

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Escuela de Posgrado

Unidad de Posgrado de Salud Pública



Una Institución Adventista

CALIDAD DE VIDA Y PRÁCTICA DE HáBITOS SALUDABLES EN
FELIGRESES ADVENTISTAS DEL DISTRITO MISIONERO
SOCABAYA, AREQUIPA, 2015.

Tesis presentada para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

Por:

Martín Luis Apaza Enríquez

Lima, Perú, 2015

DEDICATORIA

A mi amada esposa, Nadia Leticia León Plasencia, y a
mi querida hija: Tais Angelita Apaza León,
por su amor, apoyo y fortaleza.

AGRADECIMIENTOS

A mi amada esposa y fiel compañera, Nadia León Plasencia; a mi querida hija: Tais Angelita Apaza León, por el soporte durante estos tres años dedicados al estudio en la Maestría.

A mis queridas tías: Fabiana Apaza, Estela Apaza, Martina Apaza, por su valioso apoyo en la conclusión de mis estudios.

A mí asesor de tesis, Magister Guido Ángel Huapaya Flores, por su colaboración incansable.

Al doctor Daniel William Richard Pérez, Director de la Unidad de Posgrado de Salud Pública, por sus consejos atinados y orientación oportuna.

Al doctor Luis Córdoba, por su valioso apoyo en el trabajo estadístico en este trabajo de investigación.

Al doctor Orlando Ramos Giles, por sus observaciones puntuales y contribución en la conclusión de este trabajo.

A mi querida hermana, Yolanda de Chávez y su querido esposo Raúl Chávez y a sus hijos Robín, Juan y Yolita, por el cariño demostrado durante toda mi vida de estudiante en esta alma máter.

A todos mis amigos y compañeros en el ministerio, de forma muy especial al Pr. Daniel Delgado, por su apoyo incondicional y sincero.

Finalmente, a todos los hermanos del distrito misionero de Socabaya, por el apoyo y la paciencia, demostrados a este humilde servidor.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
TABLA DE CONTENIDO	iv
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
Descripción de la situación problemática	1
Antecedentes de la investigación	5
Formulación del problema.....	8
Problema general.....	8
Problemas específicos	9
Objetivos de la investigación	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Hipótesis de la investigación	10
Hipótesis general.....	10
Hipótesis específicas	10
Justificación.....	11
Viabilidad.....	12
Delimitaciones	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
Fundamento teórico de las variables	13
Calidad de vida	13
Salud.....	14
Religión.....	16
Hábitos saludables	17
Hábitos saludables de los adventistas	17
Estilos de vida	19

Vida de los Adventistas. Universidad Peruana Unión	20
Actividad física	21
Descanso	23
Alimentación	25
CAPÍTULO III	32
METODOLOGÍA	32
Tipo de investigación	32
Diseño	32
Población y muestra	32
Selección de los elementos de la muestra	33
Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión	34
Consideraciones éticas	34
Definición y operacionalización de variables	34
Instrumentos de recolección de datos	40
Elaboración del instrumento	40
Validación del instrumento	40
Análisis de confiabilidad del instrumento calidad de vida	40
Análisis de confiabilidad del instrumento hábitos saludables	41
Estadísticos de fiabilidad	42
Procedimiento para la recolección de datos	43
Plan de tabulación y análisis de datos	43
CAPÍTULO IV	44
RESULTADOS	44
Descripción de los resultados	44
Contrastación de hipótesis	57
Hipótesis general	57
Hipótesis específica 1	58
Hipótesis específica 2	60
Hipótesis específica 3	61
CAPÍTULO V	67
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
Conclusiones	67
Recomendaciones	68
REFERENCIAS	70
APÉNDICE “A”	74
Cuestionario	74
APÉNDICE “B”	78
Matriz de Consistencia	78
APÉNDICE C:	81

Matriz Instrumental	81
APENDICE D	85
Hojas de Validación	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Género	44
Tabla 2. Edad	44
Tabla3. Grado de instrucción	45
Tabla 4. Forma de acceso a la IASD	45
Tabla 5. Años de bautizado	46
Tabla 6. Ingreso mensual	46
Tabla 7. Nivel de calidad de vida.	47
Tabla 8. Niveles de hábitos saludables	47
Tabla 9. Niveles de actividad física.	47
Tabla 10. Niveles de descanso.	48
Tabla 11. Niveles de alimentación.	48
Tabla 12. Calidad de vida y datos Sociodemográficos	49
Tabla 13. Calidad de vida y asociación con datos sociodemográficos.	50
Tabla 14. Los hábitos saludables y datos sociodemográficos	51
Tabla 15. Los hábitos saludables y asociación con datos sociodemográficos	52
Tabla 16. Los ejercicios y datos sociodemográficos.	53
Tabla 17. Los Ejercicios y asociación con datos sociodemográficos	53
Tabla 18. El descanso y datos sociodemográficos.	54
Tabla 19. El descanso y asociación con datos sociodemográficos	55
Tabla 20. La alimentación y datos sociodemográficos.	56
Tabla 21. La alimentación y asociación con datos sociodemográficos	56
Tabla 22. Calidad de vida y los hábitos saludables en los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD	58

Tabla 23. Calidad de vida y los ejercicios que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD	59
Tabla 24. Calidad de vida y el descanso de los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD.	61
Tabla 25. Calidad de vida con la alimentación de los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD.	62

LISTA DE ABREVIATURAS

AMUVA	Estudio de Alimentación, Nutrición y Actividad Física en Población Femenina Adulta Urbana.
CRA	Consejos sobre el régimen alimenticio.
MC	Ministerio de curación.
EVA	Estilo de vida Adventista
IASD	Iglesia Adventista del Séptimo Día.
MPS	Misión Peruana del Sur.
OCDE	Organización para la cooperación y el desarrollo económico.
OMS	Organización mundial de la salud.
TEMP	Temperancia.

RESUMEN

El desarrollo de las ciudades, la economía y la globalización han afectado negativamente la calidad de vida, generando la adquisición de hábitos nocivos que alteran el estilo de vida saludable. Reflejan en consecuencias críticas para la salud pública: las enfermedades crónicas no transmisibles, grandes problemas de salud mental de los ciudadanos. Dentro de este contexto, la Iglesia Adventista del Séptimo Día se caracteriza por promover un estilo de vida que enfatiza la práctica de hábitos saludables, tomando la referencia de los principios detallados en el registro bíblico y los escritos de White; los cuales no están siendo llevados a la práctica, en especial en país nuestro (Choque, 2010).

El objetivo del estudio: determinar la relación de la calidad de vida con los hábitos saludables de los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de Arequipa, 2015. Planteándola mediante un investigación tipo descriptivo, con diseño correlacional, transversal en una muestra de 110 miembros de iglesia.

Los resultados de esta investigación muestran que existe relación significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables; es decir, mientras mejor es la calidad de vida de los miembros de iglesia practicarán mejores hábitos saludables; específicamente con las variables alimentación y ejercicio, sin embargo, respecto a la variable: descanso, la correlación no fue significativa.

Concluyendo que, en vista de estos resultados, podemos determinar que los miembros del distrito misionero que tienen bienestar económico y muestran mejores relaciones con amigos y vecindario, además de las facilidades a entidades servicios; así como los que se sienten satisfechos con su vida familiar se adhieren mejor a la práctica de hábitos saludables.

Palabras claves: calidad de vida, hábitos saludables

ABSTRACT

The development of cities, the economy and globalization have adversely affected the quality of life of people, consequently resulting in the acquisition of harmful habits that alter the healthy lifestyle. Which are reflected in critical consequences for public health and chronic no communicable diseases, and great mental health of citizens.

Within this context, the Seventh-day Adventist Church, has been characterized by promoting a lifestyle that emphasizes a healthy lifestyle, with reference to the principles detailed in the biblical record and the writings of Ellen G. White; which, not being implemented especially in countries like ours (Crash, 2010).

The objective of this research was to determine the relationship between quality of life and healthy habits of members of the Missionary District Socabaya Seventh-day Adventist Church in Arequipa, 2015. raising that through a descriptive investigation, correlational design, transversal in a sample of 110 church members.

The results of this research show that there is significant relationship between quality of life and healthy habits; that is, while the better the quality of life for church members practice better health habits; specifically with diet and exercise variables, however regarding the break variable, the correlation was not significant.

In conclusion, in view of these results we determine that members of the mission district that have shown economic welfare and better relationships with friends and neighborhood, besides the facilities services entities; as well as those who are satisfied with their family life better practicing healthy habits stick.

Key words: Quality of life, healthy habits.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio físico al aire libre, el consumo de alimentos sanos, el beber agua pura y el descanso adecuado entre otros, han sido reemplazados por horas frente al televisor o la computadora, ingesta de alimentos procesados, consumos de bebidas gasificadas, jugos industrializados y pocas horas de descanso para satisfacer las necesidades del cuerpo.

La Iglesia Adventista Mundial se ha caracterizado por enfatizar los estilos de vida saludable, este mensaje mostrado a través de la Biblia y de los escritos de White, no está siendo llevado a la práctica, en especial en nuestro país. Aunque durante estos últimos años se está intentando dar un nuevo auge a este tema, necesitamos conocer la realidad de los estilos de vida de los miembros de la IASD en particular.

En vista de que en la Iglesia Adventista del Séptimo Día del Distrito Misionero Socabaya no hay estudios sobre este tema, hemos decidido realizar este estudio que entre otras cosas nos permitirá conocer la calidad de vida de sus miembros, identificar qué aspectos son los que deberían ser modificados e igualmente nos ayudará a crear nuevas estrategias para difundir el mensaje Cristiano de la Salud de una forma más efectiva.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2010), refiere los países que tienen mejor calidad de vida: Reino Unido, donde se tiene un ingreso promedio en los hogares de 23.000 dólares, el 85% de sus habitantes dice tener más experiencias positivas que negativas en el día a día. Además, tienen una esperanza de vida elevada (81 años); con un ingreso promedio de 23.043 dólares, sigue Islandia. Los habitantes de los Países Bajos tienen ingresos de 25.493 dólares; sólo trabajan 1.379 horas al año. Igualmente, Dinamarca tiene un promedio de ingresos de 24.580 dólares, al igual que Estados Unidos que es considerado una tierra de oportunidades, “donde todo es posible”, con un promedio de ingreso de 38,000 dólares.

Asimismo, los suizos tienen una alta esperanza de vida (83 años) y un ingreso promedio de 30,000 dólares. Los noruegos tienen una buena conciliación vida-trabajo, ya que únicamente el 3% de los noruegos piensa que trabaja más horas de las que debía. Noruega es tranquila, se gana dinero y tienen tiempo para gastarlo. Por su parte, Suecia presenta un ingreso promedio de 28.194 dólares, les permite mostrar un alto nivel de satisfacción en general, y una buena conciliación vida-trabajo. Sin embargo, Australia es el país con los habitantes más felices de todo el mundo, además de alinearse perfectamente la conciliación vida-trabajo, una buena salud, buenas condiciones de acceso a la vivienda, seguridad ciudadana, etc. poseen una esperanza de vida de 82 años.

