico accesible sufren más de una enfermedad consecuentemente es dañada el área emocional de esos pacientes. Se concluyó que más de la mitad de los adultos mayores perciben tener un buen estado de salud, pero los de la tercera edad tienen enfermedades primarias y no tienen accesibilidad a la atención médica.

Sáenz, Gonzales y Díaz (2012) en su tesis sobre “Hábitos y trastornos alimenticios asociados a factores sociodemográficos, Físicos y conductuales en universitarios de Cartagena .2011”, que se llevó a cabo en Colombia, donde participaron 1040 Estudiantes. El investigador encontró que frecuentemente ellos no se alimentaban bien porque no estaban bien informados, por hábitos aprendidos y no contar con el tiempo adecuado para alimentarse adecuadamente. La frecuencia de adquirir enfermedades fue del 23,1%, la posibilidad de adquirir anorexia y bulimia es de 15%. Concluyeron que las costumbres alimenticias están influidos por factores socioculturales.

Flores (2018) en su investigación en Perú titulado “Estilos de vida y factores biosocioculturales de los adultos del asentamiento humano Estrella del Nuevo Amanecer, La Joya - Arequipa, 2018” expresó que el objetivo de su estudio fue diagnosticar si existe relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales. La población y muestra estuvo conformada por 115 adultos; usando una metodología cuantitativa de corte transversal, de diseño descriptivo correlacional. Los resultados obtenidos evidencian que las personas encuestadas en el estudio, el 15,7% tiene un estilo de vida saludable y un 84,3% tiene un

estilo de vida no saludable. Concluyendo que casi toda la población de los adultos del Distrito de la Joya, Arequipa manifiesta un estilo de vida no saludable. En cuanto a los factores biosocioculturales, el 30% tienen secundaria completa e incompleta, no son casados, su canasta familiar es de 600 a 1000 nuevos soles, el 70% son mujeres. Por lo que “No hay relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida con la edad, sexo, religión, grado de instrucción, estado civil, ocupación e ingreso económico”.

Torres (2017) en su estudio sobre “Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto joven” , al estudiar la variable grado de instrucción y estilo de vida, evidenció que no existe relación estadísticamente relevante con el estilo de vida, poniendo énfasis al individuo en su formación académica, el 50% de adultos jóvenes, tienen estudios académicos truncaos porque decidieron ser padres y no pusieron interés a los programas que brinda los puestos de salud y desconocen cómo implementar en su vida comportamientos saludables. Concluyendo que no tienen un estilo de vida saludable por falta de interés para auto educarse.

Castillo (2014) en su estudio, en Perú, sobre los “Estilos de vida y factores biosocioculturales en adultos, Sector 8, Bellamar - Nuevo Chimbote, 2014”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida y factores biosocioculturales en los adultos. La población estuvo conformada por 250 Adultos y con una muestra de 50 adultos. El tipo de estudio investigación fue cuantitativa, de corte transversal con diseño descriptivo – correlacional. Los resultados demostraron que “Casi todos los adultos tienen estilo de vida saludable y menos del 50% tienen estilos de vida no saludables. Los factores biosocioculturales el 85% de los adultos profesan la religión católica; un poco más de la mitad son de sexo femenino, los de la tercera edad tienen un ingreso económico menor de 400 nuevos soles, 30% tienen un grado de instrucción secundaria, de estado civil.

Concluyendo que la mayoría de adultos del sector 8 Bellamar tienen estilos de vida saludable y menos de la mitad tienen estilos de vida no saludables. En relación con los factores bioculturales la mayoría de los adultos del sector 8 Bellamar profesan la religión católica; un poco más de la mitad son adultos mujeres con un ingreso económico menor de 400 nuevos soles; menos de la mitad tienen un grado de instrucción secundaria, de estado unión libre y son amas de casa”.

Acuña y Cortes (2013) en su trabajo de investigación titulado “Promoción de estilos de vida saludables área de salud de Esperanza, Costa Rica. La muestra fue por 236 personas del área de salud de esperanza. Resultados: Más de la mitad presenta estilos de vida saludables y pertenecían al programa de estilos de vida saludables el 37% obtuvieron estilos de vida no saludable no asistían a programas de salud, y tan solo un 3% toma interés en incorporarse al programa de salud.

Reséndiz, Aguilera, y Rocher (2014), en su investigación “Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México”. Los índices elevados de sobrepeso y obesidad en la población de adultos, la noticia fue duro con transmitir a nivel nacional y estatal por la Ensanut-2006. En las encuestas, en el conjunto de los encuestados nadie superó el bajo de peso; asimismo, este dato fue confirmado de Luján-Méndez en los trabajadores del área de salud. En su investigación se evidenció que las mujeres tenían hábitos del estilo de vida no saludable más que los hombres, pero en otras investigaciones los varones presentan un alto nivel de vida no saludable.

Palomares (2015) en su trabajo de investigación en Lima titulado “Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud.” En el análisis de los estilos de vida saludables en la relación con el estado nutricional en profesionales de la

salud muestra que las damas son los que presentan hábitos de estilos de vida no saludables más que los varones con una muestra de 106 profesionales de salud evaluados en él, hospital del MINSA, los resultados evidenciaron que 72,6% de los profesionales de la salud tienen un estilo de vida no saludable el 24,5% tienen un estilo de vida saludable y calidad de vida, un 2,8% muy saludable.

Del Rio (2016) en su estudio en Lima sobre “Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un hospital nacional”, en una población constituida por 100 pacientes, obtuvo como resultados; de 67% pacientes encuestados, 36% evidencian estilos de vida no saludables con el 31%. En el aspecto físico, el 37% de pacientes muestran un estilo de vida saludable, un 45% presentan estilos de vida no saludables.

Gallegos (2015) en su investigación, en Ecuador titulado “Las plantas medicinales: usos y efectos en el estado de salud de la población rural de Babahoyo – Ecuador 2015”, declaró que el objetivo de su investigación fue conocer los tipos de plantas medicinales, sus funciones y los resultados que produce en el estado de salud de la población de los sectores rurales del Cantón Babahoyo. Se conformaron 25 grupos para recolectar los datos, se utilizó el cuestionario U-PlanMed para identificar la legumbre y sus funciones. La población fue 15,494 viviendas dividido en cuatro parroquias y el tamaño de muestra es 375 familias. Los resultados prueban que se reconoció 79 tipos reunidas en 41 hogares, el mayor número de tipos Lamiaceae y Asteraceae, se distinguió 44 padecimientos y la más cotidianas, las afecciones del sistema digestivo, dolencias infecciosas y parasitarias (32,5%), las epidemias en general (18,9%), dolencias sistema nervioso de los órganos de los sentidos (13,6%), el padecimiento respiratorias (8,1). El 99,4% de los habitantes que consume hierbas,

manifiestan que éstas no generan consecuencias desfavorables, aunque, en casos de gestante, producen alergias.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación del estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

1.3.2. Problemas Específicos:

¿Cuál es el nivel de estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

¿Cuál es el nivel de estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

¿Cuál es la relación de la alimentación con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

¿Cuál es la relación de la actividad física con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

¿Cuál es la relación del descanso con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

¿Cuál es la relación de la temperancia con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

¿Cuál es la relación de la salud mental con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

¿Cuál es la relación de la esperanza espiritual con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

¿Cuál es la diferencias del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018?

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación del estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

1.4.2. Objetivos específicos

Identificar el nivel de estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Identificar el nivel de estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Determinar la relación de la alimentación con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Determinar la relación de la actividad física con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Determinar la relación del descanso con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Determinar la relación de la temperancia con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Determinar la relación de la salud mental con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Determinar la relación de la esperanza espiritual con el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Determinar la diferencias del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

1.5. Hipótesis de investigación

1.5.1. Hipótesis general

Existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

1.5.2. Hipótesis específicas

Existe relación directa y significativa entre la alimentación y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Existe relación directa y significativa entre la actividad física y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Existe relación directa y significativa entre el descanso y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Existe relación directa y significativa entre la temperancia y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Existe relación directa y significativa entre la salud mental y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Existe relación directa y significativa entre la esperanza espiritual y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

1.6. Justificación

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Relevancia teórico

En cuanto al estilo de vida y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. El presente estudio constituye un gran aporte, considerando que se ordenará y sistematizará información referente a ese contexto de salud, esta información se constituirá también en una fuente generadora de nuevas ideas de investigación disponible para la colectividad científica en el área de participantes en “centros de influencia” y pacientes de consultorios que manejan la estrategia nutrigenética para abordar la salud; considerando los diferentes estilos de vida y dinámica que tienen cada población estudiada; resultados que engrosarán el cuerpo teórico de las variables estudiadas.

Relevancia metodológica

Otro aporte del estudio se verificará en las interacciones correlacionales que revelarán la dinámica y comportamiento de dichas variables; lo cual servirá para seguir profundizando en estudios de regresión, de nivel explicativo predictivo, además, que los instrumentos usados están siendo validados en este contexto de población de la selva que tienen una dinámica de estilo de vida y estado de salud con características diferenciales

de otras poblaciones, un valioso aporte, ya que podrá ser tomado como referencia para otras investigaciones en poblaciones con características similares.

Relevancia institucional

Asimismo, es relevante porque los resultados ayudarán a que la administración tanto del centro de influencia que pertenece a la Iglesia Adventista del Séptimo Día y del consultorio Nutrigenesis para considerar los datos en la toma de decisiones y mejoramiento continuo en el planteamiento de programas de estilo de vida y salud, además, de poder generar nuevas estrategias de abordaje sobre las variables estudiadas. Asimismo, los resultados servirán para que las instituciones de gobierno local y demás organizaciones de salud consideren dichos resultados para tomar en cuenta en su quehacer político y administrativo de salud.

Relevancia social

Los resultados pueden evidenciar una realidad social con características científicas que pueden ser tomadas en cuenta por las familias y miembros de dichas organizaciones en estudio y motive a realizar cambios en su estilo de vida y por ende mejoren su salud.

1.7. Viabilidad

Es la disponibilidad de recursos, no existió percances, ni en cuanto a los recursos humanos, ni económicos, ni en cuanto al periodo de aplicación del estudio. Tampoco existieron dificultades sociopolíticas en el contexto en que se desarrolló la investigación. Además que las personas administradoras del “Centro de Influencia” y Consultorio accedieron a realizar la investigación con sus participantes y pacientes.

1.8. Delimitación

Se delimita a todo miembro participante del centro de influencia miembro de la Iglesia Adventista y a los que no son miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día y el estudio está limitado a gente de la zona; sin embargo hubo algunos pocos menos de 10 personas que participaron que son de otras latitudes del Perú y América.

1.9. Limitaciones

Existen pocos instrumentos que puedan medir el estilo de vida de forma integral; un aspecto que conllevó un poco más de tiempo para realizar los ajustes al cuestionario usado; por la cual fue pertinente realizarle todos los ajustes necesarios. Además de efectuar todo el proceso de validación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.Fundamento bíblico filosófico

El anhelo del Dios bíblico es que toda criatura de Dios disfrute de una vida física, e intelectual y espiritual óptima, asimismo Juan 1:2 “Amado yo deseo que tú seas prosperado en todas las cosas y que tengas salud, así como prospera tu alma.

Dios tuvo la intención de que viviéramos la vida abundante hoy, mañana y para siempre según Juan 10:10 “Yo he venido para que la tenga vida, y para que la tengan en abundancia”.

Las escrituras refieren : "Si oyes atentamente la voz del Eterno tu Dios, y obras lo recto ante sus ojos; si prestas oído a sus Mandamientos, y guardas todas sus normas, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti; porque Yo Soy el Eterno, tu Sanador". Éxodo 15:26. Asimismo, el texto bíblico hace referencia que el Espíritu de Dios puede convivir en la vida de nosotros y nos orienta para llevar nuestras vidas en buen camino por medio de sus Escrituras, el cambio de nuestro corazón como también el efecto del cambio en el estilo de vida saludable, alcanzar una experiencia por la gracia de Cristo de vivir con calidad de vida.

Identificar los principios de salud en la santa biblia y profundizar que la adopción de un estilo de vida saludable es creación de reparación del Evangelio con el objetivo de gozar

‘vida en abundancia’ es decir: una superior calidad y mayor cantidad de vida, para poner nuestra vida en disposición de Dios y a nuestros semejantes.

Por otro lado, White (1945) resalta “Debe obtenerse conocimiento con respecto a cómo comer, beber, para preservar la salud, la enfermedad es causada por la violación de las leyes de la salud; es el resultado de infringir las leyes de la naturaleza.” La vida es un obsequio más preciado que nuestro creador nos dio por ello incluye apreciarla, cuidarla, practicar ejercicio físico y mantener el espíritu en imagen y semejanza de nuestro creador, el humano es el administrador de nuestras vidas, ser responsable para llevar la vida con responsabilidad, respetando las normas de estilo de vida saludable, asegurando una buena salud.

Otros autores indican que: la espiritualidad es la dimensión de una persona que envuelve su relación con él mismo, con otros, con un orden natural y con un ser o fuerza superior, que se manifiesta a través de expresiones creativas y envuelve prácticas religiosas. Así, el bienestar espiritual es muy importante para que el individuo alcance un estado de salud óptimo. (O’Neill y Kenny, 1998; Burkhardt, 1993; Espeland, 1999).

Complementa, White (1949) el viento diáfano, el sol, el ayuno, el reposo, el deporte, los hábitos alimentarios correctos, el agua y la fe en el poder divino es el real remedio. Los individuos deben conocer las medicinas naturales que nos brinda nuestro creador y utilizar. Es indispensable estar pendiente a cualquier síntoma extraño para detectar las enfermedades de forma rápida asimismo tratar con medicina que nuestro creador nos brinda.

La filosofía de la Iglesia Adventista del Séptimo día acepta que las personas son como un ser bio-psico-socio-espiritual, bajo el significado de salud es permitida como un comportamiento de cada persona, que se visualiza en el comportamiento de las costumbres saludables, observando así, que las enfermedades están ligadas con los comportamientos en

el comer, dormir y el practicar ejercicio que de tal manera como dirigir sus vida, por lo tanto el ser humano es el responsable de mantener una calidad de vida (Pinzón, 2013).

2.2. Marco histórico

La raíz del análisis de estilos de vida inicia en Inglaterra con Sigesrit quien explica la primordial labor de la salud no enlazar con el punto de vista no vital que involucran en la salud: impulso, advertencia, prever, preservar, restauración y tratamiento de enfermedades.

Hace muchos años, se ha tenido en cuenta la transformación de la teoría de la expresión estilo de vida. Esta expresión está siendo estudiada por diferentes investigadores académicos; asimismo, muchas son las enciclopedias que la han insertado desde 1970, siendo la teoría más impactante: la primera la explica como una disciplina psicológica de conseguir una sensación de acondicionamiento durante el desarrollo, según el punto de vista Adler y la alternativa que indica como el proceder en el que el ser humano lleva su vida. Asimismo, el estilo de arreglarse, costumbres, vida social, idiosincrasia, etcétera. El uso más común es el dado en el campo de la medicina al referir a las normas conductuales de la persona que dañan el estado de salud.

Hay que resaltar que el estudio es muy importante sobre las conductas individuales de la salud. Se inicia con Hipócrates, pero al inicio del siglo XX se da la mayor relevancia. La atención de distintas estilos de vida sin duda se inició en el año 1867. Fue Marx en 1952 quien en sus teorías explicó el estilo de vida es un factor económico. Las formas de vida se dan según el status social, laboral, cultural, económico donde se van dando comportamientos individuales de estilos de vida (Herrera & Sabogal, 2015).