De otro modo, en contraste, la OCDE al analizar la situación a nivel Latinoamérica, refiere que en esta década solo Brasil, Ecuador y Paraguay han reducido su desigualdad socioeconómica por encima del Perú; a diferencia de Costa Rica y Uruguay, que va en aumentado. El análisis revela la influencia en gran medida de la caída global de la desigualdad: caída en la desigualdad por motivos de ingresos, no relacionada con el trabajo (por sobre la relacionada con éste). Esto se debe al aumento de las transferencias tanto monetarias como en especies del gobierno hacia los pobres y también a las remesas privadas.

Otro de los factores, según fundamenta la OCDE que contribuyeron a la caída de la desigualdad fue la educación y sus retornos. Además, el logro educacional se volvió más equitativo. Así lo que ha contribuido a disminuir la desigualdad ha sido la disminución de la brecha salarial entre los que ganan más y los que ganan menos, además de que cada vez más gente accede a más años de educación. Así el análisis sugiere que han intervenido tanto factores de mercado como de gobierno para reducir la desigualdad. De la misma manera, se plantea la brecha urbano/rural en el acceso a servicios de infraestructura básica y la desigualdad en las oportunidades de acceso a servicios básicos existente en estos países en subdesarrollo.

Asimismo, en un estudio, realizado por la consultora Mercer (2015, citado en la República), mediante una encuesta de Calidad de Vida Internacional indicando que Lima es la sexta ciudad con mejor calidad de vida en Latinoamérica, ocupando el puesto 124 a nivel mundial, evaluando factores de transporte público, salud, economía, educación, vivienda y agenda cultural.

Del mismo modo, aunque estos datos de los países reflejen, principalmente, la calidad de vida de las personas en gran parte por el desempeño estatal, también es cierto que su calidad de vida tiene relación directa con los logros que tiene y con la vida que por

sí mismo lleva, sobre la base de los hábitos que mantiene y en esto los ciudadanos adolecen. Resaltando directamente los factores de alimentación, ejercicios y descanso y su incidencia en la calidad de vida (Choque, 2010).

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

De la misma manera, este estudio refleja un aspecto opuesto a lo que acontece en la ciudad de Arequipa, indicando que este departamento ocupa el segundo lugar entre las ciudades con mejor calidad de vida; a diferencia de años anteriores, la ciudad goza de una relativa estabilidad política, reflejada en el bajo número de procesos de revocatoria municipales y conflictos sociales durante los últimos años, reflejados por la creciente expansión de los servicios financieros y la mayor participación en créditos otorgados por la banca múltiple y Cajas Municipales. Sin embargo, el Dr Hugo Rojas Flores, Gerente Regional de Salud, en una jornada de Salud y estilo de vida en el 2012, resalta para que la población sea protagonista en la tarea de desarrollar prácticas de vida saludables para adoptar una vida sana y evitar enfermedades, especialmente aquellas derivadas del sedentarismo, inadecuada alimentación y hábitos higiénicos inapropiados en la región.

Por otro lado, de manera específica, los miembros de la iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD) establecidos en 214 países del mundo, pertenecientes a diversas razas y culturas, han realizado estudios sobre el estilo de vida de sus miembros en diferentes

partes del mundo; entre ellos, Estados Unidos, Polonia, Dinamarca, Japón y otros países; mostrando una relación directa entre la dieta y la salud, generando el resultado de calidad de vida y longevidad (Schwartz, et al., en Choque, 2010). Sin embargo, refiere Choque (2010) que hay pocos estudios referentes al estilo de vida realizados en poblaciones adventista en Sudamérica.

Complementa, Hein (2004), quien realizó un estudio con adventistas en cuatro provincias argentinas, encontró que el 77% no practica el estilo de vida propuesto por la IASD. También Benzaquen (1996) estudió a los jóvenes adventistas del Perú y encontró que más del 50% de los encuestados desestima algunos consejos nutricionales centrales de su organización, especialmente referidos a la regularidad en el horario de alimentación, al consumo de café y el tipo de alimentación. Del mismo modo, Luis Herrera (1999) presenta un estudio, según el cual más de la tercera parte de los encuestados manifestaron no ser practicantes de las normas de salud que su iglesia pregona.

Por eso Choque (2010) enfatiza que después de más de 100 años de presencia adventista en el Perú, se desconoce el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los Adventistas del Séptimo Día; por ende, en Arequipa, respecto al Régimen Alimentario Saludable. En modo concreto se mencionan cinco hábitos que los adventistas han impulsado durante más de cien años y que prolongan su vida unos diez años por encima del promedio. Estos hábitos son: el ejercicio regular, tener una dieta basada en vegetales y frutas, comer porciones pequeñas de nueces, dormir de 6-7 horas, no fumar; y sin embargo, los miembros de la IASD no están tomando de manera seria y responsable aspectos que pueden mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, considerando que la IASD en la actualidad está compuesta por personas, quienes en su mayoría no nacieron en un hogar Adventista, donde se practique los principios Cristianos de la salud y que la adquisición del mensaje pro salud es un

proceso y que muchos de ellos demoran en aplicar a sus vidas; considerando que “arrastran” una serie de hábitos no saludables y les cuesta vivir siguiendo estos principios de salud, porque hay una cultura arraigada a sus vidas. Por eso se hace necesario conocer la práctica real y efectiva de los hábitos de salud que lleven a una adecuada calidad de vida a fin de incentivar y promocionar la práctica de los mismos.

Antecedentes de la investigación

Gómez (2010) realizó un estudio en México: *Hábitos alimenticios en estudiantes Universitarios de ciencias de la salud de Minatitlán*, con un diseño descriptivo, asociativo, transversal. Concluyó que dos terceras partes de las mujeres y una tercera de los hombres tienen hábitos saludables. Dentro de los factores de hábitos alimenticios analizados se encontró que los estudiantes de las tres facultades tienen malos hábitos alimenticios en el consumo de alimentos con alto contenido calórico, aunado a un mal hábito de ejercicio físico. Igualmente, la mayoría tiene hábitos alimentarios de regular a pésimo; tomando en cuenta de que eran estudiantes del área de la salud además tienen poco conocimiento en este aspecto, lo cual trae como consecuencia hábitos pocos saludables que a la larga favorecerá al sobrepeso y la obesidad.

En relación con la valoración subjetiva de la dieta por facultad se demostró que en las tres la percepción es regular, haciendo notar que por arriba de la cuarta parte en la facultad de medicina la percepción es mala.

Cao Torija, (2011) en su estudio en Valladolid, España: *Estudio de Alimentación, Nutrición y Actividad Física en Población Femenina Adulta Urbana*, atiende el objetivo general: conocer el patrón de consumo alimentario predominante en las mujeres de 40 a 60 años. Este es un estudio descriptivo, transversal, con diseño observacional, descriptivo y analítico, trata de medir características de la alimentación, comportamiento alimentario y

ejercicio físico de la muestra en un momento dado de tiempo. Concluye que las mujeres del estudio AMUVA llevan a cabo una alimentación variada, incluyendo alimentos de todos los grupos, observándose como principales desviaciones respecto a las recomendaciones de frecuencia de consumo de alimentos, una escasa cantidad de cereales, lácteos, aceite de oliva y frutas, y un exceso de carnes, dulces y precocinados. Igualmente, concluyen que las mujeres estudiadas que desean perder peso, han tratado de ocultar su silueta con la ropa y, sin embargo, no han hecho dieta, ni han incrementado su actividad, para perderlo en los últimos seis meses. También admiten comer a deshora, ingerir alimentos que no les convienen y hacen ambas cosas principalmente por placer, aburrimiento y ansiedad, aunque piensan que su alimentación es correcta y no creen importantes sus transgresiones. Finalmente, cabe considerar que las damas objetos de estudio manifiestan poseer conocimientos suficientes, pero tienen interés en recibir formación en temas de alimentación, actividad física y salud.

Guzmán (2013), en su tesis: *Estilos de Vida de las Adolescentes de una Institución Educativa – Chiclayo 2012*, plantea el objetivo: contribuir al mejoramiento de los estilos de vida de las adolescentes, en base a la intervención de Enfermería a través de los cuidados con una metodología de diseño experimental mediante un programa de intervención. Se concluyó que no se evidencia en las adolescentes, ya que omiten el desayuno por falta de tiempo, el refrigerio basado en comida chatarra y la cena es el almuerzo recalentado.

Además el descanso se ve interrumpido por la rutina que ellas llevan, pues no descansan adecuadamente, esto les genera diversos problemas que las conlleva al agotamiento físico y mental. Igualmente, se evidencia que los adolescentes no realizan ejercicio físico adecuadamente, enfatizando su reemplazo por el facilismo de la tecnología. También indica que los adolescentes practican la diversión y a la vez hábitos nocivos; es

decir, solo se divierten bebiendo alcohol, aunque sea un mínimo, pues refieren que eso forma parte de su diversión, algunas solo lo hacen en reuniones familiares. Finalmente, concluye que el tiempo libre o tiempo de ocio no incluyen periodos de descanso en su rutina diaria, sino ellas asocian el descanso con el uso del chat, juegos, televisión, etc.

Grimaldo (2010) realizó un estudio en el Perú, titulado: *Relación entre los dominios de bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, pareja, vida familiar, ocio, medios de comunicación, religión y calidad de vida y tres factores del estilo de vida saludable en la Ciudad de Lima*. Los instrumentos utilizados fueron: La escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes y el Cuestionario de Estilo de Vida Saludable. La población estuvo conformada por 409 estudiantes de segundo ciclo de una escuela de posgrado de la ciudad de Lima-Perú. La muestra fue probabilística, la técnica de muestreo utilizada fue la de asignación proporcional; posteriormente, al realizar el muestreo estratificado, la muestra quedó conformada por 198 participantes. Dentro de las principales conclusiones se halló no se encontró correlación entre calidad de vida y actividad deportiva. Se halló correlación entre calidad de vida del dominio salud y consumo de alimentos en el grupo de edad más joven. Se observaron correlaciones moderadas entre algunos dominios de la calidad de vida (amigos, vida familiar, ocio y religión) y sueño y reposo, principalmente en el grupo que recibe entre \$719 y \$1436. Respecto al dominio vecindario, las correlaciones moderadas se hallaron en el grupo de los que ganan hasta \$ 718 y en los profesionales no médicos.

Sin embargo, los hallazgos del estudio muestran que existe una estrecha relación entre sueño y calidad de vida, aunque hay necesidad de continuar investigando en otros grupos muestrales.