La OMS, definió estilo de vida como una “manera de vida que se basa en diferentes conductas individuales, marcados por la relación social y el nivel de vida económico y

culturales. Asimismo, explica la diferencia entre estilo de vida y estilo de vida saludable, resaltando la necesidad de aproximarse a la investigación estilo de vida saludable desde la mirada social de salud. El estilo de vida es la mayor preocupación de la población, si siguen un régimen de vida saludable podría disminuir muertes por enfermedades en un 43%” (Bennassar, 2011).

El estilo de vida es una “agrupación de conductas, practicas aprendidas y llevadas por el individuo, Un buen estilo de vida es tener una vida saludable. Practicar un estilo de vida saludable es sinónimo de buena salud y evitar afecciones ya que muchos estudios indican que el 50% de enfermedades no son hereditarias, si no se basan por no seguir un estilo de vida no adecuada. Todas las personas deberían preocuparse por mejorar los hábitos alimenticios y a la actividad física y optar por un su estilo de vida saludable” (Gómez C. & Rondón, 2017).

El estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia del sujeto; es un “proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o grupos informales. El sujeto también tiende a imitar modelos sociales, que se promueven por los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida no solo puede formarse espontáneamente sino como resultado de decisiones conscientes de los hombres, que aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad, el estilo de vida puede favorecer al mismo tiempo algunos altos valores que deberíamos de considerar” (Herrera & Sabogal, 2015).

La expresión estilo de vida tiene diferentes significados en el área de la medicina, varios autores la señalan como “Modelo de proceder o estilos de vivir fortalecidos de una persona”. Asimismo, los estilos de vida no deberían estar relacionados precisamente por otros modelos ajenos a la persona como, vida social, poder adquisitivo, sociocultural, medio natural.

Muchas investigaciones informan que los estilos de vida pueden “evitar el brote de afecciones en la sociedad, averiguando sobre la importancia que los factores, físicos, conductuales, socioculturales de un individuo y su enlace con el área de la salud con respecto a la aparición de las afecciones. Un paradigma son las investigaciones hechas en Estados Unidos, en donde la conducta de vida no saludable de millones de individuos se interpreta en una avalancha de obesos, incremento de peso, aumento y peligro para la aparición de afecciones crónicas. Apareciendo enfermedades comunes como el Alzheimer, desequilibrio conductual. Comprueba que el estallido de los estudios de estilo de vida en los últimos diez años nos dice que se puede disminuir la enfermedad de Alzheimer en la actualidad y llevar un estilo de vida saludable nos lleva a tener vida plena” (Maquera. & Quilla, 2015).

2.3. Marco conceptual

2.3.1 Estilo de vida

Es el perfil y guía de vida, se adapta a gustos y predilecciones del individuo, producto de la incorporación de elementos hereditarios, sistema nervioso, idiosincrasia, socio cultural, adquisición de aprendizajes, recursos y naturaleza circundante. Asimismo, son conductas que ampara a la vida saludable de obtener afecciones.

La OMS (2014) definió, como el “modo de alimentación de vida, haciendo mención a clases de conducta diarias que desarrolla un individuo en el tema alimenticio. No todas las costumbres alimenticias son saludables. El estilo de vida o vida saludable se ve reflejada en diferentes aspectos de la conducta y posturas diarias que elaboran los individuos, todos los comportamientos no siempre son los adecuados”.

Los estilos de vida están definidos por factores, socioculturales, conductas aprendidas desde el seno familiar de cada persona y la interacción social de donde vivimos, por lo tanto

adquirimos conductas de calidad de vida. Asimismo, el estilo de vida es el pilar de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes".

La calidad de vida está vinculada por los siguientes aspectos: agrado en las actividades cotidianas; gozo de las carencias; éxito en los objetivos de la vida; autoesquema y manera positiva de ver la vida; inteligencia interpersonal e intrapersonal. Entre los estilos de vida que dañan la salud y la calidad de vida de un individuo son: uso de sustancias dañinas: cigarrillos, bebidas alcohólicas y narcóticas, una vida exenta de actividad física, vigilia prolongada, ansiedad, alimentación desbalanceada, descuido de la higiene, consumo inadecuado de los alimentos, no tener horas de recreación, descanso y hobby, negativa interacción social, niveles de contaminación elevados.

Pautas para tener estilos de vida saludable. Trazarnos proyectos de vida y efectuarlas, alimentar la autoestima diariamente con dominio de la personalidad, propia decisión, crecimiento personal, anhelo de educarte, dar cariño y relacionarse equilibradamente en el entorno del hogar y con la sociedad, impulsar las ganas de vivir, compañerismo, comprensión. ,mantenemos bien siguiendo hábitos saludables, equilibrar los factores de peligro como aumento de peso, rutina, bebidas alcohólicas, cigarrillos, uso excesivo medicamentos, angustias, trastornos como hipertensión y diabetes, realizar ejercicios físicos. La planificación de como tener estilos de vida saludables es tener la obligación personal y social de decidir, solo así se tendrá una calidad de vida adecuada del individuo.

2.3.2. Tipos de estilo de vida

El estilo de vida es diverso en cada ser humano, hay comportamientos contingentes que conllevan a un estilo de vida de riesgo, hay actitudes defensoras con elementos bien afianzados de seguir un estilo de vida saludable (Ramos, 2017, p. 19).

Estilo de vida no saludable, nombra al grupo de hábitos y comportamientos que infieren una advertencia para la salud corporal y psicológica, según Ramírez & Hoffman (2002), quienes expresaron que los individuos tienen conductas no saludables tal como un régimen alimenticio inadecuado, ritmo de vida sin ejercicios, consumo de narcóticos y de bebidas alcohólicas, insomnios prolongados, tienen gran porcentaje de riesgo de originar afecciones analizadas con el individuo que sigue un estilos de vida no saludable.

Estilo de vida saludable, se identifica con comportamientos de una persona que requiere las necesidades humanas para tener una vida plena tanto en el sistema físico, psíquico, conductual que nos da más años de vida. La OMS aclara que el estilo de vida saludable es un modelo de vida que merma el peligro de enfermarse o fallecer en forma precoz, incrementa la salud, gozar más tiempo de vida, porque la salud no es el alejamiento de afecciones. Según Cockerham (2007), es una agrupación de factores, comportamientos involucrados con la salud, seleccionados por el individuo.

2.3.3 Factores de estilo de vida

El estilo de vida saludable esta anexado por un grupo de factores que deben ejecutarse de forma adecuada e integral. Los factores de estilo de vida son: hábitos alimenticios, uso del cigarro, bebidas alcohólicas, narcóticos y conducta sexual.

Hábitos alimenticios y dieta establece un factor importante en la salud, tanto a nivel del individuo como sociedad (Hu, 2002). La globalización realizó diferentes cambios socioculturales que dañan inexplicablemente las conductas alimenticias (Dura & Castroviejo,

2011). Por ejemplo, las personas ya no dedican momentos exclusivos para adquirir y preparar alimentos, al contrario se enfatizan en alimentos envasados, que nos lleva a utilizar exceso de carnes, lácteos, azúcares, grasas y disminuye el consumo de vegetales. Los hábitos alimentarios incorrectos, se relacionan con las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, sobrepeso, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y muchas más. Los diferentes alimentos que consume una persona depende de varios factores, entre ellos los culturales, hereditarios, económicos, nivel académico, hábitos nutricionales y sociales, como la publicidad, las doctrinas religiosas, tradiciones influyen en nuestras decisiones alimentarias, por lo que la persona debe comprometerse a cambiar el estilo de vida, por completo, al identificar y estudiar que elementos hay en la dieta para evitar la aparición las enfermedades, asimismo, aprender un lenguaje nutricional y tomar en cuenta que realizando dietas balanceadas contribuye un estilo de vida saludable (Gómez, Loria & Dassen, 2009). Una alimentación saludable, una nutrición adecuada se hace necesaria para alcanzar un estado óptimo; la cantidad de afecciones actuales están estrechamente relacionadas con alimentos no adecuados, como la diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, la caries dental. La buena nutrición se establece con una alimentación balanceada con todos los alimentos que necesitan el cuerpo por ejemplo: minerales, vitaminas, proteínas, ingerir adecuadamente alimentos sanos evita el mal funcionamiento del sistema digestivo, el adulto por la vida agitada diaria ingiere comida rápida, alimentos envasados, azúcares, soda, etc., indicando que estos alimentos incitan a llevar un estilo de vida inadecuada.

La actividad física. Hace muchos años, ha aumentado la falta de actividad física, que se traduce en la disminución del ritmo de actividad corporal que practica el individuo diariamente. Los progresos científicos en el rubro automovilístico nos brindan la vida más agradable pero incrementa la vida sedentaria, como por ejemplo las personas que utilizan los

ascensores frecuentemente y no promueven una buena actividad física en comparación con las personas que deciden subir las escaleras, asimismo, se observa que el sedentarismo se encuentra en aumento. La salud pública está en la obligación de fomentar la actividad física en todos los ámbitos de la vida diaria (Chaspeasen & Christenson, 1985). La actividad física se determina como locomoción corporal por la retracción del músculo esquelético que incrementa el derroche de energía sobre la parte que requiere el cuerpo básicamente. De tal manera, al dialogar de actividad física debemos apreciar la labor que el individuo ejecuta en todo el día. Una de las actividades físicas serían los quehaceres del hogar, la faena que tiene diariamente en la empresa, las actividades de hobby, conducir, transportarse diariamente en los automóviles. El ejercicio físico tiene conceptos extensos que involucra al ejercicio como una actividad física planificada, organizada, que hace tener desgaste de energía prolongando en diferentes niveles (Arbós, 2017).

En los estudios más recientes, un individuo practica media hora diaria de rutina de ejercicios corporales, caminar en forma moderada diaria por el lapso de los 7 días nos brinda mucho provecho en salud. Los ejercicios disminuyen las probabilidades de enfermarse del corazón y el porcentaje de sufrir ataque al corazón. El ejercicio lucha contra la presión arterial, evita la adiposidad, asimismo, es recomendable tener una disciplina, realizando ejercicio físico tres veces por semana. Los tres elementos de una vida saludable son: Los ejercicios, el sueño y la alimentación, elementos importantes de un estilo de vida saludable. Si un individuo tiene esfuerzo físico, duerme sus ocho horas recomendadas por el médico y la alimentación balanceada, se sentirá con vigor para participar en las actividades habituales.

El reposo y la siesta, es básico para la salud e importantes para la calidad de vida, aumenta el nivel de concentración, valorar, colaborar en las actividades diarias. La persona

que no tiene un buen estado de reposo aumenta la irritabilidad y capacidad de tener fija la atención.

2.3.4. Promoción de estilos de vida saludable

“La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos, entendiéndose por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad” (Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2004). En el mundo de hoy, se identifica muchas conductas unidas con la salud, consideradas a través de los estudios de distribución. Estas conductas saludables son: trabajar movimiento corporal tres veces por semana para obtener equilibrio físico, evitando enfermedades y problemas psíquicos. Además, controla la obesidad y los procesos de cambios químicos y biológicos (Antón, Gómez y Rondón, 2017).

2.3.5. Dimensiones de estilo de vida

Los estilos de vida son aquellas conductas que enriquecen o ponen en peligro la salud. En el siguiente estudio la conducta saludable más relevante del individuo se encuentra en dos dimensiones.

Dimensiones fisiológica

Las dimensiones fisiológicas es la agrupación de posturas y conductas que el individuo se acomoda y se desarrolla de manera personal o general para estar satisfecho en la alimentación, actividad corporal, siesta, ocio y llevar una salud equilibrada.

Alimentación

Alimentación y llevar un estilo de vida saludable, se relaciona con el nutriente que empleamos diariamente ingiriendo de forma balanceada. Los términos alimentación y nutrición aunque parece términos iguales son diferentes: la alimentación radica en el consumo de componentes que escogemos del alrededor donde vivimos y que empleamos para dieta. La alimentación es una decisión personal y es un hábito que adquirimos durante toda la vida y la nutrición es una disciplina de conocimientos que se encarga de los alimentos y su conexión con la salud. Es una agrupación de factores que por medio del organismo lo acepta, asimila los alimentos sufriendo modificaciones para fabricar energía y tener un buen funcionamiento de nuestro organismo conservando nuestros órganos, tejidos y desarrollar una vida sana.

Los alimentos como los vegetales, legumbres, hortalizas, verduras, etc. que nos proporciona la naturaleza o productos envasados como: azúcares, lácteos, grasas, etc. estos alimentos que consumimos para saciar nuestro hambre. Los alimentos entregan vigor para que el organismo pueda funcionar en buenas condiciones y teniendo una vida saludable. Los nutrientes son componentes que están interiormente en los alimentos y que el cuerpo necesita para desempeñar diversas funciones y tener la salud adecuada.

Asimismo, la alimentación correcta se encuentra en los alimentos variados que nos proporciona energía y todos los componentes necesarios como los compuestos orgánicos esenciales para la vida celular, los carbohidratos, alimentos de origen vegetal, animal, vitaminas, minerales, la fibra y el agua, para que el individuo esté estable y tenga una vida saludable, sin importar la edad ,desarrollándose satisfactoriamente, impidiendo el desarrollo de las patologías, al consumir alimentos adecuados podemos prevenir estas anomalías ,adiposidad, presión alta ,problemas del corazón ,vasos sanguíneos, diabetes, desnutrición, osteoporosis, cáncer, etc.

Los alimentos se han juntado para establecer características semejantes dentro del nivel nutricional y maneras de preparación:

Cereales y menestras: esta clasificación sobresale por generar vigor, asimismo los carbohidratos complejos como los almidones, cereales: arroz, trigo, maíz, que avena, quinua, quiwicha, cañihua.

Tubérculos y raíces: papa, yuca, menestras: lentejas, arvejas secas, garbanzos, frijoles, pallares. Igualmente la clasificación de los derivados: harinas, fideos, pan, chuño, estos alimentos nos da una energía vital y nutrientes al ser humano.

Verduras: En esta clasificación se toma en cuenta las distintas formas de dividir los vegetales como por ejemplo los tubérculos y raíces: camote, maca, zanahoria, yuca, ajo etc.

Tallos: espárrago, canela, caña de azúcar, poro, hinojo.

Hojas: albaca, alfalfa, berro, culantro, entre otras hojas que consumimos.

Flores: coliflor, brócoli.

Frutos: Calabaza, tomate, palta, etc.

Frutas: Son frutos de plantas y árboles, alimentos con muchos nutrientes y fibra que sirve al individuo para tener una alimentación equilibrada. En nuestra nación hay diversos frutos como aguajes, carambola, limón, mango, manzana guanábana, guayaba.

Para Calabozo, director general de la Federación Nacional de Industrias Lácteas (Fenil), “los lácteos son alimentos muy completos y equilibrados debido a la riqueza y variedad de sus componentes nutritivos. Se consideran alimentos básicos y uno de los pilares de la dieta ya que poseen unas magníficas cualidades nutricionales que contribuyen a satisfacer los requerimientos energéticos de los diversos grupos poblacionales”.

Lácteos: son sustentos por su gran cantidad de calcio contribuye mantenernos sanos y entre los productos lácteos consideramos a la leche y sus derivados como la crema de leche, queso, yogur, etc.

Carnes: La carne es la parte proteínica que sirve de alimento al individuo puede ser músculos o vísceras entre algunas carnes tenemos: carne de pollo, gallina, chanco, hígado, mondongo, etc.