Solís Mena (2009) dirigió una investigación titulada: *Grado de conocimiento doctrinal y grado de calidad del estilo de vida de los feligreses del distrito de santa tecla*

de la iglesia adventista del séptimo día de la misión central el salvador, en un total de 201 feligreses, fue un estudio de diseño descriptivo, correlacional, transversal. En este estudio se demostró que existía una relación positiva no muy alta entre el grado de conocimiento doctrinal y el grado de calidad del estilo de vida, el mismo que tenía mucho que ver con los años de bautizados de los feligreses encuestados. Asimismo, la investigación concluyó afirmando que a más esfuerzos por elevar el conocimiento doctrinal podría mejorarse levemente la calidad del estilo de vida.

Dalton Mato (1996), en un estudio *Actitudes y prácticas de las enseñanzas de salud adventista en los miembros activos y regulares de las IASD de Montevideo*, en miembros de cuatro iglesias adventistas de la ciudad de Montevideo, encontró que el 88,6% de los adventistas se abstiene del alcohol, tabaco, café y drogas que sólo el 39,8% tiene un régimen alimenticio de acuerdo con la propuesta adventista.

Castellanos Hernández (2011) desarrolló la investigación: *La calidad de la práctica religiosa y cómo ésta influye en el grado de calidad del estilo de vida de los jóvenes adventistas en Honduras*. En la investigación se concluye que la práctica religiosa sí influye positiva y significativamente en el estilo de vida de los jóvenes. Por lo que el investigador recomienda que las iglesias y sus dirigentes, puedan estar más atentos en el diario vivir de sus jóvenes, tanto en sus prácticas religiosas como en su estilo de vida.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y los hábitos Saludables en los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015?
2. ¿Cuáles es el nivel de los hábitos Saludables de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015?
3. ¿Cuál es la relación de la calidad de vida con la actividad física de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015?
4. ¿Cuál es la relación de la calidad de vida con los hábitos de descanso de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015?
5. ¿Cuál es la relación de la calidad de vida con los hábitos alimentarios de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida y los hábitos Saludables en los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015

Objetivos específicos

1. Identificar el nivel de la calidad de vida de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.

2. Identificar el nivel de los hábitos Saludables de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.
3. Determinar la relación de la calidad de vida con la actividad física de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.
4. Determinar la relación de la calidad de vida con los hábitos de descanso de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.
5. Determinar la relación de la calidad de vida con los hábitos alimentarios de los feligreses adventistas del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015

Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Existe relación directa y significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables en los feligreses adventistas del Distrito Misionero de Socabaya, Arequipa, 2015.

Hipótesis específicas

H₁: Existe relación significativa entre la calidad de vida y la actividad física de los feligreses adventistas del Distrito Misionero de Socabaya, Arequipa, 2015.

H₂: Existe relación significativa entre la calidad de vida con el descanso de los feligreses adventistas del Distrito Misionero de Socabaya, Arequipa, 2015.

H₃: Existe relación significativa entre la relación de la calidad de vida con los hábitos alimentarios de los feligreses adventistas del Distrito Misionero de Socabaya, Arequipa, 2015.

Justificación

En el presente estudio se considerara la calidad de vida un factor que podría implicar en las prácticas de hábitos saludables por las personas. En este caso particular, en los miembros de la iglesia del Séptimo Día.

Sobre la relevancia teórica, esta investigación es importante, se verificará el otro lado de la relación entre estas variables; es decir, hay estudios sobre cómo el estilo de vida se relaciona con la mejor calidad de vida. Sin embargo, en este estudio se ha pretendido determinar la relación contraria; la implicación que podría tener la calidad de vida para poder desarrollar un buen estilo de vida. Un análisis que incrementará esta posición teórica. Tanto como un bagaje teórico exploratorio de estas variables dentro de la iglesia adventista, ya que hay escasos estudios de estas variables desde esta perspectiva.

Asimismo, sobre la relevancia metodológica, el estudio permitirá ahondar en correlaciones más específicas entre las dimensiones de estas variables, lo cual redundará en mirar la variable de manera diferente y poder visionar nuevos mecanismos a consideración para potenciar el estilo de vida.

La relevancia institucional de este estudio se enmarca en el aporte a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, para que los administradores puedan mejorar sus políticas y estrategias eclesiales conducentes a mejorar el estilo de vida de sus miembros, considerando que la calidad de vida puede tener una implicancia directa en las prácticas de hábitos saludables que complementará el soporte espiritual que se viene desarrollando.

Finalmente sobre la relevancia social, es muy importante para que los sectores públicos y actores locales puedan tomar decisiones administrativas, económicas, políticas con el propósito de verificar la calidad de vida de sus ciudadanos sabiendo que mejorará el estilo de vida. Asimismo, las familias pueden tener mayor ahínco de posibilidades para

repotenciar las dimensiones de la calidad de vida, de esta manera mejorar su estilo de vida y de sus congéneres.

Viabilidad

La viabilidad de la investigación estuvo íntimamente relacionada con la disponibilidad de los recursos materiales, económicos, financieros, humanos, tiempo y de información. Para cada uno de estos aspectos se hizo un cuestionamiento crítico y realista generando una respuesta clara y definida, ya que alguna duda al respecto podía obstaculizar los propósitos de la investigación. Superados estos antecedentes se tenía la seguridad de que sería viable hacer esta investigación, ya que se poseía suficientes recursos, materiales, económicos, financieros. En lo que respecta a recursos humanos, se disponía de los servicios de los integrantes del Distrito misionero de Socabaya, el tiempo de realización fue un año y en lo referente a fuentes de información se tenía acceso a las bibliotecas de 5 universidades.

Delimitaciones

Dada la amplitud de este tema, calidad de vida y hábitos saludables, esta investigación se limita exclusivamente al distrito misionero de Socabaya, Misión Peruana del Sur de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, Perú.

El estudio se realizó en febrero y marzo del 2015, con el concurso de los miembros, tanto varones como mujeres de 16 a 64 años de edad, del Distrito Misionero de Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, se enfocó en aquellos miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, quienes viven en el Distrito misionero de Socabaya. Arequipa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Fundamento teórico de las variables

Calidad de vida

Algunos investigadores conciben la calidad de vida como un concepto unidimensional; mientras otros se ubican en el otro extremo, considerando la existencia de diversos dominios y aspectos de la vida, así subjetivos como objetivos, incluyendo la salud y el hogar, habilidad funcional, ingreso económico, vida social, salud mental y bienestar (Inga y Vara, 2006).

En el grupo de autores que concibe a la calidad de vida un concepto multidimensional, se encuentran: Victoria, Gonzales, Fernández y Ruiz (2005), quienes, entre otros autores, comparten la misma idea de la Organización Mundial de la salud (OMS), la cual plantea que la calidad de vida es la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, según el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones.

En términos generales, se puede señalar que el concepto posee aspectos subjetivos y objetivos e incluye, como subjetivos, la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud. Entre los aspectos objetivos, considera el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2003).

La OMS (2008) define a la Calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de cultura y del sistema de valores en los

que vive y en relación con sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto amplio influido, de un modo complejo, por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Salud.

Esta definición, aunque completa, no es práctica, por lo que con posterioridad se modificó reduciendo su contenido. Se consideró salud y buena calidad de vida: “la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social”, o también la sencilla, muy adecuada definición americana de calidad de vida: “sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”

Según Cabrera, Agostini, Victoria y López (1998), la calidad de vida es el resultado de una compleja interacción entre factores condicionantes externos (económicos, sociopolíticos, culturales y ambientales) y la valoración que la persona realiza de su propia vida (psicológicos).

Al hablar de calidad de vida, surge el concepto de satisfacción con la vida. Así, Camfield y Skenvigton (2008) advierten que sobre la evidencia disponible encuentran que ambos conceptos son prácticamente sinónimos. De esta manera, expertos internacionales han redefinido recientemente el bienestar subjetivo: “un término general referido a las valoraciones que la persona hace sobre su vida, los acontecimientos que le suceden y las circunstancias en las que vive” (Diener, 2006, p.400).

Borthwichk y Duffy (1992) manifiesta que la calidad de vida es equivalente a la suma de los puntajes de las condiciones de vida objetivamente medibles en una persona: salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación. Esta definición permitiría comparar a una persona con otra desde indicadores estrictamente objetivos; sin embargo, pareciera que éstos refieren más una cantidad que calidad de vida

Boyle (1994) plantea que la evaluación objetiva asume que la salud, ambiente físico, ingresos, vivienda y otros indicadores observables y cuantificables, son mediciones válidas de calidad de vida y son estándares; sin embargo, la vinculación entre estos criterios objetivos y la calidad de vida percibida serían compleja y difícil de predecir. Bajo este marco, se considera la calidad de vida un sinónimo de satisfacción personal. Así la vida sería la sumatoria de la satisfacción en los diversos dominios de la vida.

Para algunos autores, la calidad de vida global tendría más significado si se la considera compuesta por los sentimientos de satisfacción frente a diversos aspectos de la vida (Shen y Lai, 1998).

Felce y Perry (1995) la definen como un estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y de actividades, todas estas medidas por los valores personales. Bajo este concepto, cambios en los valores, en las condiciones de vida o en la percepción, pueden provocar cambios en los otros, bajo un proceso dinámico.

Finalmente la Calidad de Vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses.

Ferrans (1990) señala que se pueden encontrar definiciones focalizadas en la habilidad de funcionamiento, en la felicidad o la satisfacción, y otros en el cumplimiento de metas, utilidad social o capacidades.

Spilker (1990) plantea un modelo jerarquizado de calidad de vida, compuesto por tres niveles que van desde la calidad de vida general (nivel uno), pasando por las dimensiones o dominios que componen la calidad de vida (nivel dos), hasta los aspectos

específicos de cada dominio. A la luz de este supuesto, la definición de calidad de vida propuesta por la OMS pertenecería al nivel 1 y los dominios que la comprenden al nivel 2.

Este modelo asume que las variables de más bajo nivel determinan los niveles superiores; es decir, bajas puntuaciones en el nivel tres o dos, determinarían una mala evaluación de la calidad de vida general (nivel 1), lo cual no ha sido comprobado.

Para Arnold et al. (2004), esta distinción en niveles es relevante, ya que la medición del estado funcional provee información detallada sobre las consecuencias de una enfermedad y permite evaluar en qué dominios y en cuánto ha afectado la enfermedad; por otra parte, la percepción general de calidad de vida puede ser más resistente al cambio y, por lo tanto, menos favorable para medir los cambios en la condición de paciente por una enfermedad.