Aceites y azúcares: son alimentos que nos promueven gran cantidad de vigor entre los azúcares tenemos: mantequilla de maní, aceite de ajonjolí, aceite de almendras, azúcar, miel, glucosa, etc. Según la OMS (2016) “la recomendación es que el consumo de grasas saturadas no exceda el 10% de la ingesta total de calorías que se consume a diario. Asimismo, el consumo de grasas hidrogenadas -o grasas ‘trans’, se debe reducir al máximo, limitándose al 1% o menos del total de caloría que consumimos todos los días”.

El agua .Tomar agua es importante para conservar buena salud y tener más años de vida, al consumir agua correctamente podemos mejorar la digestión, aumenta la energía de la persona, mejora el sistema inmune, sirve como disolutivo de los alimentos, evita la alteración del tránsito intestinal, es ideal tomar 6 a 8 vasos de agua pura diarios, dentro de esos vasos no debe considerarse las infusiones, frutas, verduras, sopas, el agua que consuman dependerá del ritmo de vida como por ejemplo: actividad sexual, ejercicios, el clima ambiental, etc.

Actividad física

Se llama actividad física a la rutina corporal relacionada con los músculos esqueléticos donde intervenga la pérdida de energía. Sin embargo, no estar en actividad física constante de ejercicios aumenta el peligro de muerte a nivel mundial con el 6%. La vida sedentaria causa cáncer de mama y colon con el 25%, 27% de diabetes y el 30% patologías

cardíacas. En las personas de 25 a 50 años disminuye el peligro de la presión alta, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer, aumento de la autoestima (Landa, 2016). Según la OMS (2016) “Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea”.

Descanso

El descanso es la recuperación de fuerzas tanto mental como física para que el individuo rinda de forma adecuada en sus actividades diarias. El descanso juega un papel muy importante porque implica tranquilidad, relajación, una vida sin ansiedad y sin estrés emocional. La OMS (2014) recomienda dormir 6 horas diarias, si el individuo no cumple con las recomendaciones puede causar una serie de patologías como por ejemplo problemas gástricos, ansias de comer sin equilibrio, falta de rendimiento físico, descansar no es un placer sino una necesidad fisiológica. Según Narrow (1997) indica 6 importantes claves que se asocian al descanso. Cuando un individuo descansa de manera óptima: Su vida está ordenada, se sienten amados, se sienten tranquilos emocionalmente, la actividad que realiza le satisface.

Circunstancias que benefician un óptimo descanso: comodidad, descartar las preocupaciones, sueño prolongado, que es un metabolismo fisiológico que produce un cambio en el individuo por periodos, cumple un papel importante de reparar las fuerzas y beneficios óptimos para el cuerpo de una persona. Son estímulos del cuerpo que nos da una sensación de reposo, es una transformación continua y constante, una exigencia fisiológica de la persona. A través del tiempo se entendió el sueño como pérdida de conocimiento por un periodo continuo. En la actualidad, es conocido como impresiones que comunican los sentidos por cambios fisiológicos del ser humano. Dormir 6 a 8 horas es lo que nuestro

organismo necesita para tener un estilo de vida saludable. El sueño es factor importante en el ser humano para llevar una vida de calidad.

Dimensión psicosocial

Es el “conjunto de vínculos interpersonales, la capacidad comunicativa primordial en la influencia recíproca de dos o más personas. Considerar una manifestación, la sociabilidad humana a una cualidad que se relaciona con el estímulo de caracteres hereditarios que resalta en las relaciones interpersonales. Los seres humanos debemos estar listos a vivir en sociedad, eso implica una serie de características que el individuo debe tomar en cuenta como acto voluntario de la persona, es importante estar presente, afabilidad con las personas que estoy interactuando, capacidad indispensable la sociabilización, relaciones que tienen influencia de susceptibilidad con las personas que nos rodea e interactuamos con diferentes actividades con los individuos”.

2.3.6 La salud

La salud, podemos distinguir desde muchos aspectos de la vida, desde la medicina puede ser conceptualizada considerando los siguientes enfoques, como lo plantea (Kornblit y Mendes, 2000).

La concepción somático-fisiológica. La mejor manera de entender salud es estar en buen estado mental y física. La enfermedad es un trastorno del funcionamiento normal del cuerpo. Por lo tanto salud es que el conjunto de órganos que conforma nuestro cuerpo estén en óptimo funcionamiento sin que se perciba ninguna anomalía.

La concepción psíquica de la salud. Identificar la relación que existe entre nuestro cuerpo y el lado psíquico del metabolismo humano, lo que nos lleva a no reducir los límites de la práctica de la salud a la salud orgánica exclusivamente.

La concepción sanitaria de la salud. Es exclusivo de la salud pública como especialidad, pone interés en la salud global de la población, pero en la salud individual no pone mucho énfasis. Sobresale por tener una orientación preventiva de las dificultades de diferentes agrupaciones sociales por el periodo de años que tiene la persona y factor socioeconómico.

Kornblit & Mendes (2000) organizan la salud en los siguientes enfoques:

La concepción político-legal. La salud es identificada útil, en beneficio de manera globalizada para todos los seres humanos. Cuando este beneficio, es dirigido por un conjunto de normas legales de una nación, se transforma en un derecho que se puede pedir de una manera enérgica por el ser humano conforme una extensa diversidad de exploración.

La concepción económica. Durante muchos años hasta hoy, el ser humano se establece como componente estratégico del desarrollo fructífero; por eso la importancia de conservar la "productividad humana", por lo cual es imprescindible tener una perfecta salud.

Concepción cultural. La salud se conoce de diversas teorías puesto que se relaciona con la capacidad de la persona para el desarrollo de actividades interpersonales.

La concepción ideal de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (1964), define a la salud como el "estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad" esta definición se puede considerar un estado de salud no asequible por la persona en la existencia diaria. Asimismo, este enunciado figurado ambicionado de la salud. El ser humano, en el transcurso su vida, se mueve alrededor de la salud-enfermedad y deceso, aproximándose a la salud o a la enfermedad, conforme se asegura o se quebranta el equilibrio entre los factores que están estable relacionándose; estos factores son: bioagente, psicopatologías, sociocultural y ambientales (Kornblit & Mendes, 2000).

El proceso salud-enfermedad. Se podría mencionar como la respuesta de una acumulación de factores o exigencias no complacidas y en determinadas veces no percatarse, a las que evidencian, en conclusiones generales, los requisitos de vida de la población que hace cambiar por las condiciones económicas y de la estructura social de la nación (Gallegos, 2017). No obstante, para comprender la calidad de vida es primordial mencionar varias definiciones como: calidad y satisfacción de vida, salud proceso salud-enfermedad, necesidades de salud y sistema de salud (Chirinos et al., 1994).

La calidad de vida es incorporar el nivel de adaptar al ser humano a su ámbito físico donde vive, adaptándose a las condiciones de vida de cada persona. El gozo de la vida se menciona a la valoración de las experiencias y circunstancias de una persona.

La salud-enfermedad está relacionado a la vida de un individuo en lo general en todos los ámbitos de la vida. Es un desarrollo constante que en el lado eficaz responsabilidad de brindar a un individuo un orden físico como en su anatomía y interacción social. Este desarrollo se va acomodándose y amparándose en una armonía en una persona tanto con el medio natural y sociocultural.

Calidad de vida relacionada con el estado de salud. Según Gallegos (2017) la calidad de vida, es la apreciación que se hace juicios de valor, en consecuencia por el estado de salud, se obtienen cualidades, y aptitudes para hacer aquellas labores importantes de una persona.

2.3.7 Estado de salud

Según la Organización Mundial de la Salud "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". La salud por tanto, abarca aspectos subjetivos, bienestar físico, mental y social, y objetivos es la capacidad de funcionamiento en el aspecto social. (Acevedo, Martinez, & Estario, 2007).

Determinantes del estado de salud.

Los determinantes del estado de salud en una nación o en una ciudad, según el esquema de Labonde en 1974, está supeditado por la relación de cuatro factores: Los estilos y hábitos de vida, el medio ambiente el sistema sanitario, la biología humana.

Los estilos y hábitos de vida que pueden dañar el estado de salud, son la forma incorrecta de alimentación, adquirir componentes dañinos, sedentarismo, comportamiento de arriesgados en la sexualidad y consumir drogas. Los hábitos de vida son primordiales en el desarrollo de la salud-enfermedad. El medio natural, conformado por un desarrollo completo externos sobre las cuales el ser humano no tiene mucho control, como son: peligro corporal, aditivos químico, biológico, psíquico. El sistema sanitario, entendido como el conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnológico, etc., que están condicionados por algunas variables como son: accesibilidad, eficacia y efectividad, buenas praxis, cobertura, etc.

La biología humana, condicionada por la carga genética y los factores hereditarios, que si bien es cierto, los avances en la ingeniería genética desarrollada en los últimos años abren perspectivas que en su aspecto positivo podría prevenir enfermedades genéticas, pero que también plantea interrogantes en cuanto a la bioética y las potenciales desigualdades en salud de la población por los altos costos que esta práctica demanda. (Gallegos, 2017). Se observa, que la salud, de una manera general está supeditada a distintos elementos; aceptar y tomar la responsabilidad de cambiar los factores actuales socioeconómicos y desarrollar estrategias de vida para ayudar en las necesidades elementales de vida.

Deterioro de la salud laboral

Cuando la persona no tiene estímulos en el trabajo, rechazo y perturbaciones en el trabajo, agobio psíquico, tensión laboral, trabajo excesivo mental, desconformidad laboral, daños a la salud laboral, Bournout (síndrome del quemado), baja motivación para el trabajo, reacciones de desajuste al trabajo (rechazo al medio laboral), fatiga mental, estrés laboral, sobre- carga de trabajo mental, abatimiento, trastornos nerviosos, faltas excesivas en el trabajo, malas relaciones interpersonales, consumir cigarrillos, bebidas alcohólicas , narcóticos, compuestos químicos, desengaño, y enfermedades físicas.

Daños a la Salud Social

Nivel individual. Obstáculos, consecuencias de las enfermedades, dilemas económicos, desengaño, malestar, actuar de modo agresivo.

Nivel Familiar. Problemas de pareja, alteración de la dinámica familiar, violencia intrafamiliar, agresividad, deficiente calidad de vida familiar, carencias alimenticias, poca disposición para la recreación y participación en familia y carencias en el presupuesto familiar.

Nivel Laboral. Limitación funcional para realizar su trabajo habitual, carencias de estímulo económico, ausencias y tardanzas, incapacidades, frustraciones, estrés laboral, fatiga por carga mental, salarios bajos, desempleo y depresiones.

Nivel Sociocultural. Poca participación comunitaria, dificultad para desplazarse a eventos recreativos, culturales y religiosos, baja autoestima, limitaciones económicas y personales para capacitarse en otra profesión u oficio, poca participación en eventos sociales, familiares, (fiestas, cumpleaños, reuniones familiares, entre otras) (Kornblit & Mendes,

2000). La responsabilidad de la salud de los trabajadores y de las condiciones del medio ambiente laboral es tripartita: estado, empresa y trabajador.

Conceptos básicos

Estilo de vida. Forma de vida que vienen a ser conceptos globalizados, puesto que abarca muchos aspectos de las vivencias de un ser vivo. Asimismo, el estilo de vida se escoge de forma individual de acuerdo a su cultura, educación y paradigmas. Los estilos de vida pueden ser expresados en todos o en cualquiera de los campos del comportamiento del sujeto (laboral, tiempo libre, sexo, nutrición, vestimenta, etc.).

Estilo de vida según OMS. Manera de vida que se basa en diferentes conductas individuales, marcados por la relación social y el nivel de vida económico y cultural. Asimismo, se explique la diferencia entre estilo de vida y estilo de vida saludable, se resaltó la necesidad de aproximarse a la investigación estilo de vida saludables desde la mirada social de salud. El estilo de vida es la mayor preocupación de la población, si siguen un régimen de vida podría disminuir muertes por enfermedades en un 43% (Antón, Gómez y Rondón, 2017).

Bioética. "Disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos".

Estrés. Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves. Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés es la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias. El estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales, y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las

capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa

El estrés laboral. Es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una "epidemia global, único riesgo ocupacional que puede afectar al ciento por ciento de los trabajadores, genera alteración del estado de salud, ausentismo, disminución de la productividad y del rendimiento individual, y aumento de enfermedades, rotación y accidentes. Por otro lado, el trabajo itinerante causa alteraciones del sueño, digestivas, psicológicas, sociales y familiares, y riesgos de accidentes."

Idiosincrasia. Rasgos, temperamento, carácter, distintivos y propios de un individuo o de una colectividad.

Alzheimer. Trastorno neurológico progresivo caracterizado por la pérdida de la memoria, de la percepción y del sentido de la orientación, que se produce ordinariamente en la edad senil.

Narcótico. La palabra narcótico viene del griego ναρκοῦν ("narkoyn", entumecer) y etimológicamente se refiere a una sustancia o medicamento que, sin tener en cuenta lo estimulante que pueda ser en alguna de sus fases de actividad, finalmente produce un efecto depresivo en el sistema nervioso central. Sin embargo, estas drogas con frecuencia se desvían del circuito legal y se usan como euforizantes. Algunos narcóticos son anestésicos como el éter etílico, el cloroformo y el ciclopropano; pero en su mayoría son agentes de la clase de los opioides, incluidas en la Convención Única sobre Estupefacientes.

Longevo. Largo vivir, en medicina, el número de años que una persona de una determinada edad puede esperar seguir viviendo. En forma globalizada es ver la vida de ser

humano o de un organismo biológico, la edad, se usa la palabra cuando se refiere con ancianidad o la edad de un ser vivo.

Salud. Para la Real Academia Española, “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. Conjunto de condiciones mínimas de salubridad de una población determinada, que los poderes públicos tienen la obligación de garantizar y proteger.

Estado de Salud. Según la OMS “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o discapacidad”. Según esta definición de 1948 el término “salud” no sólo incluye la falta de enfermedad física sino también los factores psicológicos y sociales que disminuyen la probabilidad de que nuestro organismo desarrolle problemas. La salud no sólo es un estado sino también un recurso que nos ayuda a satisfacer nuestras necesidades y a alcanzar nuestros objetivos, es decir, a conseguir el bienestar. Desde esta perspectiva también se considera importante que la salud no se entienda como un concepto aislado, sino que en gran medida depende de la interacción de las personas o grupos con el entorno que los rodea.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de estudio

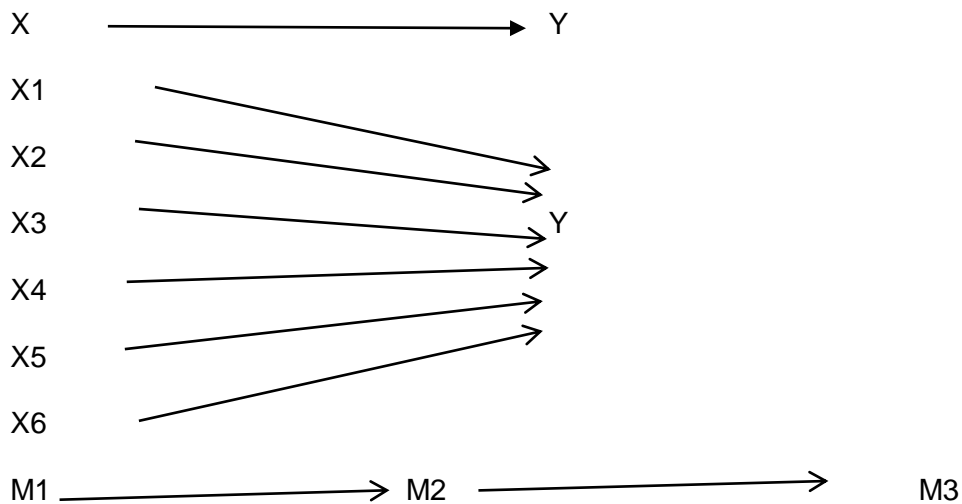
3.1.1. Tipo de Estudio

El presente estudio de investigación es de tipo observacional, no experimental por que no se manipulará ninguna variable.

3.1.2. Diseño de investigación

Diseño correlacional y comparativo, porque se determinará las relaciones entre las variables y las diferencias significativas entre los grupos; igualmente, es de corte transversal por que la información se recogerá en solo momento específico.

Diseño de la Investigación:



Donde:

X: Estilo de Vida

Y: Estado de Salud

X1, X2, X3, X4, X5, X6, (Alimentación, ejercicio físico, descanso, temperancia, salud mental, esperanza espiritual,

M1: “Centro de Influencia I” (participantes no miembros de la iglesia)

M2: “Centro de Influencia II” (participantes miembros de la iglesia)

M3: Consultorio nutrigénesis (pacientes)

3.2.Población y Muestra de Estudio

3.2.1. Población

La población de estudio está constituido por 200 pacientes del “Consultorio Nutrigénesis”, Miembros de iglesia Adventista de Tarapoto 250 y Personas no adventistas que participan en el centro de influencia 116.

3.2.2. Muestra

El método de muestreo se realizó de forma no aleatoria y no probabilística; considerando las circunstancias del estudio no todos los pacientes accedieron ser parte de la investigación por la delicada situación de salud. Igualmente, menos de la mitad de miembros de iglesia acceden ser participantes del centro de influencia y de los ciudadanos focalizados no adventistas que son miembros del “Centro de influencia” no todos participaron del estudio.

Se obtuvo una muestra no probabilística de: Consultorio nutrigénesis 60 pacientes; miembros del “Centro de influencia”, que no son miembros de iglesia 58 y del “Centro de influencia” que son miembros de iglesia 128; de acuerdo al criterio del investigador

considerando los lineamientos de inclusión y exclusión: quedando en una muestra total de 246.

3.3. Criterios de exclusión e inclusión

3.3.1. Criterios de inclusión

Voluntad de participación.

Ser participante del centro de influencia o paciente del consultorio.

Ser mayor de edad.

3.3.2. Criterios de exclusión

No voluntad para participar

No ser participante del centro de influencia o paciente del consultorio.

Ser menor de edad.

3.4. Consideraciones éticas

La confianza es la base de un estudio de investigación ética. La dignidad e integridad y el bienestar de los individuos que participan en la investigación deben ser una prioridad en el estudio. Como punto de partida se solicitó un consentimiento informado general a los administradores de dichas organizaciones, de la misma manera se consideró un consentimiento informado personal respetando su libertad de elección de participar. Por otro lado, a fin de salvaguardar confidencialidad de los participantes se obvió poner el nombre en las encuestas. Finalmente, se precisa que en el presente estudio no se realizó procedimiento que pongan en riesgo la salud de los participantes; considerando los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

3.5. Variables de estudio

Operacionalización de las variables

Variable 1. Estilo de Vida

Dimensiones

Alimentación

Actividad física

Descanso

Temperancia

Salud mental

Esperanza espiritual

Variable 2. Estado de Salud

Dimensiones

Capacidad Funcional

Aspecto Físico

Dolor

Estado General Salud

Vitalidad

Aspectos Sociales

Aspectos Emocionales

Salud Mental

Tabla 1. Operacionalización de variables: estilo de vida

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	VALORACIÓN	ESCALA DE PUNTAJACIÓN
1. 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	
	Consumo diario de azúcar	19,20,21	Ordinal	
	Práctica de uso del agua	22,23,24,	Ordinal	
	Hábitos de alimentación	25,26,27,28,29,30,31	Ordinal	
2. PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA	Deporte aeróbico	32,	Ordinal	
	Deporte anaeróbico	33,	Ordinal	
	Pausa activa	34,35	Ordinal	
3. PRÁCTICA DE DESCANSO	Ejercicio físico	36,37,38,39,40,	Ordinal	
	Indicadores de óptima práctica de ejercicios	41,42	Ordinal	
	Descanso nocturno	43,44,45,47,48,52	Ordinal	
	Descanso diurno	46,51	Ordinal	
	Descanso semanal	49	Ordinal	
4. TEMPERANCIA:	Descanso anual	50	Ordinal	
	Consumo de drogas fuertes	53, 58,59	Ordinal	
	Consumo de drogas blandas	54,56,57,	Ordinal	
	Consumo de Psicofármacos	55,60,61	Ordinal	
5. SALUD MENTAL	Promoción de la salud	84	Ordinal	
	Prevención en salud	62,63	Ordinal	
	Otro producto tóxico	64	Ordinal	
	Estabilidad emocional	69,70,73,76,76,	Ordinal	
	Inteligencia emocional	65,66,68,71,82,	Ordinal	
6. ESPERANZA ESPIRITUAL	Optimismo y Espíritu positivo	67, 72, 85	Ordinal	
	Confianza en Dios	74,75,86	Ordinal	
	Desarrollo espiritual	77,78,79,80,81,83	Ordinal	

Tabla 2. Operacionalización de variables: estado de salud

DIMENSIONES	ITEMS	VALORACIÓN	ESCALA DE PUNTUACIÓN
Capacidad Funcional	P3+p4+p5+p6+p7+P8+p9+p10+p11+p12	dicotómicas y ordinales	
Aspecto Físico	P13+p14+p15+p16	dicotómicas y ordinales	
Dolor	P 21+p22	dicotómicas y ordinales	
Estado General Salud	P1+p33+p34+p35+P36	dicotómicas y ordinales	
Vitalidad	P23+p27+p29+p31	dicotómicas y ordinales	
Aspectos Sociales	P20+p32	dicotómicas y ordinales	
Aspectos Emocionales	P17+p18+p19	dicotómicas y ordinales	
Salud Mental	P24+p25+p26+p28+P30	dicotómicas y ordinales	

Nota. El Ítem 2 no está incluido en la puntuación y transformación de la escala.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para recolectar datos es una encuesta

El cuestionario está dividido en tres dimensiones, cada dimensión tiene indicadores diferentes. La dimensión de percepción afectiva consta de un solo indicador (Emocional) y 3 ítems, la dimensión de percepción de soporte consta de 3 indicadores (Familiar, Social y Económico) y 6 ítems y la dimensión de percepción de cuidado consta de 3 indicadores (Interés Familiar, Apoyo Sanitario y Personal de Apoyo) y 5 ítems. La distribución de estos fue de manera salteada para disminuir la posibilidad de sesgo.

3.6.1. Instrumento

Ficha técnica del instrumento de estilo de vida

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 tomando la decisión de elaborar un instrumento que mide el estilo de forma integral bajo el concepto teórico basado 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). En el presente instrumento se adaptó eliminando la dimensión de otros factores de riesgo por trabajarse más con personas adultas y de delicada salud.

El instrumento original consta de una validación de constructo $\text{sig} = .000 < \alpha (0.05)$ y en cuanto a la medida de Bartlett presenta .722. Por otro lado en su confiabilidad original obtuvo una confiabilidad mayor a 0,80 en una muestra mayor a 250 individuos. Dicho instrumento originalmente tiene 93 reactivos divididos en 07 factores: (1) hábitos de alimentación, (2) practica de actividad física, (3) práctica de descanso, (4) temperancia, (5) salud mental, (6) esperanza espiritual, (7) otros hábitos riesgo. En la adaptación para el presente estudio se eliminó la dimensión (7).

3.6.2. Validación del instrumento

Se procedió a corroborar la validez del instrumento de estilo de vida en este contexto mediante la validez de contenido mediante juicio de expertos y de constructo a través del

KMO obteniendo: Para el cuestionario de estilo de vida una significancia de ,000 determinando la validez del instrumento en un nivel de Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo –KMO de ,902 demostrando que el nivel alto de validez

Tabla 3. Prueba de validez del cuestionario de estilo de vida.

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,902
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	5881,201
Bartlett	gl	630
	Sig.	,000

Confiabilidad del instrumento estilo de vida

Igualmente, se procedió a obtener la confiabilidad del instrumento de estilo de vida en una muestra de 246 mediante el alfa de Crombach obteniendo un coeficiente de ,933 que determina que el instrumento es altamente confiable. Verificando que los ítems son consistentes.

Tabla 4. Confiabilidad del cuestionario de estilo de vida.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	246	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	246	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,933	36

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p87	111,44	287,202	,562	,931
p88	110,68	283,223	,544	,931
p89	111,60	288,910	,594	,931
p90	111,37	289,647	,601	,931
p91	111,19	297,225	,360	,933
p92	111,47	286,699	,710	,930
p93	111,20	294,274	,511	,932
p94	111,24	295,324	,446	,932
p95	111,39	290,957	,569	,931
p96	111,32	290,921	,601	,931
p97	111,13	297,858	,430	,932
p98	111,00	302,820	,173	,933
p99	112,16	295,818	,591	,932
p100	112,19	295,502	,597	,932
p101	112,16	295,856	,610	,932
p102	112,14	297,352	,505	,932
p103	112,20	298,092	,390	,932
p104	112,22	297,029	,437	,932
p105	112,24	297,342	,406	,932
p106	109,73	288,850	,434	,932
p107	109,88	276,015	,589	,931
p108	109,78	285,290	,549	,931
p109	109,65	274,181	,688	,929
p110	109,63	278,725	,629	,930
p111	109,00	282,269	,570	,931
p112	109,62	280,000	,562	,931
p113	109,65	275,696	,685	,929
p114	109,46	280,772	,611	,930
p115	109,91	279,323	,614	,930
p116	109,54	279,588	,605	,930
p117	110,12	281,185	,554	,931
p118	110,14	285,344	,493	,932
p119	110,21	286,434	,458	,932
p120	110,95	285,658	,450	,932
p121	110,62	285,225	,495	,931
p122	110,92	282,072	,540	,931

Ficha técnica del instrumento estado de salud SF -36

El Cuestionario SF – 36 MOS (Medical Outcomes Study 36 – Ítem Short-Form Health Survey) (ANEXO 3), es uno de los instrumentos genéricos de evaluación del Estado de Salud , el cual es multidimensional abordando varias esferas y factores en total: capacidad funcional, aspecto físico, el dolor, el estado de salud general, vitalidad, aspectos sociales, aspectos emocionales y de salud mental, distribuidos en 36 ítems, cada dimensión tiene su propia escala de evaluación, procediendo a la sumatoria total de todas las dimensiones para obtener el nivel de estado de salud a mayor puntaje mejor estado de salud y menor puntaje menor estado de salud. Se considera algunas preguntas en sentido negativo o indirectas (ítems 1, 2, 20,21, 22,23, 26, 27,30,34,36).

En cuanto a los reactivos de cada dimensiones: La Dimensión de Capacidad funcional es evaluada por las cuestiones: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 con preguntas cerradas y categorizadas cada una con tres opciones de respuesta con valor creciente. Dimensión Aspecto físico es evaluado por las cuestiones: 13, 14, 15,16 con preguntas cerradas y dicotómicas. Dimensión Aspectos Emocionales es evaluada por las preguntas: 17, 18 y 19 siendo esas cerradas y dicotómicas. Dimensión Estado general es evaluado por: Las preguntas 1 es una pregunta cerrada, categorizadas con valores especiales para cada opción y también por las preguntas: 33, 34, 35 y 36 todas cerradas y categorizadas. Dimensión de Aspectos Sociales es evaluada por la pregunta 20, 32 siendo esa cerrada con opciones categorizadas, la pregunta 36 tiene los mismos valores que la cuestión 34. La dimensión de Dolor: es evaluada por las preguntas 21 y

22 son preguntas cerradas y categorizadas, pero el resultado de la cuestión 22 es especial y depende del resultado de la 21.

Dimensión Vitalidad es evaluada por las preguntas: 23, 27, 29, 31 todas cerradas y categorizadas, las preguntas: 23, 26, 27 y 30 tienen valores decrecientes del menor para el mayor con un rango de 6 hasta 1 punto y las preguntas 24, 25, 28, 29 y 31 su valor es creciente. Dimensión de Salud Mental es evaluada por las preguntas: 24, 25, 26, 28 y 30 siendo esas cerradas y categorizadas.

En la evaluación del ítem 2 – reporte de vida transitiva o “reported health transition item”, el Manual original del autor de la encuesta SF 36 MOS recomendó que el ítem 2 sea considerado ordinal y sea analizado el porcentual de personas que responderán la categoría de respuesta, siendo este ítem el único que no está incluido en las evaluaciones de las dimensiones.

Para obtener la escala de puntuación se procede a mecanismo estadístico mediante una fórmula: las sumatorias de cada dimensión o la sumatoria de todas las dimensiones para sacar el valor total del estado de salud se procede a una transformación por de una fórmula:

Transformación Dimensiones:

$$\text{Puntuación actual} - \text{Menor posibilidad Puntuación} = \frac{\text{Total} \times 100}{\text{Número de Posibles Puntuación}}$$

Validación del instrumento estado de salud SF -36

Se procedió a corroborar la validez del instrumento de estado de salud en este contexto mediante la validez de contenido mediante juicio de expertos y de constructo

a través del KMO obteniendo: Para el cuestionario de estado de salud una significancia de ,000 determinando la validez del instrumento en un nivel de Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo –KMO de ,749 demostrando que el nivel alto de validez.

Tabla 4. *Prueba de validez del cuestionario de estado de salud SF -36.*

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,749
Prueba de esfericidad de	Aprox. Chi-cuadrado	10268,660
Bartlett	gl	3655
	Sig.	,000

Confiabilidad del instrumento estado de salud SF -36

Igualmente, se procedió a obtener la confiabilidad del instrumento en una muestra de 246 mediante el alfa de crombach obteniendo un coeficiente de ,889 que determina que el instrumento es altamente confiable. Verificando que los ítems son consistentes.