Cummins (2000) reafirma esta idea. Para él, las personas quienes tienen la habilidad de adaptarse a los factores cambiantes intentarán mantener un nivel estable de bienestar; por otro lado, los dominios de calidad de vida probablemente no cubran toda la calidad de vida de la persona. Por otra parte, la evaluación de la calidad de vida general requiere que las personas evalúen los diversos dominios y combinen el peso que le dan a cada uno de éstos con un juicio valórico genérico.

Así desde el punto de vista conceptual, la calidad de vida es un proceso dinámico, complejo y multidimensional, basado sobre la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación con las dimensiones de su ambiente.

Religión

Para Navarro y Calvo (1984), en el concepto materialista predomina la idea de que el hombre es una realidad material así como todas las otras cosas. No existe más que el ser y el acontecer materiales. Según Marx, el ser humano es considerado un ser “objetivo” que

solo puede relacionarse con los objetos reales sensibles, entendiéndose por sensible aquello que puede ser percibido a través de los sentidos.

Por otro lado, calidad de vida también se asume como el estilo de vida de una persona, que impacta directamente en el vigor físico y mental, e indirectamente en la fuerza espiritual. Aquí no hay mérito alguno de salvación ni de santificación, simplemente existe un condicionamiento óptimo de todo el ser, para disfrutar la vida plenamente, incluyendo la vida eterna.

Por eso no podemos separar la calidad y el estilo de vida, ya que son dos términos que se encuentran asociados, así la calidad de vida de las personas, podría ser posible a través de la adopción de un estilo de vida saludable.

Hábitos saludables

El término *hábitos saludables* tiene muchas definiciones en el área de salud Pública y está relacionado con la práctica diaria de actividades y un estilo de vida que a la larga influirán en una óptima calidad de vida.

Según Belaúnde (1994), se entiende por hábitos al modo como el individuo se enfrenta cotidianamente en su quehacer diario.

Se concluye entonces que hábitos saludables son todas aquellas conductas que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en el bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso y la práctica de la actividad física correctamente planificada.

Hábitos saludables de los adventistas

Gálvez (2002) menciona que la práctica de hábitos saludables de los adventistas del séptimo día, en todo el mundo, está establecida en la biblia y en los escritos de Elena G. de White, los mismos que consideran al hombre como una unidad

bio-psico- socio-espiritual indisoluble.

. El estilo de vida adventista ha sido continuamente legitimado por la evidencia científica. White (2010) reafirma, para la salud, la importancia de la observancia de los Ocho Remedios Naturales: consumo de agua, sueño apropiado, dieta vegetariana, actividad física, toma moderada de sol, aire puro, temperancia y desarrollo de una vida espiritual

Además, según afirma la Biblia, Dios desea que el hombre tenga salud física y espiritual (3 Juan 2). Por eso, los adventistas consideran los hábitos saludables como parte central del Mensaje de Salud que ellos proclaman al mundo: “Si, pues, coméis o bebéis, o hacéis otra cosa hacedlo todo para la gloria de Dios” (1 Corintios10:31).

Por este motivo y según Choque (2012), los adventistas se abstienen de consumir tabaco y alcohol, realizan actividad física regularmente, completan las horas de sueño necesarias para un buen descanso y llevan un régimen alimenticio adecuado, sobre la base de frutas, legumbres y cereales.

Sobre la base de estas recomendaciones, al menos el 50% de los adventistas americanos son lacto-ovo-vegetarianos o comen carne menos de una vez por semana y siguen las demás recomendaciones en diversos grados.

Hábitos de vida saludables por años de vida ganados.

Hábito saludable	Años de vida ganados
Tener una dieta vegetariana	2,4 años
Hacer ejercicio vigoroso, tres veces por semana.	2,1 años
Comer nueces cinco veces por semana.	2,9 años
Mantener un peso saludable	1,5 años
Tomar terapia de reemplazo hormonal (etapa pre menopáusica).	1 año
Total	10 años

Fuente: Choque Fernández, Juan. La Salud y el Estilo de

Estilos de vida

Para Goldbaum (1997), los estilos de vida no son más que “...los patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas”.

Asimismo, según Maya (2001), no es posible hacer referencia al estilo de vida, sin realizar un listado de comportamientos individuales y colectivos que definan el quehacer o no hacer para vivir más o menos años, independientemente de cómo se viven.

Por otro lado, la secretaría de salud del Gobierno Mexicano (2002) otorga a los estilos de vida una concepción más amplia, al afirmar que “es la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinados por factores socio-culturales y características personales”.

Esta definición coincide con la de la OMS (1998), la cual se suscribe: “La forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las conductas de vida socio-económicas y ambientales”.

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

Según el Ministerio de Educación del Perú (2005), de acuerdo con el glosario de Promoción de Estilos de Vida Saludables, elaborado por Don Nutbeam, por encargo de la OMS, el término estilo de vida saludable se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales.

Montes de Oca y Mendocilla (2005) plantean que cuando los estilos de vida, entendidos como las formas de vivir, las pautas de conductas de las personas y los grupos contribuyen a la promoción y, principalmente, a la protección tanto de la salud física, como de la mental de las personas, entonces se estará haciendo referencia a los estilos de vida saludables; es decir, nos referimos a “comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción, una correcta distribución del tiempo, entre otros” (Vives, 2007, p.2).

Vida de los Adventistas. Universidad Peruana Unión

Gálvez (2002) menciona a Breslow y Belloc (1972), quienes realizaron un estudio que dio las primeras evidencias que demostraban la estricta relación entre estilo de vida y el estado de salud de las personas y duración de la vida. Siete mil adultos fueron estudiados durante cinco años.

Los investigadores encontraron que siete simples y fundamentales hábitos de salud, estaban presentes constantemente como factores responsables para la duración de la vida:

1. Tres comidas por día, a horas regulares y no meriendas/refrigerios.
2. Tomar desayuno todos los días.
3. Ejercicio moderado 2 ó 3 veces por semana.
4. Dormir 7-8 horas cada noche.
5. No fumar.
6. Un vaso de copa de vino
7. Mantener un peso moderado.

De estos siete hábitos mencionados, resalta el hecho de que seis de ellos tienen relación con la alimentación, el ejercicio y el descanso como factores claves para tener

calidad de vida y longevidad, los mismos que están siendo considerados para el presente estudio.

Actividad física

La actividad física es uno de los componentes más importantes del estilo de vida y tiene un impacto importantísimo en el cuerpo, la mente y el espíritu.

La OMS define el ejercicio: “cualquier movimiento corporal producidos por los músculos esqueléticos que exija gasto energético”. El ejercicio activo practicado como hábito regular disminuye el colesterol negativo, la presión arterial y la incidencia de arterioesclerosis, enfermedades cardiovasculares, diabetes y osteoporosis. Disminuye el riesgo de cáncer de seno y colon y, posiblemente, el cáncer de pulmón. Además combate el cansancio y otorga energía extra al que lo practica. Contribuye a la reducción del sobrepeso y alivia el estrés (Gálvez, 2002).

Pamplona (1999) menciona que “El cuerpo humano es una máquina diseñada para el movimiento. Al contrario de lo que ocurre con cualquier aparato construido por el hombre, en el organismo humano, la inactividad produce mayor desgaste que el ejercicio”. Por eso es importante que toda persona pueda establecer como parte de su rutina diaria la actividad física, la misma que generará en un beneficio increíble para su calidad de vida y su longevidad.

Asimismo, Cristo (2010) refiere que realizar una actividad física continua moderada todos los días es uno de los doce pasos para la restauración total de la salud. Comenta también que de todos los ejercicios físicos, el mejor es la caminata, ya que puede ser realizada en cualquier lugar, no tiene un impacto dañino sobre las articulaciones, favorece la apreciación del ambiente y no requiere de grandes aparatos, ropa o equipamiento.

Menciona además que para que tenga efecto debe ser una caminata vigorosa a paso largo, vigoroso y suficiente para elevar los latidos cardiacos, favorecer la transpiración y acelerar la respiración.

Beneficios del ejercicio

Diehl y Ludington (1999) enfatizan que el ejercicio ayuda a sentirse bien, fortalece el corazón, baja la presión sanguínea mejorando el lapso de descanso del músculo cardiaco, baja los niveles de las lipoproteínas de baja densidad (la parte mala del colesterol) que son perjudiciales, fortalece los huesos ayudando a retener el calcio y otros minerales importantes, alivia la ansiedad y el estrés, aumenta la energía y eficiencia en todos los sectores de nuestro cuerpo y mejora la circulación, lo que aclara la mente, mejora el sueño y apresura la curación de sectores dañados del organismo.

La OMS (citada por Damián, 2014) refiere que el 6% de las muertes registradas en todo el mundo está relacionado con la inactividad física, también menciona que de 21% al 25% de las causas de cáncer de mama y de colon tiene como causa principal la vida sedentaria; así mismo, el 27% de los casos de diabetes y 30% de los problemas de cardiopatía isquémica provienen por falta de ejercicio.

Por eso se infiere que el ejercicio físico es un hábito clave que influye considerablemente en la calidad de vida de las personas.

Para White (1871), el ejercicio de caminar, siempre que se lo pueda hacer, es el mejor remedio para los cuerpos enfermos, porque mediante él se ejercitan todos los órganos del cuerpo. Quienes pretenden curarse mediante ciertos movimientos, lograrán muchísimo más por el ejercicio muscular que mediante la práctica de dichos movimientos. En algunos casos, la falta de ejercicio debilita y contrae las entrañas y los músculos, y estos órganos debilitados por carencia de ejercicio se fortalecerán únicamente cuando se

los ejercite. Ningún ejercicio puede reemplazar la acción de caminar. Al hacerlo se mejora grandemente la circulación de la sangre.

Descanso

Gálvez (2002) afirma que “el ser humano fue hecho para dormir un tercio de cada día de su vida; es decir ocho horas. Fue hecho para descansar uno de cada siete días, es decir el sábado conforme al cuarto mandamiento del decálogo...Y finalmente necesita tomar un mes de vacaciones cada 12 meses del año”.

Malkmus (1997) afirma que el propósito del dueño es permitir que el cuerpo tenga tiempo para limpiarse, recuperar energías para las actividades del día siguiente y reparar y reconstruir sus células. Dice además que la clase de sueño que disfrute una persona, es un indicador de bienestar físico, mental y emocional.

Potter y Perry (1996) plantean que el sueño es un estado de alteración de la consciencia bienestar de la persona "que se repite periódicamente durante un tiempo mantenido y restaura la energía y el bienestar de la persona. En tal sentido los seres humanos necesitan dormir para reponer las energías perdidas", de igual manera tomar en consideración la etapa etaria de la vida es importante para saber cuántas horas se debe dormir.

En concordancia con lo anterior se puede decir que una de las características del sueño es que disminuye los niveles de la actividad fisiológica del organismo “como lo serían disminución de la presión sanguínea y disminución de la respiración "entre otras" así como disminuye también las respuestas a los estímulos externos.