Tabla 5. *Confiabilidad del cuestionario de estado de salud SF -36.*

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	246	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	246	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,889	86

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
p1	272,29	1285,839	,336	,887
p2	272,93	1290,329	,295	,887
p3	272,34	1283,294	,351	,887
p4	272,53	1306,862	,132	,889
p5	271,69	1272,134	,514	,885
p6	272,18	1280,164	,454	,886
p7	271,94	1314,887	,035	,889
p8	272,74	1294,085	,303	,887
p9	271,15	1284,585	,383	,887
p10	271,15	1267,350	,520	,885
p11	271,13	1286,802	,330	,887
p12	272,94	1302,686	,212	,888
p13	270,86	1282,732	,384	,887
p14	270,57	1303,161	,242	,888
p15	270,92	1280,206	,391	,886
p16	271,32	1270,358	,372	,886
p17	270,74	1295,114	,303	,887
p18	270,28	1311,070	,088	,889
p19	271,17	1290,167	,344	,887
p20	271,43	1289,316	,230	,888
p21	271,46	1269,547	,395	,886
p22	270,95	1283,511	,353	,887
p23	268,91	1318,506	,007	,889
p24	273,27	1306,687	,171	,888
p25	271,88	1302,859	,237	,888
p26	271,83	1311,587	,098	,889
p27	271,29	1306,712	,191	,888
p28	270,87	1314,819	,093	,889
p29	271,37	1325,433	-,102	,890
p30	271,92	1296,749	,312	,887
p31	272,65	1285,127	,425	,886
p32	273,09	1300,959	,275	,888
p33	270,05	1314,740	,053	,889
p34	271,84	1280,599	,284	,888
p35	272,56	1276,043	,348	,887
p36	272,51	1282,259	,347	,887
p37	272,92	1287,773	,325	,887

p38	272,78	1287,811	,311	,887
p39	272,94	1295,793	,241	,888
p40	273,07	1294,786	,272	,888
p41	272,54	1284,168	,300	,887
p42	273,54	1310,151	,192	,888
p43	272,15	1291,535	,237	,888
p44	271,29	1296,959	,181	,889
p45	271,26	1295,042	,210	,888
p46	271,26	1322,406	-,048	,891
p47	272,30	1276,797	,328	,887
p48	271,95	1277,965	,332	,887
p49	272,26	1287,399	,278	,887
p50	272,78	1317,105	-,003	,891
p51	273,08	1292,442	,391	,887
p52	271,47	1314,862	,002	,892
p53	268,88	1303,631	,218	,888
p54	269,13	1298,307	,218	,888
p55	269,68	1296,162	,159	,889
p56	269,89	1262,126	,424	,886
p57	269,77	1265,932	,435	,886
p58	269,46	1283,016	,316	,887
p59	269,29	1290,696	,258	,888
p60	270,34	1276,960	,245	,888
p61	270,23	1289,442	,238	,888
p62	272,00	1333,327	-,131	,893
p63	272,03	1276,138	,306	,887
p64	270,02	1314,289	-,005	,893
p65	271,36	1291,497	,286	,887
p66	271,07	1295,803	,304	,887
p67	271,18	1292,874	,301	,887
p68	271,09	1295,522	,270	,888
p69	272,69	1326,174	-,126	,890
p70	271,23	1288,944	,356	,887
p71	271,39	1308,076	,113	,889
p72	270,86	1287,483	,411	,887
p73	271,21	1304,306	,175	,888
p74	270,81	1307,891	,152	,888
p75	270,57	1271,282	,494	,886
p76	270,59	1289,941	,365	,887
p77	271,13	1254,963	,524	,885

p78	271,88	1251,552	,558	,884
p79	271,62	1246,310	,625	,884
p80	271,70	1252,897	,586	,884
p81	271,99	1250,584	,625	,884
p82	271,67	1275,415	,423	,886
p83	272,06	1263,393	,529	,885
p84	271,79	1282,878	,366	,887
p85	270,86	1295,110	,233	,888
p86	272,26	1267,024	,518	,885

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas

4.1. Resultados

En la tabla 7 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son del sexo femenino 54,9% y un 45,1% del género masculino.

Tabla 7.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	111	45,1	45,1	45,1
Femenino	135	54,9	54,9	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 8 se observa que un 30,5% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son adultos; unos 20,3% adultos maduros y jóvenes y tan sólo 10,6% son adulto mayores.

Tabla 8. *Edad de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	1	,4	,4	,4
joven(18-24años)	50	20,3	20,3	20,7
joven adulto(25-34años)	41	16,7	16,7	37,4
Adulto (35-50años)	75	30,5	30,5	67,9
Adulto maduro(50-65años)	50	20,3	20,3	88,2
Adulto mayor(66-79años)	26	10,6	10,6	98,8
Anciano(80 a más)	3	1,2	1,2	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 9 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son casados 49,2% en contraste 32,9% solteros y 6,5% de convivientes.

Tabla 9. *Estado civil de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	6	2,4	2,4	2,4
Soltero (a)	81	32,9	32,9	35,4
Casado (a)	121	49,2	49,2	84,6
Viudo (a)	13	5,3	5,3	89,8
Divorciado (a)	9	3,7	3,7	93,5
Conviviente	16	6,5	6,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 10 se observa que un 35% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son madres y un 28% son padres un 22,4% tienen la condición de hijo y un 6,1% vive solo.

Tabla 10. *Posición que ocupa en la familia: los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	9	3,7	3,7	3,7
Padre	69	28,0	28,0	31,7
Madre	86	35,0	35,0	66,7
Hijo/a	55	22,4	22,4	89,0
Primo/a	3	1,2	1,2	90,2
Sobrino/a	2	,8	,8	91,1
Tío/a	2	,8	,8	91,9
Abuelo/a	3	1,2	1,2	93,1
Vivo solo	15	6,1	6,1	99,2
Otra posición	2	,8	,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 11 se observa que una relevante proporción de encuestados 43,5% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son universitario; un 27,6% tienen secundaria y un 8,5% tienen estudios de posgrado.

Tabla 11. *Grado de instrucción de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	34	13,8	13,8	13,8
Sin estudios	2	,8	,8	14,6
Primaria	14	5,7	5,7	20,3
Secundario	68	27,6	27,6	48,0
Universitario	107	43,5	43,5	91,5
Posgrado	21	8,5	8,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 12 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis el 82,9% son de provincia y un 5,7% de Lima; un 3,7% extranjeros.

Tabla 12. *Lugar de procedencia de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	17	6,9	6,9	6,9
Lima	14	5,7	5,7	12,6
Callao	2	,8	,8	13,4
Provincia	204	82,9	82,9	96,3
Extranjero	9	3,7	3,7	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 13 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis el 71,1% son de la selva y un 10,2% son de la sierra y un 13,8% de la costa.

Tabla 13. *Región de procedencia de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	3	1,2	1,2	1,2
Costa	34	13,8	13,8	15,0
Sierra	25	10,2	10,2	25,2
Selva	175	71,1	71,1	96,3
Extranjero	9	3,7	3,7	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 14 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis el 56,9% son adventista, un 28,5% son católicos y el 4,1% evangélicos.

Tabla 14. *Religión de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	5	2,0	2,0	2,0
Católica	70	28,5	28,5	30,5
Adventista	140	56,9	56,9	87,4
Evangélica	10	4,1	4,1	91,5
Pentecostal	2	,8	,8	92,3
Otro	19	7,7	7,7	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 15 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis el 28,5% son contratados, el 20,7% son estables y un 27,6% son independientes y un 5,3% son misioneros.

Tabla 15. *Condición laboral de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	17	6,9	6,9	6,9
menos de S/850	53	21,5	21,5	28,5
S/900 – S/1500	83	33,7	33,7	62,2
S/1600 – S/3000	67	27,2	27,2	89,4
más de S/3000	26	10,6	10,6	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 17 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis consideran su salud personal el 52,4% como regular; 10,6% mala salud y un 34,1% buena salud.

Tabla 17. *Consideración personal de la salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala	26	10,6	10,6	10,6
Regular	129	52,4	52,4	63,0
Buena	84	34,1	34,1	97,2
Excelente	7	2,8	2,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 18 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen como lugar de consumo de sus alimentos la mayoría el 78,5% en su casa el 11,8% en restaurants y un 7,3% en casa.

Tabla 18. *Lugar de consumo de alimentos de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	1	,4	,4	,4
En ambulantes o kioskos	1	,4	,4	,8
En restaurant	29	11,8	11,8	12,6
En un comedor público	4	1,6	1,6	14,2
En pensión	18	7,3	7,3	21,5
En casa	193	78,5	78,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 19 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis expresan tener una relación con Dios en niveles buenos el 48% a diferencia del 38,2 que refiere tener una relación regular; y sólo un 9,8% en el nivel excelente.

Tabla 19. *Relación con Dios de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	3	1,2	1,2	1,2
Mala	7	2,8	2,8	4,1
Regular	94	38,2	38,2	42,3
Buena	118	48,0	48,0	90,2
Excelente	24	9,8	9,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 20 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis expresan tener Alimentación Cárnica todo tipo y derivados el 48% a diferencia del 17,9% que refiere tener una Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves; un 6,5% Alimentación lacto ovo vegetariano (leche, huevos y alimentos de origen vegetal).

Tabla 20. *Tipo de alimentos que consume de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alimentación Cárnica todo tipo y derivados	169	68,7	68,7	68,7
Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves.	44	17,9	17,9	86,6
Alimentación Mediterránea que incluye sólo pescado (alimentos de origen vegetal y pescado con escamas	9	3,7	3,7	90,2
Alimentación lacto ovo vegetariano (leche, huevos y alimentos de origen vegetal).	16	6,5	6,5	96,7
Alimentación vegetariana pura (únicamente alimentos de origen vegetal).	8	3,3	3,3	100,0
Total	246	100,0	100,0	

Resultados descriptivos de variables y dimensiones

En la tabla 21 se observa que un 26% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de estilo de vida; un 39,8% en riesgo y 29,7% niveles aceptables y tan sólo un 4,5% mantienen un estilo de vida saludable.

Tabla 6. *Nivel de estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	15	6,1	6,1	6,1
Deficiente	49	19,9	19,9	26,0
En riesgo	98	39,8	39,8	65,9
Aceptable	73	29,7	29,7	95,5
Saludable	11	4,5	4,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 22 se observa en cuanto al estado de salud que el un 11,8% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de estado de salud; un 56,5% en riesgo y un 43,5% niveles óptimos en su estado de salud.

Tabla 7. *Nivel de estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	29	11,8	11,8	11,8
En riesgo	110	44,7	44,7	56,5
Óptimo	107	43,5	43,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 23 se observa que un 20,3% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de hábitos de alimentación ; un 31,3% en riesgo y 33,7% niveles aceptables y tan sólo un 14,6% mantienen hábitos de alimentación saludable.

Tabla 8. *Hábitos de alimentación de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	10	4,1	4,1	4,1
Deficiente	40	16,3	16,3	20,3
En riesgo	77	31,3	31,3	51,6
Aceptable	83	33,7	33,7	85,4
Saludable	36	14,6	14,6	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 24 se observa que un 82,1% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de prácticas de ejercicios físicos; un 13% en riesgo y tan sólo 4,9% niveles aceptables en sus prácticas de ejercicios físicos.

Tabla 9. *Práctica de ejercicio físico de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	121	49,2	49,2	49,2
Deficiente	81	32,9	32,9	82,1
En riesgo	32	13,0	13,0	95,1
Aceptable	11	4,5	4,5	99,6
Saludable	1	,4	,4	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 25 se observa que un 27,6% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de descanso; un 42,7% en riesgo y 23,2% niveles aceptables y tan sólo un 6,5% mantienen un descanso saludable.

Tabla 10. *Descanso de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	12	4,9	4,9	4,9
Deficiente	56	22,8	22,8	27,6
En riesgo	105	42,7	42,7	70,3
Aceptable	57	23,2	23,2	93,5
Saludable	16	6,5	6,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 26 se observa que un 11% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles de temperancia de riesgo hacia niveles deficientes; un 38,2% en niveles aceptables y una resaltante proporción de 50,8% mantienen una temperancia saludable.

Tabla 11. *Práctica de la temperancia de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	4	1,6	1,6	1,6
Deficiente	1	,4	,4	2,0
En riesgo	22	8,9	8,9	11,0
Aceptable	94	38,2	38,2	49,2
Saludable	125	50,8	50,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 27 se observa que un 17,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de salud mental; un 33,3% en riesgo y 35,8% niveles aceptables y tan sólo un 13% mantienen una salud mental.

Tabla 12. *Salud mental en el estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	6	2,4	2,4	2,4
Deficiente	38	15,4	15,4	17,9
En riesgo	82	33,3	33,3	51,2
Aceptable	88	35,8	35,8	87,0
Saludable	32	13,0	13,0	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 28 se observa que un 38,6% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de esperanza espiritual; un 19,9% en riesgo y 21,5% niveles aceptables y un 19,9% mantienen una esperanza espiritual.

Tabla 13. *Esperanza espiritual de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	51	20,7	20,7	20,7
Deficiente	44	17,9	17,9	38,6
En riesgo	49	19,9	19,9	58,5
Aceptable	53	21,5	21,5	80,1
Saludable	49	19,9	19,9	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 29 se observa que el 4,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en su estado general de salud , sin embargo un relevante 69,5% presenta niveles de riesgo y un 30% en niveles óptimos en su estado general de salud.

Tabla 14. *Estado general de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	12	4,9	4,9	4,9
En riesgo	159	64,6	64,6	69,5
Óptimo	75	30,5	30,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 30 se observa que el 4,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes de su capacidad funcional, sin embargo un 14,2 % presenta niveles de riesgo y un 80,9% en niveles óptimos en su capacidad funcional de salud.

Tabla 15. *Capacidad funcional de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	12	4,9	4,9	4,9
En riesgo	35	14,2	14,2	19,1
Óptimo	199	80,9	80,9	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 31 se observa que el 16,7% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en sus aspectos físicos de salud,

por otro lado 10,2 % presenta niveles de riesgo y un 73,2% en niveles óptimos en sus aspectos físicos de salud.

Tabla 16. *Aspectos físicos de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	41	16,7	16,7	16,7
En riesgo	25	10,2	10,2	26,8
Óptimo	180	73,2	73,2	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 32 se observa que tan sólo un 1,2% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en sus aspectos emocionales de salud, por otro lado 20,3 % presenta niveles de riesgo y un 78,5% en niveles óptimos en sus aspectos físicos de salud.

Tabla 17. *Aspectos emocionales de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	3	1,2	1,2	1,2
En riesgo	50	20,3	20,3	21,5
Óptimo	193	78,5	78,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 33 se observa que el 9,3% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en cuanto al dolor, por otro lado

39,4 % presenta niveles de riesgo y un 51,2% en niveles óptimos en de prevención en el dolor.

Tabla 18. *Dolor de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	23	9,3	9,3	9,3
En riesgo	97	39,4	39,4	48,8
Óptimo	126	51,2	51,2	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 34 se observa que el 9,8% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en su vitalidad por otro lado 45,9 % presenta niveles de riesgo y un 44,3% en niveles óptimos en su vitalidad en salud.

Tabla 19. *Vitalidad de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	24	9,8	9,8	9,8
En riesgo	113	45,9	45,9	55,7
Óptimo	109	44,3	44,3	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 35 se observa que el 4,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en su salud mental en el estado de

salud , por otro lado 41,9 % presenta niveles de riesgo y un 53,3% en niveles óptimos en su vitalidad en salud.

Tabla 20. *Salud mental en el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	12	4,9	4,9	4,9
En riesgo	103	41,9	41,9	46,7
Óptimo	131	53,3	53,3	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 36 se observa que el 1,2% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en su aspectos sociales, por otro lado un 30,9 % presenta niveles de riesgo y un 67,9% en niveles óptimos en su aspectos sociales en salud.

Tabla 21. *Aspectos sociales de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	3	1,2	1,2	1,2
En riesgo	76	30,9	30,9	32,1
Óptimo	167	67,9	67,9	100,0
Total	246	100,0	100,0	

Análisis inferencial de las variables

En cuanto a la contratación de hipótesis, se ha considerado el método inductivo, considerando al análisis de las hipótesis específicas para llegar a la confirmación de la hipótesis general.

Contrastación de hipótesis

Prueba de normalidad

H0. Los datos no difieren de una distribución normal.

H1. Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 37 se observa que el estilo de vida presenta un valor $p = .212$ siendo mayor a la constante $p > \alpha 0.05$ con lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna; es decir los datos no difieren de una distribución normal. Por otro lado para los datos de la variable estado de salud se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos de la variable estado de salud, no presentan distribución normal.

Por lo tanto, considerando el comportamiento de los datos nos conlleva a tomar la decisión de hacer de pruebas de correlación no paramétricas como el Rho Spearman y para las comparativas Kruskal Wallis para K grupos.

Tabla 22. Prueba de normalidad de las variables estilo de vida y estado de salud.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estilo_de_Vida	,044	246	,200*	,992	246	,212
Estado_de_Salud	,079	246	,001	,968	246	,000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Hipótesis general

H0: No Existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis, Tarapoto, Perú, 2018.

H1: Existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 38 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,452 con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Lo cual indica que la correlación es casi media y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y

estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, el estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 23. *Correlación del estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

			Estilo_de_Vida	Estado_de_Salud
Rho de Spearman	Estilo_de_Vida	Coefficiente de correlación	1,000	,452**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Estado_de_Salud	Coefficiente de correlación	,452**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Prueba de normalidad 2

H₀: Los datos no difieren de una distribución normal.

H_a: Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 39 se observa que los hábitos alimentarios presenta un valor $p = .425$ siendo mayor a la constante $p > \alpha 0.05$ con lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna; es decir los datos no difieren de una distribución normal.

Por otro lado para los datos de la variable ejercicio físico se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos del ejercicio físico, no presentan distribución normal.

Asimismo, se evidencia que el descanso presenta un valor $p = .109$ siendo mayor a la constante $p > \alpha 0.05$ con lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna; es decir los datos no difieren de una distribución normal.

A diferencia de los datos de la variable temperancia se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos de la temperancia, no presentan distribución normal.

También, en los datos de la variable salud mental se observa un valor $p = .014$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos de la salud mental, no presentan distribución normal

De la misma forma, en los datos de la variable esperanza espiritual se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos de la esperanza espiritual, no presentan distribución normal.

Por lo tanto, considerando el comportamiento de los datos nos conlleva a tomar la decisión de hacer de pruebas de correlación no paramétricas como el Rho Spearman y para las comparativas Kruskal Wallis para K grupos.

Tabla 24. *Prueba de normalidad de las dimensiones de la variable estilo de vida.*

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Hábitos alimentarios	,039	246	,200*	,994	246	,425
Ejercicio físico	,122	246	,000	,903	246	,000
Descanso	,089	246	,000	,991	246	,109
Temperancia	,138	246	,000	,844	246	,000
Salud mental	,060	246	,030	,986	246	,014
Esperanza espiritual	,103	246	,000	,944	246	,000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Prueba de normalidad 3

H₀: Los datos no difieren de una distribución normal.

H_a: Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (*H₀*)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (*H₀*). Y, se acepta *H_a*

En la tabla 40 se observa que los datos de la variable Estado general de Salud se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (*H₀*). Y, se acepta la *H_a*. Es decir los datos de Estado general de Salud, no presentan distribución normal.

Asimismo, los datos de la variable Capacidad funcional se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos de la Capacidad funcional, no presentan distribución normal.

También, en los datos de la variable Aspectos físicos se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos de la salud mental, no presentan distribución normal

De la misma forma, en los datos de la variable Aspectos emocionales se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos de la Aspectos emocionales, no presentan distribución normal.

Igualmente, en los datos de la variable Dolor se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos del Dolor, no presentan distribución normal.

Del mismo modo, en los datos de la variable Vitalidad se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos del Vitalidad, no presentan distribución normal.

En los datos de la variable Salud mental se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos del Salud mental, no presentan distribución normal.

Finalmente, en los datos de la variable Aspectos sociales se observa un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis

Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir los datos del Aspectos sociales, no presentan distribución normal.

Por lo tanto, considerando el comportamiento de los datos nos conlleva a tomar la decisión de hacer de pruebas de correlación no paramétricas como el Rho Spearman y para las comparativas Kruskal Wallis para K grupos.

Tabla 25. Prueba de normalidad de las dimensiones de la variable estado de salud.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estado general de Salud	,091	246	,000	,976	246	,000
Capacidad funcional	,236	246	,000	,750	246	,000
Aspectos físicos	,434	246	,000	,580	246	,000
Aspectos emocionales	,401	246	,000	,640	246	,000
Dolor	,145	246	,000	,928	246	,000
Vitalidad	,088	246	,000	,975	246	,000
Salud mental	,074	246	,002	,964	246	,000
Aspectos sociales	,160	246	,000	,897	246	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Hipótesis específica 1

Ho: No Existe relación directa y significativa entre los hábitos de alimentación y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe relación directa y significativa entre los hábitos de alimentación y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 41 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,389 con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Lo cual indica que la correlación es moderada y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre los hábitos de alimentación y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018

Dicho de otro modo, los hábitos alimentarios de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 26. *Correlación de los hábitos alimentarios y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

		Hábitos alimentarios		Estado_de_Salud
Rho de Spearman	Hábitos alimentarios	Coefficiente de correlación	1,000	,389**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Estado_de_Salud	Coefficiente de correlación	,389**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hipótesis específica 2

Ho: No Existe relación directa y significativa entre la actividad física y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe relación directa y significativa entre la actividad física y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 42 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,411 con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Lo cual indica que la correlación es moderada y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se aceptó la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre la actividad física y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, la práctica de ejercicio físico de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 27. *Correlación del ejercicio físico y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

		Estado_de_Salud	Ejercicio físico
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,411**
		N	,000
Ejercicio físico	Estado_de_Salud	Coefficiente de correlación	246
		Sig. (bilateral)	,411**
		N	,000
Ejercicio físico	Ejercicio físico	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	,

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hipótesis específica 3

Ho: No Existe relación directa y significativa entre el descanso y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe relación directa y significativa entre el descanso y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 43 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,176 con un p valor = ,006 y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Lo cual indica que la correlación es baja y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre el descanso y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, el descanso de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 28. *Correlación del descanso y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

		Estado_de_Salud		Descanso	
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	1,000	,176**	
		Sig. (bilateral)	.	,006	
		N	246	246	
Descanso	Descanso	Coeficiente de correlación	,176**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,006	.	
		N	246	246	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hipótesis específica 4

Ho: No Existe relación directa y significativa entre la temperancia y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe relación directa y significativa entre la temperancia y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 44 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,186 con un p valor = ,003y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Lo cual indica que la correlación es baja y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre la temperancia y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, la temperancia de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 29. *Correlación de la temperancia y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

		Estado_de_Salud	Temperancia
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,186**
		N	,003
Temperancia	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	246
		Sig. (bilateral)	,186**
		N	,003
		N	246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hipótesis específica 5

Ho: No Existe relación directa y significativa entre la salud mental y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe relación directa y significativa entre la salud mental y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 45 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,367 con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Lo cual indica que la correlación es moderada y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre la salud mental y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018

Dicho de otro modo, la salud mental de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 30. *Correlación de la salud mental y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

		Estado_de_Salud	Salud mental
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,367**
		N	,000
Salud mental	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	246
		Sig. (bilateral)	,367**
		N	,000
	Salud mental	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	246

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Hipótesis específica 6

Ho: No Existe relación directa y significativa entre la esperanza espiritual y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe relación directa y significativa entre la esperanza espiritual y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 46 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,295** con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Lo cual indica que la correlación es casi baja y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre la esperanza espiritual y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, la esperanza espiritual de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 31. *Correlación de la esperanza espiritual y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

			Estado_de_Salud	Esperanza espiritual
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coefficiente de correlación	1,000	,295**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
Esperanza espiritual	Esperanza espiritual	Coefficiente de correlación	,295**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la tabla 47 se observa la proporción de los grupos a comparar: 52,0% Participantes adventistas del Centro de Influencia (grupo III); 23,6% Participantes no adventistas del Centro de Influencia(grupo II) y 24,4% Pacientes del Centro Nutrigénesis (grupo I).

Tabla 32. *Participantes adventistas y no adventistas del Centro de Influencia y Pacientes del Consultorio Nutrigénesis.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pacientes del Centro Nutrigénesis	60	24,4	24,4	24,4
Participantes no adventistas del Centro de Influencia	58	23,6	23,6	48,0
Participantes adventistas del Centro de Influencia (grupo III)	128	52,0	52,0	100,0
Total	246	100,0	100,0	

Prueba de normalidad 4

Ho: Los datos no difieren de una distribución normal.

Ha: Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

En la tabla 48 se observa que los datos de los participantes de los grupos del Centro de influencia I, II y pacientes del Consultorio Nutrigénesis presenta un valor $p = .000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$) con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta la H_a . Es decir los datos de la variable estado de salud, no presentan distribución normal.

Por lo tanto, considerando el comportamiento de los datos nos conlleva a tomar la decisión de hacer de pruebas comparativas para datos no paramétricos Kruskal Wallis para K grupos.

Tabla 33. Prueba de normalidad de los datos: participantes del Centro de influencia y pacientes del Consultorio Nutrigénesis.

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Participantes	,328	246	,000	,737	246	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Hipótesis específica 7

Ho: No Existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor $p > 0.05$, se acepta la Hipótesis Nula (H_0)

Si Valor $p < 0.05$, se rechaza la Hipótesis Nula (H_0). Y, se acepta H_a

Haciendo uso del estadístico de prueba Kruskal Wallis para datos no paramétricos (según datos tabla 48) para k muestras independientes (participantes del Centro de influencia y paciente del consultorio Nutrigénesis). En la tabla 49 se observa en los grupos encuestados un valor $p = ,000$ y se cumple que $p < \alpha$ ($p < 0.05$). Lo cual evidencia que existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud en los participantes del Centro de Influencia y paciente del Consultorio Nutrigénesis con esto, se quiere decir que habiendo

evidencias suficientes para aceptar la hipótesis de investigación que existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, tanto en los participantes del Centro de Influencia adventista y no adventistas además de los pacientes del Consultorio Nutrigénesis existe diferencias en su estilo de vivir y en su estado de salud.

Tabla 34. *Diferencias del estilo de vida y estado de salud entre los participantes del Centro de influencia adventista y no adventista; y los pacientes del Consultorio Nutrigénesis.*

Rangos			
Estilo_de_Vida	Participantes Pacientes del Centro Nutrigénesis	N	Rango promedio
		60	71,67
	Participantes no adventistas del Centro de Influencia	58	104,07
	Participantes adventistas del Centro de Influencia	128	156,60
	Total	246	
Estado_de_Salud	Pacientes del Centro Nutrigénesis	N	Rango promedio
		60	82,70
	Participantes no adventistas del Centro de Influencia	58	129,81
	Participantes adventistas del Centro de Influencia	128	139,77
	Total	246	
Estadísticos de prueba^{a,b}			
	Estilo_de_Vida	Estado_de_Salud	
Chi-cuadrado	63,872	26,886	
gl	2	2	
Sig. asintótica	,000	,000	

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Participantes

4.2. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación del estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. Hallándose que existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. Dicho de otro modo, el estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Se puede observar en los resultados en cuanto al estilo de vida que el 26% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de estilo de vida; un 39,8% en riesgo y 29,7% niveles aceptables y tan sólo un 4,5% mantienen un estilo de vida saludable. En contraste al estado de salud que el un 11,8% de participantes tienen niveles deficientes a críticos de estado de salud; un 56,5% en riesgo y un 43,5% niveles óptimos en su estado de salud.

Dichos resultados nos demuestran que los participantes de estudio tienen estilo de vida en riesgo y deficientes y ese aspecto contrasta con similares resultados con su estado de salud. En similares estudios se hallaron que las personas presentan también estado de salud deprimente como lo expresado por Castaño & Cardona (2014) quien refirió que más de la mitad de los adultos mayores perciben tener un buen estado de salud, pero de los de la tercera edad tienen enfermedades primarias y no tienen accesible la atención médica y un aspecto que contrasta también con los resultados del presente estudio referido por Sáenz, Gonzales y Díaz (2012) quien concluye que las costumbres alimenticias están influidos por factores sociocultural y tiene una repercusión en la salud.

Asimismo, en un análisis más minucioso del estilo de vida se observa que un 20,3% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de hábitos de alimentación; un 31,3% en riesgo y 33,7% niveles aceptables y tan sólo un 14,6% mantienen hábitos de alimentación saludable. De la misma manera en cuanto a la práctica de ejercicio físico se observa que un 82,1% de encuestados tienen niveles deficientes a críticos de prácticas de ejercicios físicos; un 13% en riesgo y tan

sólo 4,9% niveles aceptables en sus prácticas de ejercicios físicos. Igualmente, se observa que un 27,6% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de descanso; un 42,7% en riesgo y 23,2% niveles aceptables y tan sólo un 6,5% mantienen un descanso saludable.

En contraste con los datos que evidencia la temperancia un 11% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles de temperancia de riesgo hacia niveles deficientes; un 38,2% en niveles aceptables y una resaltante proporción de 50,8% mantienen una temperancia saludable. A diferencia de la salud mental que se observa un 17,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de salud mental; un 33,3% en riesgo y 35,8% niveles aceptables y tan sólo un 13% mantienen una salud mental. A diferencia de un 38,6% de que tienen niveles deficientes a críticos en cuanto a la esperanza espiritual; un 19,9% en riesgo y 21,5% niveles aceptables y un 19,9% mantienen una esperanza espiritual

Dichas variables implican el estado de salud de manera directa y significativa como se evidencia en las correlaciones estudiadas en donde se observa correlaciones directas y significativas entre el estilo de vida y estado de salud en sus diferentes dimensiones como hábitos alimentarios, ejercicio físico, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual que se relacionan de manera directa con el estado de salud de los participantes del centro de influencia y pacientes del consultorio Nutrigénesis.

Dichos resultados no son ajenos a otros estudios como lo realizado por Torres K. (2017) desconocen cómo implementar en su vida comportamientos saludables y concluye que no tienen un estilo de vida no saludable por falta de interés para auto educarse. Igualmente, Acuña y Cortes (2013) refiere que más de la mitad presenta estilos de vida saludables y pertenecían al programa de estilos de vida saludables el 37% obtuvieron estilos de vida no saludable no asistían a programas de salud, y tan solo un 3% toma interés en incorporarse al programa de salud.

Cabe resaltar que existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. Dicho de otro modo, tanto en los participantes

del Centro de Influencia adventista y no adventistas además de los pacientes del Consultorio Nutrigénesis existe diferencias en su estilo de vivir y en su estado de salud.

Se puede concluir el presente estudio refiriendo un dato relevante: 69,5% presenta niveles de riesgo y un 30% en niveles óptimos en su estado general de salud. Considerando que la población estudiada la mayoría pregona un mensaje Pro Salud sin embargo se visualiza deficiencias aspectos que conllevaría a revisar las estrategias de abordaje tanto para sus miembros que trabajan a favor de la promoción de la salud a través de sus centros de influencia.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Primera. Se observa que un 26% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de estilo de vida; un 39,8% en riesgo y 29,7% niveles aceptables y tan sólo un 4,5% mantienen un estilo de vida saludable.
- Segunda. Se observa en cuanto al estado de salud que el un 11,8% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de estado de salud; un 56,5% en riesgo y un 43,5% niveles óptimos en su estado de salud.
- Tercera. Existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. Con un coeficiente de correlación ,452 con un p valor = ,000. Dicho de otro modo, el estilo de vida de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.
- Cuarta. Existe relación directa y significativa entre los hábitos de alimentación y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio

médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. Con un coeficiente de correlación ,389 con un p valor = ,000. Dicho de otro modo, los hábitos alimentarios de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Quinta. Existe relación directa y significativa entre la actividad física y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. En un coeficiente de correlación ,411 con un p valor = ,000. Dicho de otro modo, la práctica de ejercicio físico de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Sexta. Existe relación directa y significativa entre el descanso y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. En un coeficiente de correlación ,176 con un p valor = ,006. Dicho de otro modo, el descanso de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Séptima. Existe relación directa y significativa entre la temperancia y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. En un coeficiente de correlación ,186 con un p valor = ,003. Dicho de otro modo, la temperancia de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Octava. Existe relación directa y significativa entre la salud mental y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico

Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. En un coeficiente de correlación ,367 con un p valor = ,000. Dicho de otro modo, la salud mental de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Novena. Existe relación directa y significativa entre la esperanza espiritual y el estado de salud de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018. En un coeficiente de correlación ,295** con un p valor = ,000. Dicho de otro modo, la esperanza espiritual de los participantes de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Décima. Existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud en los participantes del Centro de Influencia y paciente del Consultorio Nutrigénesis se observa en los grupos encuestados un valor p = ,000. Esto quiero decir que habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis de investigación que existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un “Centro de influencia” y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, tanto en los participantes del Centro de Influencia adventista y no adventistas además de los pacientes del Consultorio Nutrigénesis existe diferencias en su estilo de vivir y en su estado de salud.