Por eso el sueño constituye una de las funciones fisiológicas más importantes, para el correcto funcionamiento de las capacidades cognoscitivas e intelectuales del ser humano.

El cuerpo humano ha sido diseñado de tal manera que no puede funcionar sin un periodo adecuado de reposo. Por eso a fin de mantener un nivel óptimo de salud, es necesario equilibrar la actividad y el descanso.

Gálvez (2002) menciona que “El adulto necesita dormir por lo menos de siete a ocho horas por día. El niño y el adolescente, por supuesto, necesitan dormir mucho más. Sin embargo, el adulto mayor no debiera dormir más de ocho horas por día”.

La cuestión de cuántas horas de sueño son realmente necesarias para encontrarse bien ha sido bastante debatida desde hace tiempo. Algunos autores asumen una relación entre las “ideales 7 u 8 horas de sueño” y la salud o bienestar físico y mental, mientras otros enfatizaban que cada persona debía satisfacer su “cuota de sueño individual.” A pesar de esta disparidad de opiniones, investigaciones recientes parecen sugerir que la desviación de un patrón de sueño intermedio, que implique dormir unas 7-8 horas, se asocia al padecimiento de consecuencias negativas para la salud (Miró, Iáñez y Cano, 2002).

Por otro lado, en la Biblia se menciona que el hombre fue hecho para descansar uno de cada siete días; es decir, el sábado conforme al cuarto mandamiento del Decálogo (Exo.20:8-11). Por eso además del descanso diario, el hombre necesita un descanso semanal, para asegurar un bienestar completo.

Diversos autores concuerdan en afirmar que el descanso restablece la energía, refuerza la memoria, facilita la relajación de los músculos, disminuye la presión arterial, ayuda a mejorar su sistema inmunológico y mejora la elasticidad de la piel.

Beneficios del descanso

Según Arnott (2005), el descanso adecuado refuerza la memoria, mejora el sistema inmunológico, restablece la energía, facilita la relajación de los músculos, disminuye la presión arterial, facilita la elasticidad de la piel y su tonicidad facilitando el rejuvenecimiento.

Alimentación

Es el hábito que más influye en nuestra salud. Por eso la elección adecuada de los alimentos, llega a ser muy importante para quien desea tener salud (White, 1976). Pero no solo es importante el tipo de comida, sino también el momento y la forma de tomarla afectan positiva o negativamente el organismo.

El primer alimento escogido por el Creador para sus criaturas consistió en frutas, oleaginosas, legumbres y cereales (Gén. 1:29), luego fueron añadidas las verduras (Gén. 3:18). Luego años más tarde, Elena de White subrayó la importancia del consumo de cereales, frutas frescas, frutas oleaginosas o nueces y vegetales, debidamente combinados (Ed. 200). Asimismo, abogó por cortos períodos de un régimen de frutas, abstinencia completa (cortos ayunos), y un régimen sencillo y moderado, como prevención y remedio para varias enfermedades (MC 180, CRA 382).

Hoy es sabido que el consumo de, por lo menos, cinco frutas y/o verduras crudas por día disminuye el riesgo de contraer cáncer en un 30%. Choque (2012) hace un recuento de las principales citas de los libros de Elena de White respecto a la salud:

Consumo de cereales, frutas, legumbres, hortalizas y oleaginosas (nueces)

Los cereales, las frutas carnosas, los frutos oleaginosos, las legumbres y las hortalizas constituyen el alimento escogido para nosotros por el Creador. Preparados del

modo más sencillo y natural posible, son los comestibles más sanos y nutritivos.

Comunican fuerza, resistencia y vigor intelectual que no pueden obtenerse en un régimen alimenticio más complejo y estimulante.

Consumo de pan integral

En la elaboración del pan, la harina blanca muy fina no es la mejor. Su uso no es saludable ni económico. El pan de flor de harina no tiene los elementos nutritivos que se encuentran en el pan amasado con harina integral de trigo. Es causa frecuente de estreñimiento y otros efectos malsanos. El pan hecho únicamente con harina de trigo no es el mejor para un régimen continuo. Una mezcla de harina de trigo, de avena y de centeno sería más nutritiva que la harina de trigo que se ha despojado de sus propiedades nutritivas (Choque. 2010).

Consumo de aceites vegetales simples

El aceite de olivo es mejor que cualquier aceite obtenido de segunda mano de los animales. Convenientemente preparado, al igual que las oleaginosas, reemplaza la mantequilla y la carne. Es laxante. Su uso beneficiará a los enfermos de constipación y podrá curar o aliviar las inflamaciones del estómago. El aceite de las olivas es un remedio para el estreñimiento y para las enfermedades de los riñones.

Abstinencia de manteca, margarina y aceites hidrogenados

Asimismo, Choque (2010) complementa que al establecerse Israel en Canaán, se permitió a los israelitas que consumieran alimento de origen animal, bajo prudentes restricciones encaminadas a mitigar los malos resultados. El consumo de la carne de cerdo quedaba prohibido, también de otros animales, de ciertas aves y de ciertos peces,

declarados inmundos. De los animales declarados comestibles, la grasa y la sangre quedaban absolutamente proscritas.

Consumo moderado de leche y huevo

Las frutas, los cereales y las legumbres, preparados de una manera muy sencilla, sin especias y grasas de ninguna clase, constituyen, con la leche o la crema, el régimen alimentario más saludable. Imparten nutrición al cuerpo, dan un poder de resistencia y un vigor intelectual producidos por un régimen estimulante. En la medida de que van aumentando las enfermedades de los animales, el consumo de leche y los huevos se vuelve más, peligroso. Conviene sustituirlos con comestibles saludables y baratos (White, 1976).

Abstenerse del queso maduro

El queso maduro nunca debe ingerirse, en el estómago es absolutamente dañino. Junto con la carne, mantequilla, pasteles recargados, alimentos con especias y condimentos, perturben el estómago, excitan los nervios y debilitan el intelecto. Los órganos productores de sangre no pueden convertir tales cosas en una buena sangre. (White, 1976).

Consumo de bebidas naturales - jugo de frutas

El jugo puro de uva, libre de fermentación, es una bebida saludable. Los jugos de fruta, mezclados con pan, serán muy agradables. La fruta buena, madura y sana, razón por lo cual debemos agradecer al Señor, es benéfica para la salud (Choque, 2010).

Abstinencia de jugos en polvo, refrescos artificiales

Prefiera los jugos naturales, sin aditivos químicos o conservantes. Evitando jugos en polvos y jugos reconstituidos, refrescos artificiales o las bebidas gaseosas (White, 1976).

Abstinencia de té, café y tabaco

Son estimulantes y contienen veneno, son innecesarios, además perjudiciales y deben ser descartados. El café genera una complacencia dañina. Momentáneamente excita la mente a una acción inusitada, el efecto posterior es agotamiento, postración, parálisis de las facultades mentales, morales y físicas. La mente se enerva; es necesario un esfuerzo para vencer el hábito, la actividad del cerebro se disminuye en forma permanente, constituyen en un elemento de combate, antagoniza contra el progreso espiritual (Choque, 2010).

Abstinencia de bebidas gaseosas y edulcorantes

Prefiera los jugos naturales sin aditivos químicos o conservantes, evitando jugos en polvos y jugos reconstituidos, refrescos artificiales o las bebidas gaseosas. Puede utilizar, por ejemplo, jugo de uva natural industrializada u otro jugo industrializado de buena calidad, sin conservantes, colorantes y otros aditivos químicos o naturales (White, 1991).

Abstinencia en bebidas alcohólicas

La única conducta segura consiste en no tocar ni probar té, café, vino, tabaco, opio ni bebidas alcohólicas. Ninguna mano jamás pintó un cuadro más vivo del envilecimiento y la esclavitud de la víctima de las bebidas embriagantes. La Biblia prescribe la abstinencia del vino: Dn1:8, 1 Ti 3:3, Tito 1:7 (Choque, 2010).

Consumo de azúcar rubia, miel y frutas deshidratadas

Al preparar los alimentos, procure evitar el consumo abundante de sal y azúcar. La miel puede ser una opción saludable para endulzar. Se puede dejar a disposición azúcar rubia, fructuosa, frutas secas y edulcorantes (evitando el ciclamato y la sacarina).

Consumo de postres saludables

Los postres sencillos no están prohibidos. Un pastel sencillo puede servir de postre; cuando una persona come dos o tres porciones sólo para satisfacer un apetito desordenado, se descalifica para el servicio de Dios.

Consumo limitado de sal

Evítese el uso de mucha sal, encurtidos y especias; consúmase mucha fruta y desaparecerá, en gran parte, la irritación que incita a beber mucho durante la comida.

Abstinencia de aditivos, especias y condimentos

En esta época de apresuramiento, mientras menos excitante sea el alimento, será mejor. Los condimentos son perjudiciales por sí mismos. La mostaza, la pimienta, las especias, los encurtidos y otras cosas irritan el estómago, endurecen y contaminan la sangre. El consumo de condimentos irritantes produce inflamación del estómago. El organismo siente una necesidad insaciable de algo más estimulante (White, 1976).

Consumo abundante de agua pura

Dios ha hecho y arreglado el mundo de tal manera que estamos relacionados íntimamente con el agua. Para sanos y enfermos, el agua pura es una de las más exquisitas bendiciones del cielo. Su empleo conveniente favorece la salud. Es la bebida que Dios proveyó para apagar la sed de los animales y del hombre. Ingerida en cantidades suficientes, el agua suple las necesidades del organismo, además ayuda a resistir la enfermedad (Gálvez, 2002).

Evitar beber líquidos con las comidas

Muchos cometen un error cuando beben agua fría durante sus comidas. Tomada así el agua disminuye el flujo de las glándulas salivales; cuánto más fría sea el agua, mayor es el perjuicio para el estómago. El agua o la limonada heladas, tomadas con la comida, detendrán la digestión hasta que el organismo haya impartido suficiente calor al estómago para habilitarlo y reiniciar su tarea (Choque, 2010).

Optar una dieta lacto-ovo-vegetariana

Las hortalizas, las legumbres, las frutas y los cereales deben constituir nuestro régimen alimenticio. Ni un gramo de carne debiera entrar en nuestro estómago. El consumo de carne es antinatural. Hemos de regresar al propósito original que Dios tenía en la creación del hombre. "El cáncer, los tumores y todas las enfermedades inflamatorias son producidos mayormente por el consumo de carne. Por la luz que Dios me ha dado sé que la prevalencia de cáncer y tumores se debe mayormente a un sistema de vida vulgar a base de carne" (White. 1976).