Recomendaciones

1. Observando los resultados de esta investigación se sugiere realizar otras investigaciones con un diseño mixto en esta población a fin de indagar a nivel explicativo y cualitativo que corrobore y profundice a nivel de causalidad los motivos de tener un deficiente y riesgo estilo de vida como de estado de salud; aspectos que conllevará a ejecutar algún programa preventivo y de intervención con urgencia en el marco de la salud pública.
2. A partir de los presentes resultados, se recomienda en posteriores investigaciones aumentar la muestra y el diseño de muestreo aleatorio probabilístico a fin de focalizar y precisar mejores relaciones y diferencias además de poder corroborar los resultados en las poblaciones encuestadas.
3. Así mismo, se sugiere que los datos y resultados de la presente investigación sean considerados por los administradores de la Institución eclesiástica y consultorio Nutrigénesis a fin de proponer lineamientos, normas y políticas preventivas e intervención fin de contrarrestar los índices de riesgo en el estilo de vida y estado de salud tanto de los participantes del centro de influencia y pacientes del consultorio.
4. Igualmente, tomando en cuenta los datos de este estudio, se recomienda a los miembros del centro de influencia y la iglesia y pacientes tomar en cuenta los resultados, para reconfigurar su comportamiento de estilo de vida y evitar poner en riesgo su estado de salud.
5. Los datos sugieren cambios vertiginosos en la institución adventista eclesiástica en las estrategias de implementación del centro de influencia y repotenciar sus programas que

mejoren el estilo de vida y estado de salud de sus miembros que trabajan en la promoción del mensaje pro salud; igualmente a los pacientes del consultorio.

6. Por otro lado, se recomienda llevar a cabo un programa sostenible de mejoramiento del estilo de vida y estado de salud por las instituciones de gobiernos locales u organizaciones que trabajan a favor de la salud de la población.
7. Igualmente, 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 un mejor estilo de vida y estrategias de cuidado de salud.

Referencias

- Ramos, B.G. (2017) . *Estilos de vida y su influencia sobre el estado nutricional en escolares adolescentes de la institución educativa técnico industrial san miguel Achaya 2017*. (Tesis Licenciada En Nutrición Humana)- Universidad Nacional “Del Altiplano”- Facultad De Ciencias De La Salud. .Escuela de posgrado. Perú.
- Castillo, Y. E. (2016). *Estilos de vida y factores biosocioculturales en adultos. Sector 8, Bellamar - nuevo Chimbote 2014*. (Tesis Licenciada en enfermería). Universidad Católica los Ángeles Chimbote- Facultad de ciencias de la salud. Escuela profesional de enfermería.
- Landa, N. M. (2016). *Estilos de vida del profesional de enfermería del servicio de emergencia Hospital Regional de Huacho 2016*. (Tesis especialista en enfermería en emergencias y desastres)- Universidad Nacional Mayor de San Marcos -Facultad De Medicina - Escuela de Posgrado. Perú.
- Gallegos M. E. (2017). *Las plantas medicinales: usos y efectos en el estado de salud de la población rural de Babahoyo Ecuador 2015*. (Tesis Doctor en Ciencias de la Salud) - Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad De Medicina - Escuela de Posgrado. Perú.
- García M. A. (2014). Estilo de vida y salud reproductiva. *Revista Vox Juris*, 28(2), 125-145. Perú.
- Flores N. N. (2018). *Estilos de vida Y factores biosocioculturales de los Adultos del Asentamiento Humano Estrella del Nuevo Amanecer, La Joya Arequipa, 2018*. (Tesis Licenciada en enfermería) - Universidad Católica Los Ángeles Chimbote Facultad - De Ciencias De La Salud- Escuela Profesional de Enfermería. Perú.

- Valencia P. A. (2014). *Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca en el 2013*. (Tesis Médico Cirujano Dentista)- Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad De Medicina - Escuela de Posgrado. Perú.
- Yataco, K. I. (2017). *Estado de salud periodontal durante el tratamiento ortodóntico con aparatología fija*. (Tesis Médico Cirujano Dentista) - Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad de Odontología - Escuela de Posgrado. Perú.
- Castaño D. M. & Cardona, D. (2014) Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revista de la Salud Pública de Colombia*,17 (2),171-183.
- Jara, V. & Riquelme, N. (2018). Estilo De Vida Promotor de Salud y Factores de Riesgo en Estudiantes Universitarios. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería de Chile*, 8(2), 7,12.
- Bustamante S. (2014) Promoción de hábitos saludables para la prevención de la obesidad infantil. (Tesis Doctoral)-Universidad de Salamanca. Facultad De Educación. Departamento de didáctica, organización y métodos de investigación. España.
- Álvarez A. (2015). Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *La revista Enfermería Universitaria de México*.2 (4) ,182-187.
- Bastias E. M. & Stiepovich J. (2014) Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *La revista ciencia y enfermería de Chile*.XX (2),93-101.
- Álvarez M.A., Hernández M. R., Jiménez M. & Durán A. (2014) Estilo de vida y presencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios. Diferencias por sexo. *La Revista de Psicología de México*, 32 (1), ISSN 0254-9247.

- Bennassar M. (2014). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. (Tesis Doctoral)- Universitat de les Illes Balears. Facultad de Medicina. Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias. España.
- Arbós T. (2017). Actividad física y salud en estudiantes universitarios desde una perspectiva salutogénica. (Tesis Doctoral) Universitat de les Illes Balears. . Facultad de Medicina. Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias. España.
- Tello K. *Estilos de vida y calidad de vida*. [Artículo en internet]. México. [Citado 2010 Agosto10]. Disponible desde el URL:
<http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida>.
- Torres, K. (2014). Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto joven. In *crecendo*. [serie en Internet]. [citado 14 Mar 2016]. 01(01), 21- 29. Disponible en: URL.<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendosalud/article/view/261/15>
- Palomares, L.(2014). *Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud*. (Tesis de magister en gestión y docencia en alimentación y nutrición).Universidad Peruana de ciencias aplicadas escuela de posgrado.
- Reséndiz E., Aguilera, P., y Rocher, M.(2010). Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México. *Aquichan*. 10(3), 244-252, 2010. Colombia: D - Universidad de La Sabana.
- Acuña, Y. y Cortes, R. (2012).*Promoción de estilos de vida saludables área de salud de esperanza*. Instituto centroamericano de administración pública. San José. Costa Rica.
- Del Rio, R. (2015). Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con

tratamiento de hemodiálisis en un hospital nacional. (Tesis para optar licenciado en enfermería). Lima.

Justo-Chipana, M., Moraes, R., & others. (2015b). Plantas medicinales comercializadas por las chifleras de La Paz y El Alto (Bolivia). *Ecología en Bolivia*, 50(2), 66–90.

Pascual Casamayor, D., Pérez Campos, Y. E., Morales Guerrero, I., Castellanos Coloma, I., & González Heredia, E. (2014). Algunas consideraciones sobre el surgimiento y la evolución de la medicina natural y tradicional. *Medisan*, 18(10), 1467–1474.

Moreno. R. H. Murillo(2004). El cáncer: o que es el cáncer? ministerio de la prevención social (mps). Colombia.

OMS.NET. EUA, 2014. Citado en 16 de octubre. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/es/>.

Instituto Nacional del Cáncer de los estados unido incea.net. eua (2016) , actualizado en febrero de 2016. Citado en 16 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>

AEO.NET unión europea (2013), actualizado enero de 2016, citado en 16 de octubre de 2016, disponible en: <http://www.agenciasinc.es/noticias/la-incidencia-mundial-de-cancer-aumentara-un-75-en-2030-segun-la-oms>.

Instituto Nacional del Cáncer inca.net. Brasil, estimativa (2016). *Incidencia del cáncer en Brasil. Actualizado* en mayo de 2015, citado en 17 de octubre de 2016. Disponible en: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>.

Bray, F.; Jemal, A.; Grey, N.; Ferlay, J.; Forman, D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study". *The Lancet*

PNUD (2008). Sistema de las Naciones Unidas en el Perú, 72% de los jóvenes opina que el Perú puede mejorar con su esfuerzo. Lima: PNUD; 2008 [acceso: 11 de mayo de 2009]. Disponible en:

<http://www.onu.org.pe/publico/centroprensa/DetalleNoticia.aspx?id=1576>

Instituto Nacional de Estadística e Informática, Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda – Perfil sociodemográfico del Perú. Lima: INEI; 2008 [acceso: 09 de julio de 2009]. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>

El Comercio, Estilo de vida de la juventud peruana. Lima: Gilda Castro y Rafael Cabrera – CEDRO; 2007 [acceso: 13 mayo de 2009]. Disponible en: <http://blogs.elcomercio.com.pe/corresponsalesescolares/2007/06/estilo-de-vida-de-la-juventud.html>

OPS – oficina regional de la Organización Mundial de Salud. Actividad física regular para una salud mejor. Hoja Informativa N° 1; 2002 [acceso: 30 abril de 2009]. Disponible en: - 92 - http://www.ops.org.bo/dias_mundiales/2002/diasmundiales/whd/mateducativo/hoja1.pdf

Alvares, R. (2001). *Temas de Medicina general integral*. Cuba: Ciencias Médicas, 40 – 41, 61- 64.

OMS (2014). ENT Perfiles de países. Recuperado de (http://www.who.int/nmh/countries/gbr_es.pdf?ua=1)

Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, (2009). Evaluación del Estilo de Vida.

Colombia: FLORES, Luís y HERNÁNDEZ, Lidia. 1998. [acceso: 19 de julio de 2009]. Disponible en: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm

PINN (2003). “Sex and gender factors in Medical Studies: Implications for health and Clinical

Practice”. *JAMA*, 289 (04), 397 – 400 [acceso: 20 de julio de 2009]. Disponible en: <http://orwh.od.nih.gov/pubs/sexgenderfactormedical.pdf>

Córdoba, D., Carmona, M., Terán, OE, Márquez, O. (2013). Life style and nutritional status in

university students: a descriptive, cross-sectional study. *Medwave* 2013; 13(11):e5864 doi: 10.5867/medwave.2013.11.5864.

Orellana ,K. y Urrutia, L.(2013). *Evaluación del estado nutricional, nivel de actividad física y*

conducta sedentaria en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. (Tesis para optar Título Profesional). Facultad de Ciencias de la Salud UPC. Lima-Perú.

Cárdenas, S. (2012). Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la

comisaría Alfonso Ugarte, Lima. (Tesis para optar Título Profesional). Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Hurtado, L. y Morales, C. (2012). Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos

del hospital regional de Sonsonate. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador. (Tesis de Posgrado). San Salvador-El Salvador.

Lumbreras, I., Guadalupe, M. y Medina, M. (2004). *Estilos de vida y riesgos para la salud en*

estudiantes universitarios. México, 8-10 .

Gonzales, R. ,Calzadilla, L. y Amador, J.(2004). “Calidad y Estilo de Vida en estudiantes de Medicina y Enfermería”. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana; Cuba [acceso: 02 de junio de 2010]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hph/hph_1_04/hph06104.htm

Irazusta, A., Ruíz, F. y Gil, S.(2010). “Hábitos de vida de los estudiantes de Enfermería” [acceso: 12 de junio de 2010]. Disponible en: <http://hedatuz.euskomedia.org/3806/1/27099107.pdf>

Cid, P., Merino, J. y Ctiepovich, J. (2006).*Factores biológicos y Psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud*. Chile, 1496 – 1498.

Lemp, M. y Behn, V.(2006). Utilización del tiempo libre de estudiantes del área de salud de la Institución Educacional Santo Tomas, Talca. México, 59 – 61.

Páez, M.y Castaño, J. (2010). “Estilos de vida y salud en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales”. Archivos de Medicina. 9 (2), Colombia. [acceso: 28 de abril de 2010] Disponible en: [http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/archivos_9\(2\)/8.%20estilos%20de%20vida%20est%20medici.pdf](http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/archivos_9(2)/8.%20estilos%20de%20vida%20est%20medici.pdf)

MINSA OPS.(2007). La Educación como determinante social de la salud en el Perú. Perú: Cartolan E.I.R.L.

OMS. (1998). Promoción de la salud: glosario. Ginebra: Gil, Enrique [acceso: 05 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Kozier, B.(1999). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica. (5ta edición). México: McGraw – Hill Interamericana.

Lalonde, M. A. (2009). New perspective on the health of Canadians: a working document. Canadá. 1981. p.31 [acceso: 12 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hccsss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

Reyes, S.(2008). “Factores que intervienen a llevar estilos de vida saludables en el personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres en el hospital san Benito, Petén” Guatemala, p. 17 – 20.

MINSA. 1er Encuentro Nacional de Promoción de la Salud. Perú. 2005. P.33

Lip, C. y Fernández, R.(2005). Determinantes Sociales de la salud en Perú; MINSA – Universidad Norbert Wiener – OPS. Perú. p.56

López, P.(2011). Actividad física para la salud. Universidad de Murcia. España [acceso: 19 de febrero del 2011]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10201/5151>

Walker, N., Sechrist, K. y Pender, N.(1995). Estilos de vida II. UNMC.

O’connell, S. y Bare, B. (2005). Enfermería Médicoquirúrgica. (10ª edición). México: McGraw – Hill Interamericana Editores. p. 60 – 61

Jenkins, D. (2005). Mejoremos la salud a todas las edades. OPS – PCT. México. P. 100

Lopez, J., Gonzales, M. y Rodríguez, M.(2009). Actividad física en estudiantes universitarios: prevalencias, características y tendencia. *En Medigrafic Artemisa*.22, (03) , Año 2006 [acceso: 19 de julio de 2009]. Disponible en: [http://new.medigrafic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=83&IDARTICULO=14423&IDPUBLICACION=1480&NOMBRE=Medicina%20Interna%20de%20MC%20B\)xico](http://new.medigrafic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=83&IDARTICULO=14423&IDPUBLICACION=1480&NOMBRE=Medicina%20Interna%20de%20MC%20B)xico)

Alva, M.(2005). Promocionando la salud, entre el discurso y la práctica.. Perú: Editorial Renjior. p. 54 – 57.

Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, Promoción de los estilos de vida saludables. Colombia: BECOÑA, Elisardo; VÁZQUEZ, Fernando y OBLITAS, Luis. Bogotá, 2004. [acceso: 19 de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>

ANEXOS

Anexo 01 Instrumento de estilo de vida

Cuestionario de Hábitos de Estilo de Vida

- I. INTRODUCCION:** El presente cuestionario pretende evaluar su estilo de vida con la finalidad de tener un diagnóstico que puede ser medido de forma progresiva en el desarrollo del programa de Salud que participará que será de mucho beneficio para usted y su familia.

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 para llevar a cabo este proceso de investigación. 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 y esperanza espiritual. 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: ₁ _____

(3) **Estado Civil:** Soltera (o) ()₁ Casada (o) ()₂ Viuda (o) ()₃ Divorciada (o) ()₄
Conviviente ()₅

(4) Posición que usted ocupa en su familia con quien vive:

Padre ()₁

Madre ()₂

Hijo/a ()₃

Primo/a ()₄

Sobrino/a ()₅

Tío/a ()₆

Abuelo/a ()₇

Vivo solo ()₈

otra

posición.....