Optar por métodos de cocción saludable

No creemos que las papas fritas sean saludables, pues se usa más o menos grasa o mantequilla en su preparación. Las papas bien cocidas al horno o hervidas, servidas con crema y un poco de sal, son las más saludables. La porción sobrante de papas y batatas se prepara con un poco de crema y un poco de sal y se vuelve a cocinar al horno sin freírla; es excelente. Prefiera alimentos crudos o cocidos en agua, asados, al horno o a la plancha. Prefiera presentar alimentos crudos, cocidos o asados o a la plancha. Use un mínimo de frituras (Choque, 2010).

Empezar el día con un desayuno sustancioso

A la hora de desayuno, el estómago se encuentra en mejor condición para recibir una mayor cantidad de alimento que en la segunda o tercera comida del día. Es erróneo el hábito expresado en comer livianamente a la hora del desayuno y más abundante al almuerzo. Hágase del desayuno la comida más sustanciosa del día (White, 1976).

Moderación en la ingesta de alimentos

El hombre utiliza sus fuerzas vitales en el trabajo innecesario para disponer una excesiva carga de alimento. La intemperancia en el comer, aun tratándose de alimentos saludables, tendrá un efecto perjudicial sobre el sistema y embotará las facultades mentales y morales (White, 1976).

Evitar preparaciones que combinan leche y azúcar

Las tortas, los budines, las pastas, las jaleas y los dulces son causas activas de indigestión. Particularmente dañinos son los flanes, cuyos ingredientes principales son la leche, los huevos y el azúcar. Debe evitarse el consumo copioso de la leche con azúcar (Choque, 2010).

Evitar mezclas succulentas y complicadas

Cuanto menos condimentos y postres se coloquen sobre la mesa, tanto mejor será para todos quienes participan de la comida. Todos los alimentos complicados y con mezclas son dañinos para la salud de los seres humanos. La presencia no sólo de fibra en estos alimentos, sino de vitaminas como la A, C, y E, oligoelementos minerales, fotoquímicos y flavonoides, constituyen los elementos protectores contra el cáncer y otros males (Choque, 2010).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación de campo en el área de la salud pública, de tipo descriptivo, correlacional, dirigida al estudio de la calidad de vida y su relación con la práctica de los hábitos saludables en los miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día del Distrito misionero de Socabaya, Arequipa, Perú.

Diseño

El diseño es no experimental, de corte transversal. Es no experimental, porque el estudio se realizó sin manipular deliberadamente las variables (calidad de vida y hábitos saludables) y solo se observaron los fenómenos tal como se dieron en su ambiente natural en el que fueron analizados. Es de corte transversal, ya que los datos que se recolectaron fueron en un tiempo único, con la aplicación de un cuestionario.

Población y muestra

La población seleccionada para el presente estudio, está conformada por 300 miembros de ambos sexos, de entre 16 y 64 años de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, del Distrito Misionero Socabaya, Arequipa, Perú.

Para la selección de la muestra se utilizó un diseño por muestreo no aleatorio circunstancial

Tamaño de la muestra

Para la selección de la muestra se utilizó un diseño no probabilístico haciendo uso de la ecuación para poblaciones finitas a fin de darle representatividad

Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, a fin de cuidar que la muestra sea representativa.

$$N_0 = \frac{Npqz^2}{(N-1)d^2 + z^2pq} = 110$$

Donde:

N: Tamaño de la población, en este caso 110 usuarios

P: Proporción de la población que presenta la característica, en este caso (0,50)

q: Proporción de la población que no presenta la característica, en este caso (0,50)

Z: Distribución normal inversa, equivale a 1,96

d: Error de estimación, equivale a 0,04

Como el factor de corrección para poblaciones finitas es mayor que 0,10, entonces se corrige el tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula:

$$N = \frac{n_0}{\frac{1+n_0}{N}} = \frac{110}{\frac{1+109}{110}} = 86$$

La muestra para esta investigación fue de 110 usuarios a encuestar.

Selección de los elementos de la muestra

Los elementos de la muestra serán seleccionados de manera aleatoria

Criterios de inclusión

Se consideran los siguientes criterios:

1. Miembros activos de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Socabaya

2. Miembros de entre 16 y 64 años de edad
3. Miembros dispuestos para participar del estudio

Criterios de exclusión

Se consideran los siguientes criterios:

1. Miembros no regulares de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Socabaya
2. Miembros menores de 18 años y mayores de 64 años
3. Discapacidad mental y física

Consideraciones éticas

Se realizaron los trámites respectivos, cumpliendo todas las formalidades que requirió el presente estudio. Entre ellas, el permiso al presidente de la Misión Peruana del Sur, ancianos y juntas de Iglesia para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

La participación de los miembros de Iglesia fue de forma voluntaria, previa información, respetando en todo momento su libertad a decidir si participar o no en el presente estudio.

Definición y operacionalización de variables

Variable A

Calidad de vida

1. Bienestar económico
2. Amigos, vecindario y comunidad

3. Vida familiar y familia extensa
4. Educación y ocio
5. Medios de comunicación
6. Religión
7. Salud

Variable B

Hábitos saludables

1. Ejercicio
2. Descanso
3. Alimentación

Operacionalización de Variables					
TITULO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORACION	INSTRUMENTO
Calidad de vida y práctica de hábitos saludables en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015.	Calidad de vida	1. Bienestar económico	1.1 Tus actuales condiciones de vivienda. 1.2 Tus responsabilidades en la casa. 1.3 Tu capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas tuyas y de tu familia. 1.4 La capacidad de tu familia para gastar. 1.5 La cantidad de dinero que tienes para gastar el fin de semana.	Nunca 1 A veces 2 Siempre 3 Insatisfecho 1 Un poco satisfecho 2 Más o menos satisfecho 3 Bastante satisfecho 4 Completamente satisfecho 5	Cuestionario confeccionado por, Muchotrigo (2010) Cuestionario Confeccionado por, Damián. (2014) Adaptado por Martin Apaza
		2. Amigos, vecindario y comunidad	2.1. El tiempo que compartes con tus amigos 2.2 Las facilidades para hacer compras en tu comunidad. 2.3 La seguridad en tu comunidad. 2.4 Las facilidades para recreación 2.5 Los servicios que le brinda		

			el centro de salud más cercano a su hogar. 3.1Tu familia. 3.2El número de hijos en tu familia 3.3Tus hermanos y padres 3.4 La relación con tus parientes 4.1Tu actual situación profesional 4.2 El tiempo libre que tienes. 4.3 La forma como usas tu tiempo libre. 5.1 La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión. 5.2El contenido de los programas de televisión. 5.3 El contenido de videos. 5.4 El contenido de los periódicos y revistas. 5.5 Cantidad de tiempo que pasa “chateando”		
		3. Vida familiar y familia extensa			
		4. Educación y ocio			
		5. Medios de comunicación			

	Hábitos saludables	6. Religión 7. Salud 1. Ejercicio 2. Descanso	5.6 Cantidad de tiempo que pasa en Internet con fines no educativos. 5.7 Frecuencia con la que lee material educativo 5.8 Adquisición de literatura educativa. 6.1 Tu vida religiosa. 6.2 La vida religiosa de tu familia. 6.3 La vida religiosa de tu Iglesia. 7.1 Tu propia salud. 7.2 La salud de tus familiares. 7.3 La salud de los hermanos de iglesia. 1.1 Actividad física adecuada 1.2 Sedentarismo 2.1 Descanso adecuado 2.2 Descanso Inadecuado		
--	--------------------	---	---	--	--

		3. Alimentación	3.1Consumo de azúcar 3.2Consumo de frituras 3.3Práctica saludable del desayuno 3.4Consumo de cereales 3.5Consumo de menestras 3.6Consumo de oleaginosas 3.7Consumo de carnes 3.8Dieta lacto ovo vegetariana 3.9 Dieta vegetariana 3.10 Consumo de frutas 3.11Consumo de verduras 3.12Consumo de agua		
--	--	-----------------	---	--	--

Instrumentos de recolección de datos

Elaboración del instrumento

Para el desarrollo de la presente investigación hemos elaborado un cuestionario que nos permita medir los hábitos y se usó el instrumento de la calidad de vida de Muchotrigo (2010)

Validación del instrumento

Para el presente proyecto de investigación validamos el Instrumento de recolección de datos, poniéndolo a juicio de tres profesionales expertos en el tema, luego de lo cual fue sometido al análisis de confiabilidad mediante el paquete estadístico de del Alfa de Crombach, aplicándolo a 120 personas que cumplan las características de inclusión de la presente investigación.

Análisis de confiabilidad del instrumento calidad de vida

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Pre1	83,7	887,567	0,841	0,98
Pre2	83,5	895,611	0,955	0,98
Pre3	83,8	877,289	0,872	0,98
Pre4	84	904,667	0,752	0,98
Pre5	83,5	895,611	0,869	0,98
Pre6	83,5	893,167	0,836	0,98
Pre7	84,7	883,567	0,841	0,98
Pre8	83,3	910,233	0,876	0,98
Pre9	84,8	917,956	0,586	0,981
Pre10	84,1	887,656	0,83	0,98
Pre11	84	864,444	0,948	0,979
Pre12	84	878,444	0,876	0,98
Pre13	83,9	870,544	0,871	0,98
Pre14	84,1	872,989	0,91	0,979
Pre15	84,1	892,544	0,821	0,98

Pre16	84	900,444	0,75	0,98
Pre17	84,4	888,267	0,76	0,98
Pre18	84,6	923,822	0,639	0,981
Pre19	84,3	900,233	0,632	0,981
Pre20	85,1	915,656	0,675	0,981
Pre21	84,1	902,322	0,607	0,981
Pre22	84,2	894,844	0,761	0,98
Pre23	84,3	909,344	0,597	0,981
Pre24	84,2	893,067	0,696	0,981
Pre25	84,5	867,167	0,95	0,979
Pre26	84,1	865,433	0,952	0,979
Pre27	83,7	878,9	0,851	0,98
Pre28	83,9	869,656	0,88	0,98
Pre29	84	904,667	0,752	0,98
Pre30	83,5	895,611	0,869	0,98
Pre31	83,5	893,167	0,836	0,98

Si se desea quitar algún ítem la escala en si sigue manteniendo un alto porcentaje de confiabilidad; es decir, se mantienen homogénea su estructura y su confiabilidad del 0.981, es decir una confiabilidad casi perfecta.

Análisis de confiabilidad del instrumento hábitos saludables

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
pre1	84,7	883,567	0,841	0,88
pre2	83,3	910,233	0,876	0,88
pre3	84,8	917,956	0,586	0,881
pre4	84	904,667	0,752	0,88
pre5	83,5	895,611	0,869	0,88
pre6	83,5	893,167	0,836	0,88
pre7	84,7	883,567	0,841	0,88
pre8	83,3	910,233	0,876	0,88
pre9	84,8	917,956	0,586	0,881
pre10	84,1	887,656	0,83	0,88
pre11	84	864,444	0,948	0,878
pre12	84	878,444	0,876	0,88
pre13	83,9	870,544	0,871	0,88
pre14	84,1	872,989	0,91	0,878

pre15	84,1	892,544	0,821	0,88
pre16	84	900,444	0,75	0,88
pre17	84,4	888,267	0,76	0,88
pre18	84,6	923,822	0,639	0,881
pre19	83,7	887,567	0,841	0,88
pre20	83,5	895,611	0,955	0,88
pre21	83,8	877,289	0,872	0,88
pre22	84	904,667	0,752	0,88
pre23	83,5	895,611	0,869	0,88
pre24	83,5	893,167	0,836	0,88
pre25	84,7	883,567	0,841	0,88
pre26	83,3	910,233	0,876	0,88
pre27	84,5	867,167	0,95	0,878
pre28	84,1	865,433	0,952	0,878
pre29	83,7	878,9	0,851	0,88
pre30	83,9	869,656	0,88	0,88
pre31	84	904,667	0,752	0,88
pre32	83,5	895,611	0,869	0,88
pre33	83,5	893,167	0,836	0,88
pre34	84,7	883,567	0,841	0,88
pre35	83,3	910,233	0,876	0,88

Si se desea quitar algún ítem la escala en si sigue manteniendo un alto porcentaje de confiabilidad; es decir, se mantienen homogénea su estructura y su confiabilidad del 0.882; es decir, una confiabilidad casi perfecta.

Una vez sometido el presente cuestionario a análisis del alfa de Cronbach nos da el siguiente resultado

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,981	0,981	31

Por lo tanto, se aprecia que si existe una alta confiabilidad; es decir, que este instrumento si funciona y medirá bien los niveles de la calidad de vida y su posterior tabulación darán resultados más que esperados, ya que su índice de confiabilidad es de 0.981.

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de la información, se procedió a aplicar el cuestionario, los días sábados de tarde, previo permiso de las juntas de las Iglesias donde fue aplicado el mismo.

Este instrumento es económico, requiere de pocas personas y menor tiempo. Asimismo, las respuestas tienen menos riesgos de distorsión por ser anónimo y proporciona mayor libertad a los miembros de Iglesia para responder con honestidad.

Plan de tabulación y análisis de datos

Los datos recabados fueron transcritos y procesados en el programa estadístico SPSS v.22, y los resultados se presentaron en tablas y Gráficos que permitieron caracterizar la calidad de vida y su relación con los hábitos saludables practicados por los miembros de la IASD, Socabaya

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Descripción de los resultados

En la tabla 1 se observa que el 58.1% de los encuestados pertenecen al género femenino, mientras el 41.9% al género masculino.

Tabla 1. Género

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	36	41.9
Femenino	50	58.1
Total	86	100.0

En la tabla 2 se observa que el 48.8% de la mayoría de los encuestados pertenece a adultos, mientras la menor proporción de 2.3% a adolescentes.

Tabla 2. Edad

	Frecuencia	Porcentaje
Adulto mayor	8	9.3
Adultez	42	48.8
Joven adulto	28	32.6
Juventud	6	7.0
Adolescencia	2	2.3
Total	86	100.0

En la tabla 3 se observa que el 67.4% que es la mayoría de los encuestados, quienes tienen educación superior, mientras la menor proporción de 10.5% solo tiene educación primaria.

Tabla3. Grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje
Superior	58	67.4
Secundaria	19	22.1
Primaria	9	10.5
Total	86	100.0

En la tabla 4 se observa que el 68.6% que es la mayoría de los encuestados, quienes son conversos, mientras la menor proporción de 31.4% son cristianos de cuna.

Tabla 4. Forma de acceso a la IASD

	Frecuencia	Porcentaje
Converso	59	68.6
Cuna	27	31.4
Total	86	100.0

En la tabla 5 se observa que el 62.8% que es la mayoría de los encuestados, quienes tienen más de 10 años de bautizados, mientras la menor proporción de 11.6% solo tiene de 2 a 5 años de bautizados.

Tabla 5. Años de bautizado

	Frecuencia	Porcentaje
Más de 10 años	54	62.8
De 6 a 10 años	11	12.8
De 2 a 5 años	10	11.6
De 0 a 1 año	11	12.8
Total	86	100.0

En la tabla 6 se observa que el 55.8% que es la mayoría de los encuestados ganan desde S/800 – S/. 2000 soles mensualmente, mientras que es la menor proporción de 11.6% gana más de S/. 2000 soles mensualmente.

Tabla 6. Ingreso mensual

	Frecuencia	Porcentaje
más de S/2000	2	2.3
desde S/800 – S/2000	48	55.8
menos de S/799	36	41.9
Total	86	100.0

En la tabla se observa que la calidad de vida de los encuestados es crítica en 22.1%, y el 18.6% es de nivel regular y óptima respectivamente.

Tabla 7. Nivel de calidad de vida.

	Frecuencia	Porcentaje
Crítica	19	22,1
Deficiente	17	19,8
Regular	16	18,6
Buena	18	20,9
Óptima	16	18,6
Total	86	100,0

En la tabla 8 se observa que los hábitos de los encuestados es riesgoso y no saludable en 33.7% respectivamente. Y el 23.6% es saludable.

Tabla 8. Niveles de hábitos saludables.

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgoso	29	33,7
No saludable	29	33,7
Saludable	28	32,6
Total	86	100,0

En la tabla 9, se observa que los hábitos de los encuestados es riesgoso en 54.7%, y el 16.3% es saludable.

Tabla 9. Niveles de actividad física.

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgoso	47	54,7
No saludable	25	29,1
Saludable	14	16,3
Total	86	100,0

En la tabla 10, se observa que los hábitos de los encuestados son riesgosos en 64%. Y el 11.6% es saludable.

Tabla 10. Niveles de descanso.

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgoso	55	64,0
No saludable	21	24,4
Saludable	10	11,6
Total	86	100,0

En la tabla 11, se observa que los hábitos de los encuestados son riesgosos en 41.9%. Y el 26.7% es no saludable.

Tabla 11. Niveles de alimentación.

	Frecuencia	Porcentaje
Riesgoso	36	41,9
No saludable	23	26,7
Saludable	27	31,4
Total	86	100,0

En la tabla 12, en cuanto a la calidad de vida de los miembros de iglesia del Distrito Misionero Socabaya, se observa que la mayoría de los encuestados lleva una calidad de vida a nivel crítica en 22.1%. De lo cual, en cuanto a la mayor proporción de los datos más resaltantes según las variables sociodemográficas, se observa que el 26% son del género masculino los cuales han alcanzado un nivel crítico.

El 66.7% representan al grupo etario de la juventud, los cuales han alcanzado un nivel regular. El 55.6% tiene educación primaria los cuales han alcanzado un nivel crítico. El 44.4% son adventistas de cuna, los cuales han alcanzado un nivel crítico. Y el 50% tiene de 2 a 5 años de bautizados, los cuales han alcanzado un nivel crítico así como también un buen nivel respectivamente. Y el 36.1% de los que tiene un ingreso mensual menos de s/.799.00 mensuales tienen una calidad de vida crítica.

Tabla 12. Calidad de vida y datos Sociodemográficos

		Calidad de vida										Total	
		Crítica		Deficiente		Regular		Buena		Óptima			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Femenino	13	26,0%	12	24,0%	6	12,0%	11	22,0%	8	16,0%	50	100,0%
	Masculino	6	16,7%	5	13,9%	10	27,8%	7	19,4%	8	22,2%	36	100,0%
	Total	19	22,1%	17	19,8%	16	18,6%	18	20,9%	16	18,6%	86	100,0%
Edad	Adulto mayor	0	0,0%	0	0,0%	3	37,5%	2	25,0%	3	37,5%	8	100,0%
	Adultez	9	21,4%	12	28,6%	4	9,5%	10	23,8%	7	16,7%	42	100,0%
	Joven adulto	8	28,6%	5	17,9%	5	17,9%	6	21,4%	4	14,3%	28	100,0%
	Juventud	2	33,3%	0	0,0%	4	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Adolescencia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	Total	19	22,1%	17	19,8%	16	18,6%	18	20,9%	16	18,6%	86	100,0%
Grado de instrucción	Superior	10	17,2%	14	24,1%	14	24,1%	12	20,7%	8	13,8%	58	100,0%
	Secundaria	4	21,1%	1	5,3%	2	10,5%	6	31,6%	6	31,6%	19	100,0%
	Primaria	5	55,6%	2	22,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	22,2%	9	100,0%
	Total	19	22,1%	17	19,8%	16	18,6%	18	20,9%	16	18,6%	86	100,0%
Forma de acceso a la IASD	Cuna	12	44,4%	2	7,4%	6	22,2%	0	0,0%	7	25,9%	27	100,0%
	converso	7	11,9%	15	25,4%	10	16,9%	18	30,5%	9	15,3%	59	100,0%
	Total	19	22,1%	17	19,8%	16	18,6%	18	20,9%	16	18,6%	86	100,0%
Años de bautizado	Más de 10 años	8	14,8%	14	25,9%	13	24,1%	8	14,8%	11	20,4%	54	100,0%
	De 6 a 10 años	2	18,2%	2	18,2%	0	0,0%	5	45,5%	2	18,2%	11	100,0%
	De 2 a 5 años	5	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	50,0%	0	0,0%	10	100,0%
	De 0 a 1 año	4	36,4%	1	9,1%	3	27,3%	0	0,0%	3	27,3%	11	100,0%
	Total	19	22,1%	17	19,8%	16	18,6%	18	20,9%	16	18,6%	86	100,0%
Ingreso Mensual	más de S/2000	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	desde S/800 – S/2000	6	12,5%	12	25,0%	14	29,2%	8	16,7%	8	16,7%	48	100,0%
	menos de S/799	13	36,1%	5	13,9%	2	5,6%	10	27,8%	6	16,7%	36	100,0%
	Total	19	22,1%	17	19,8%	16	18,6%	18	20,9%	16	18,6%	86	100,0%

Por otro lado, en la tabla 13, acerca de la relación de asociación entre las variables sociodemográficas con la calidad de vida se observa lo siguiente: la edad

($p=.013<\alpha$), el grado de instrucción ($p=.036<\alpha$), la forma de acceso a la IASD ($p=.000<\alpha$), los años de bautizado ($p=.006<\alpha$) y el ingreso mensual ($p=.004<\alpha$) están asociadas con la calidad de vida. En los demás casos no se da tal relación de asociación.

Tabla 13. Calidad de vida y asociación con datos sociodemográficos.