(5) Grado de instrucción: Sin estudios ()₁ Primaria()₂ Secundaria ()₃ Universitario ()₄
Posgrado ()₅

(6) Profesión u Oficio _____

(7) Actualmente se desempeña como _____

(8) Condición Laboral: contratado ()₁ estable ()₂ Independiente ()₃ Misionero ()₄
otro()₅ _

(9) **Lugar de Procedencia:** Lima ()₁ Callao ()₂ Provincia ()₃ extranjero ()₄

(10) **Región de Procedencia:** Costa ()₁ Sierra ()₂ Selva ()₃ extranjero ()₄

(11) **Religión:** Católica ()₁ Adventista ()₂ Evangélica ()₃ Pentecostal ()₄
Otro.....Ningunas.....

(12) Ingreso mensual: **menos de S/850** ()₁ S/900 – S/1500 ()₂ S/1600 – S/3000 ()₃
más de S/3000 ()₄

(13) ¿Cómo considera usted su salud actualmente?

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

(14) ¿En que lugar frecuentemente consume usted sus alimentos

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

(15) ¿Cómo considera usted su relación con Dios actualmente?

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

(16) 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, cañigua, centeno, quinua, kiwicha u otros					
(2) Pan integral, arroz integral, otros integrales					
(3) Pan blanco, arroz blanco, fideos, otros					
(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					
(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)					
(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,					
(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					

(17)	Come frituras, Chifles, Canchita Popcorn (Palomita de maíz), Chetoos, Chisitos,					
(18)	Come Nuggets, Hamburguesas, Pizza, u otra					

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

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	3 a 4 veces por	5-6 veces por semana	Todos los días
(32)	¿Práctica algún tipo de deporte como: fútbol, vóley, ciclismo,					
(33)	Asisto al GYM (Gimnasio) a practicar ejercicios con "maquinas" y levantar pesas u					
(34)	¿Su trabajo cotidiano requiere movimiento corporal					
(35)	Realiza pausa activa al menos de 15 min. Dos veces al día en					
(36)	¿Realiza ejercicio físico aeróbico? Como caminar,					
(37)	¿Realiza al menos 30 minutos de ejercicio al día?					
(38)	Realiza ejercicios de aflojamiento mínimo entre 3 a 5 minutos antes de realizar					
(39)	Realiza un calentamiento mínimo de 10 minutos antes de					
(40)	Realiza ejercicios respiratorios mínimo de 5 minutos antes de					
(41)	Al terminar la sesión de ejercicios físico observo sudoración en mi cara, cuello,					
(42)	Se ha tomado el pulso en la arteria carótida evaluando su pulso entre 120					

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					
(45)	¿Duerme Ud. al menos 7 horas					
(46)	¿Tiene Ud. momentos de descanso durante el día al					
(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 una 1hr diaria?					
(52)	¿Le cuesta trabajo quedarse					

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

		1a2 Veces cada	1a2 Veces cada	1a2 Veces trimestralmente	1a2 Veces al año	Alguna vez lo realice	Nunca lo realice
(53)	¿Consume drogas psicoactivas: Marihuana.						
(54)	¿Consume tabaco o cigarrillos?						
(55)	¿Consume psicofármac						
(56)	¿Consume cerveza?						
(57)	¿Consume Sangría, Coctel Vino, Champán, Pisco, otro						
(58)	¿Consume Whiski, Bodga , otro similar?						
(59)	¿Consume Yonke, Cañazo, otro similar?						
(60)	¿Toma algún producto						
(61)	¿Cuándo tengo algún síntoma, dolor en la salud compro remedios antes de						
(62)	¿Visita o le visitan algún médico promotor, asesor						
(63)	¿Realiza ayuno completo (dejar de desayunar almorzar y cenas al menos						*
(64)	Si cree que está ingiriendo o usando algún otro producto tóxico para su salud mencione cual						

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

		Nunca	AVeces	Regularme	Frecuentement	Siempre
(65)	¿Tiene facilidad para demostrar sus preocupaciones, amor y cariño a otras personas?					
(66)	¿Elogia fácilmente a otras personas por sus éxitos?					

(67)	¿Siente que está creciendo y cambiando en forma positiva?					
(68)	¿Mantiene relaciones de amistades significativas y enriquecedoras?					
(69)	Se siente agresivo y enojado					
(70)	¿Se siente satisfecho (a) y en paz conmigo mismo (a) ?					
(71)	Ando acelerado y todo quiera hacerlo rápido y "YA" no concibo la demora y las imperfecciones					
(72)	Es optimista y pienso positivo					
(73)	Se siente tenso y contraído					
(74)	Se siente con ánimo triste deprimido					
(75)	Cree que Dios tiene un propósito en su vida?					
(76)	Se siente satisfecho con su profesión, trabajo y actividades					
(77)	Asiste al culto en alguna iglesia?					
(78)	Repite textos bíblicos durante el día?					
(79)	¿Aun Cuando tiene demasiadas tareas o trabajo, logra hacer una reflexión espiritual o su culto personal en el día?					
(80)	¿Ora al menos 10 minutos aunque tenga mucho trabajo?					
(81)	¿Lee la Biblia por lo menos 30 minutos aunque tenga mucho trabajo?					
(82)	¿Tengo con quien hablar de cosas importantes y confiar mis problemas más íntimos?					
(83)	¿Leo material psicoespiritual (biblia, Elena de White, u otro reflexivo espiritualmente)?					
(84)	Predispongo contar mi experiencia de cambio en salud con mis familiares y amigos?					
(85)	¿Con que frecuencia escucha música					
(86)	Cuando se siente estresado o con algún problema repite un versículo bíblico?					

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Copyright© 1995 Medical Outcomes Trust

All rights reserved.

(Versión 1.4, Junio 1.999)

Correspondencia:

Dr. Jordi Alonso
Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios
I.M.I.M.
Doctor Aiguader, 80
E- 08003 Barcelona, España
Tel. + 34 3 221 10 09
ax. + 34 3 221 32 37
E-mail: pbarbas@imim.es

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un **kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por si mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS
EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA
CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

Anexo 02 Escala de Puntuación del Instrumento estilo de vida

CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA		deficiente estilo de vida < puntaje				mejor estilo de vida > puntaje
		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, cañigua, centeno, quinua, kiwicha u otros.	1	2	3	4	5
2	Pan integral, arroz integral, otros integrales	1	2	3	4	5
3	Pan blanco, arroz blanco, fideos, otros refinados	5	4	3	2	1
4	Come 05 a más frutas todos los días?	1	2	3	4	5
5	Come al menos 03 clases diferentes de hortalizas y verduras: lechuga, tomate, zanahoria, zapallo u otros	1	2	3	4	5
6	Come de 03 a más tipos de hortalizas y verduras (ensaladas)? ... comer leguminosas frescas: vainitas, arvejas, habas, etc.?	1	2	3	4	5
7	Leguminosas secas o deshidratadas: garbanzos, frijoles, lentejas, pallares, habas u otros	1	2	3	4	5
8	Oleaginosas: maní, ajonjolí, nueces, castañas, pecanas u otros	1	2	3	4	5
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	5	4	3	2	1
10	Consumo de vísceras, carnes de ovino, vacuno, aves, carne de cerdo, cuy, pato, pollo, atún, embutidos (jamónada, salchicha, mortadela, jamones, pate), etc	5	4	3	2	1
11	Consume peces, mariscos y otros	5	4	3	2	1
12	Bebidas derivadas de soya, maní, ajonjolí, nueces, castañas, pecanas u otros	1	2	3	4	5
13	Consume Bebidas: de preferencia jugos de fruta envasados, en polvo, artificiales, gaseosas, energizantes, Red Bull, Gatorade, café, te, café de cereales	5	4	3	2	1
14	Consume helados tradicionales, budines, postres Miel de abeja, mermeladas, golosinas	5	4	3	2	1

15	Aditivos y condimentos: caldos concentrados, ajinomoto, sillau, pimienta, nuez moscada, mostaza, vinagre, palillo, ají, sibarita, y otros	5	4	3	2	1
16	Combina la fruta y verdura en una misma comida	5	4	3	2	1
17	Come frituras, Chifles, Canchita Popcorn (Palomita de maíz), Chetoos, Chisitos, Galletas	5	4	3	2	1
18	Come Nuggets, Hamburguesas, Pizza, u otra similar	5	4	3	2	1

	Consumo diario de azúcar	0		1		(2 - 4)		(5 - 8)		(9 a más)	
		cucharaditas		Cucharadita		cucharaditas		cucharaditas		cucharaditas	
19	Desayuno	5		4		3		2		1	
20	Almuerzo	5		4		3		2		1	
21	Cena	5		4		3		2		1	

Consumo diario								
22	Cuantos vasos de agua toma cada día	vaso	Ningún	1	2 a 3	4 a 5	6 a 7	8 a más
			vaso/día		vasos/día	vasos/día	vasos/día	vasos/día
			1	2	3	4	5	6
23	Realizo mi aseo: "Me doy un duchazo"	Nada en la semana	1	2	3 a 4 veces por semana	5 a 6 veces por semana	Todos los días	
			Ve z por semana	veces por semana				
			1	2	3	4	5	6
24	Asisto al sauna	1a2 Veces cada 15 días	1a2 Veces cada mes	1a2 Veces trimestralmente	1a2 Veces al año	Alguna vez fui al sauna	Nunca fui al sauna	
			6	5	4	3	2	1

Hábitos de alimentación		Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
25	Tiene usted horarios fijos para cada comida del día	1	2	3	4
26	Se aumenta "un poquito más" después de cada comida	4	3	2	1
27	Desayuna	1	2	3	4
28	Almuerza	1	2	3	4
29	Cena	1	2	3	4
30	Refrigerio entre comidas	4	3	2	1
31	Bebe líquidos con las comidas	4	3	2	1

	Práctica de ejercicio de físico	Nada en la semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5-6 veces por semana
32	¿Práctica algún tipo de deporte como: fútbol, vóley, ciclismo, natación, etc.	1	2	3	4
33	Asisto al GYM (Gimnasio) a practicar ejercicios con “maquinas” y levantar pesas u otros	4	3	2	1
34	¿Su trabajo cotidiano requiere movimiento corporal constante?	1	2	3	4
35	Realiza pausa activa al menos de 15 min. Dos veces al día en su rutina laboral	1	2	3	4
36	¿Realiza ejercicio físico aeróbico? Como caminar, trotar, (correr).	1	2	3	4
37	¿Realiza al menos 30 minutos de ejercicio al día?	1	2	3	4
38	Realiza ejercicios de aflojamiento mínimo entre 3 a 5 minutos antes de realizar ejercicio físico	1	2	3	4
39	Realiza un calentamiento mínimo de 10 minutos antes de realizar ejercicio físico	1	2	3	4
40	Realiza ejercicios respiratorios mínimo de 5 minutos antes de realizar ejercicio físico	1	2	3	4
41	Al terminar la sesión de ejercicios físico observo sudoración en mi cara, cuello, espalda y/o pecho.	1	2	3	4
42	Se ha tomado el pulso en la arteria carótida evaluando su pulso entre 120 – 160 por minuto.	1	2	3	4

	Descanso	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?	1	2	3	4	5
44	¿Con que frecuencia duerme Ud. Después de las 12 de la noche?	5	4	3	2	1
45	¿Duerme Ud. al menos 7 horas por noche?	1	2	3	4	5
46	¿Tiene Ud. momentos de descanso durante el día al menos entre 10 a 20 minutos?	1	2	3	4	5
47	Tiene un horario fijo para acostarse?	1	2	3	4	5
48	¿Siente que ha dormido lo suficiente cuando se levanta?	1	2	3	4	5
49	¿Reposa usted de su trabajo habitual una vez por semana?	1	2	3	4	5
50	¿Realiza usted vacaciones durante un mes en el año?	1	2	3	4	5
51	¿Con que frecuencia realiza alguna actividad recreativa al menos una 1hr?	1	2	3	4	5
52	¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?	5	4	3	2	1

	Temperancia	1a2 Veces cada 15 días	1a2 Veces cada mes	1a2 Veces trimestralmente	1a2 Veces al año	Alguna vez lo realicé	Nunca lo realicé
53	¿Consume drogas psicoactivas: Marihuana, PBC, Heroína otros?	1	2	3	4	5	6
54	¿Consume tabaco o cigarrillos?	1	2	3	4	5	6
55	¿Consume psicofármacos o remedios?	1	2	3	4	5	6
56	¿Consume cerveza?	1	2	3	4	5	6
57	¿Consume Sangría, Coctel Vino, Champán, Pisco, otro similar?	1	2	3	4	5	6
58	¿Consume Whiski, Bodga , otro similar?	1	2	3	4	5	6
59	¿Consume Yonke, Cañazo, otro similar?	1	2	3	4	5	6
60	¿Toma algún producto farmacéutico cotidianamente?	1	2	3	4	5	6
61	¿Cuando tengo algún síntoma, dolor en la salud compro remedios antes de ir al médico?	1	2	3	4	5	6
62	¿Visita o le visitan algún médico promotor, asesor de salud?	6	5	4	3	2	1
63	¿Realiza ayuno completo (dejar de desayunar almorzar y cenas al menos un día entero)	6	5	4	3	2	1
64	Si cree que esta ingiriendo o usando algún otro producto tóxico para su salud mencione cual es.....	1	2	3	4	5	6

	Salud mental y esperanza espiritual	Nunca	A Veces	Regularmente	Frecuentemente	Siempre
65	¿Tiene facilidad para demostrar sus preocupaciones, amor y cariño a otras personas?	1	2	3	4	5
66	¿Elogia fácilmente a otras personas por sus éxitos?	1	2	3	4	5
67	¿Siente que está creciendo y cambiando en forma positiva?	1	2	3	4	5
68	¿Mantiene relaciones de amistades significativas y enriquecedoras?	1	2	3	4	5
69	Se siente agresivo y enojado	1	2	3	4	5
70	¿Se siente satisfecho (a) y en paz conmigo mismo (a) ?	1	2	3	4	5
71	Ando acelerado y todo quiera hacerlo rápido y “YA” no concibo la demora y las imperfecciones	5	4	3	2	1
72	Es optimista y pienso positivo	1	2	3	4	5
73	Se siente tenso y contraído	5	4	3	2	1
74	Se siente con ánimo triste deprimido	5	4	3	2	1
75	Cree que Dios tiene un propósito en su vida?	1	2	3	4	5
76	Se siente satisfecho con su profesión, trabajo y actividades	1	2	3	4	5
77	Asiste al culto en alguna iglesia?	1	2	3	4	5
78	Repite textos bíblicos durante el día?	1	2	3	4	5
79	¿Aun Cuando tiene demasiadas tareas o trabajo, logra hacer una reflexión espiritual o su culto personal en el día?	1	2	3	4	5
80	¿Ora al menos 10 minutos aunque tenga mucho trabajo?	1	2	3	4	5
81	¿Lee la Biblia por lo menos 30 minutos aunque tenga mucho trabajo?	1	2	3	4	5
82	¿Tengo con quien hablar de cosas importantes y confiar mis problemas más íntimos?	1	2	3	4	5
83	¿Leo material psicoespiritual (biblia, Elena de White, u otro reflexivo espiritualmente)?	1	2	3	4	5
84	Predispongo contar mi experiencia de cambio en salud con mis familiares y amigos?	1	2	3	4	5
85	¿Con que frecuencia escucha música Cristiana?	1	2	3	4	5
86	Cuando se siente estresado o con algún problema repite un versículo bíblico?	1	2	3	4	5