	Chi- cuadrado	Gl	Sig.
Género	5,209	4	,267
Edad	31,228	16	,013 ^{*,b,c}
Grado de instrucción	16,513	8	,036 ^{*,b}
Forma de acceso a la IASD	21,589	4	,000 [*]
Años de bautizado	27,652	12	,006 ^{*,b}
Ingreso mensual	22,812	8	,004 ^{*,b,c}

En la tabla 14, en cuanto a los hábitos saludables de los miembros de iglesia del Distrito Misionero Socabaya, se observa que la mayoría de los encuestados tienen hábitos riesgosos y no saludables en 33.7%, respectivamente. De lo cual, en cuanto a la mayor proporción de los datos más resaltantes según las variables sociodemográficas se observa que el 41.7% son del género masculino. El 75% representan al grupo etario adulto mayor. El 66.7% tiene educación primaria los cuales tienen hábitos. El 48.1% es adventista con hábitos no saludables. Y el 70% tiene de 2 a 5 años de bautizados, cuyos hábitos son riesgosos. Y el 100% de los que tienen un ingreso mensual más de s/.2000.00 mensuales tiene hábitos saludables.

Tabla 14. Los hábitos saludables y datos sociodemográficos

		Hábitos saludables							
		No							
		Riesgoso		saludable		Saludable		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Femenino	20	40,0%	14	28,0%	16	32,0%	50	100,0%
	Masculino	9	25,0%	15	41,7%	12	33,3%	36	100,0%
	Total	29	33,7%	29	33,7%	28	32,6%	86	100,0%
Edad	Adulto mayor	2	25,0%	6	75,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Adulter	21	50,0%	6	14,3%	15	35,7%	42	100,0%
	Joven adulto	6	21,4%	13	46,4%	9	32,1%	28	100,0%
	Juventud	0	0,0%	4	66,7%	2	33,3%	6	100,0%
	Adolescencia	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	Total	29	33,7%	29	33,7%	28	32,6%	86	100,0%
	Total	29	33,7%	29	33,7%	28	32,6%	86	100,0%
Grado de instrucción	Superior	24	41,4%	20	34,5%	14	24,1%	58	100,0%
	Secundaria	4	21,1%	7	36,8%	8	42,1%	19	100,0%
	Primaria	1	11,1%	2	22,2%	6	66,7%	9	100,0%
	Total	29	33,7%	29	33,7%	28	32,6%	86	100,0%
Forma de acceso a la IASD	Cuna	10	37,0%	13	48,1%	4	14,8%	27	100,0%
	converso	19	32,2%	16	27,1%	24	40,7%	59	100,0%
	Total	29	33,7%	29	33,7%	28	32,6%	86	100,0%
Años de bautizado	Más de 10 años	17	31,5%	22	40,7%	15	27,8%	54	100,0%
	De 6 a 10 años	4	36,4%	0	0,0%	7	63,6%	11	100,0%
	De 2 a 5 años	7	70,0%	0	0,0%	3	30,0%	10	100,0%
	De 0 a 1 año	1	9,1%	7	63,6%	3	27,3%	11	100,0%
	Total	29	33,7%	29	33,7%	28	32,6%	86	100,0%
Ingreso mensual	más de S/2000	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	desde S/800 – S/2000	17	35,4%	18	37,5%	13	27,1%	48	100,0%
	menos de S/799	12	33,3%	11	30,6%	13	36,1%	36	100,0%
	Total	29	33,7%	29	33,7%	28	32,6%	86	100,0%

Por otro lado, en la tabla 15, acerca de la relación de asociación entre las variables sociodemográficas con los hábitos saludables se observa lo siguiente: la edad ($p=.001<\alpha$). La forma de acceso a la IASD ($p=.042<\alpha$) y los años de bautizado ($p=.042<\alpha$) están asociadas con los hábitos saludables. Y en los demás casos no se da tal relación de asociación.

Tabla 15. Los hábitos saludables y asociación con datos sociodemográficos

	Chi- cuadrado	Gl.	Sig.
Género	2,567	2	,277
Edad	25,657	8	,001 ^{*,b,c}
Grado de instrucción	8,706	4	,069 ^b
Forma de acceso a la IASD	6,363	2	,042 [*]
Años de bautizado	20,532	6	,002 ^{*,b}
Ingreso mensual	5,077	4	,279 ^{b,c}

En la tabla 16, en cuanto a los ejercicios de los miembros de iglesia del Distrito Misionero Socabaya, se observa que la mayoría de los encuestados tiene hábitos de ejercicio riesgoso en 54.6%. De lo cual, en cuanto a la mayor proporción de los datos más resaltantes según las variables sociodemográficas se observa que el 55.6% son del género masculino. El 100% de los que representan al grupo etario de la juventud realizan ejercicios riesgosos. El 60.3% tiene educación superior, los cuales realizan ejercicios riesgosos. El 63% es adventista de cuna los cuales realizan ejercicios riesgosos. Y el 81.8% tiene de 0 a 1 año de bautizados cuyos los cuales realizan ejercicios riesgosos. Y el 100% de los que tienen un ingreso mensual más de s/.2000.00 mensuales realiza ejercicios saludables.

Tabla 16. Los ejercicios y datos sociodemográficos.

		Riesgoso		No saludable		Saludable		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Femenino	27	54,0%	17	34,0%	6	12,0%	50	100,0%
	Masculino	20	55,6%	8	22,2%	8	22,2%	36	100,0%
	Total	47	54,7%	25	29,1%	14	16,3%	86	100,0%
Edad	Adulto mayor	2	25,0%	6	75,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Adultez	24	57,1%	12	28,6%	6	14,3%	42	100,0%
	Joven adulto	15	53,6%	7	25,0%	6	21,4%	28	100,0%
	Juventud	6	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	100,0%
	Adolescencia	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	Total	47	54,7%	25	29,1%	14	16,3%	86	100,0%
Grado de instrucción	Superior	35	60,3%	14	24,1%	9	15,5%	58	100,0%
	Secundaria	7	36,8%	9	47,4%	3	15,8%	19	100,0%
	Primaria	5	55,6%	2	22,2%	2	22,2%	9	100,0%
	Total	47	54,7%	25	29,1%	14	16,3%	86	100,0%
Forma de acceso a la IASD	Cuna	17	63,0%	5	18,5%	5	18,5%	27	100,0%
	converso	30	50,8%	20	33,9%	9	15,3%	59	100,0%
	Total	47	54,7%	25	29,1%	14	16,3%	86	100,0%
Años de bautizado	Más de 10 años	25	46,3%	18	33,3%	11	20,4%	54	100,0%
	De 6 a 10 años	6	54,5%	4	36,4%	1	9,1%	11	100,0%
	De 2 a 5 años	7	70,0%	3	30,0%	0	0,0%	10	100,0%
	De 0 a 1 año	9	81,8%	0	0,0%	2	18,2%	11	100,0%
	Total	47	54,7%	25	29,1%	14	16,3%	86	100,0%
Ingreso mensual	más de S/2000	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	desde S/800 – S/2000	27	56,3%	14	29,2%	7	14,6%	48	100,0%
	menos de S/799	20	55,6%	11	30,6%	5	13,9%	36	100,0%
	Total	47	54,7%	25	29,1%	14	16,3%	86	100,0%

Por otro lado en la tabla 17, acerca de la relación de asociación entra las variables sociodemográficas con los hábitos saludables se observa lo siguiente: la edad ($p=.002<\alpha$), y el ingreso mensual ($p=.032<\alpha$) están asociadas con los ejercicios. Y en los demás casos no se da tal relación de asociación.

Tabla 17. Los Ejercicios y asociación con datos sociodemográficos

	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
Género	2,352	2	,309
Edad	24,435	8	,002 ^{*,b,c}
Grado de instrucción	4,486	4	,344 ^b
Forma de acceso a la IASD	2,126	2	,345
Años de bautizado	8,903	6	,179 ^b
Ingreso mensual	10,552	4	,032 ^{*,b,c}

En la tabla 18, en cuanto al descanso de los miembros de iglesia del Distrito Misionero de Socabaya, se observa que el descanso de la mayoría de los encuestados es riesgoso en 64%. De lo cual, en cuanto a la mayor proporción de los datos más resaltantes según las variables sociodemográficas se observa que el 66% pertenece al género femenino, tiene un descanso riesgoso. El 100% de los que representan al grupo etario adulto mayor también tiene un descanso riesgoso. El descanso de los que tienen educación superior es riesgoso en 74.1%. El descanso de los adventistas conversos es riesgoso en 66.1%. El descanso de los que tienen más de 10 años de bautizados es riesgoso en 70.4%. Y el 68.8% de los que tienen un ingreso mensual más de s/.2000.00 mensuales es saludable.

Tabla 18. El descanso y datos sociodemográficos

		Riesgoso		No saludable		Saludable		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Femenino	33	66,0%	16	32,0%	1	2,0%	50	100,0%
	Masculino	22	61,1%	5	13,9%	9	25,0%	36	100,0%
	Total	55	64,0%	21	24,4%	10	11,6%	86	100,0%
Edad	Adulto mayor	8	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Adulthood	22	52,4%	17	40,5%	3	7,1%	42	100,0%
	Joven adulto	23	82,1%	2	7,1%	3	10,7%	28	100,0%
	Juventud	2	33,3%	0	0,0%	4	66,7%	6	100,0%
	Adolescencia	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%
	Total	55	64,0%	21	24,4%	10	11,6%	86	100,0%
	Total	55	64,0%	21	24,4%	10	11,6%	86	100,0%
Grado de instrucción	Superior	43	74,1%	9	15,5%	6	10,3%	58	100,0%
	Secundaria	9	47,4%	8	42,1%	2	10,5%	19	100,0%
	Primaria	3	33,3%	4	44,4%	2	22,2%	9	100,0%
	Total	55	64,0%	21	24,4%	10	11,6%	86	100,0%
Forma de acceso a la IASD	Cuna	16	59,3%	7	25,9%	4	14,8%	27	100,0%
	converso	39	66,1%	14	23,7%	6	10,2%	59	100,0%
	Total	55	64,0%	21	24,4%	10	11,6%	86	100,0%
Años de bautizado	Más de 10 años	38	70,4%	11	20,4%	5	9,3%	54	100,0%
	De 6 a 10 años	6	54,5%	4	36,4%	1	9,1%	11	100,0%
	De 2 a 5 años	7	70,0%	3	30,0%	0	0,0%	10	100,0%
	De 0 a 1 año	4	36,4%	3	27,3%	4	36,4%	11	100,0%
	Total	55	64,0%	21	24,4%	10	11,6%	86	100,0%
Ingreso mensual	más de S/2000	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	desde S/800 – S/2000	33	68,8%	12	25,0%	3	6,3%	48	100,0%
	menos de S/799	22	61,1%	9	25,0%	5	13,9%	36	100,0%
	Total	55	64,0%	21	24,4%	10	11,6%	86	100,0%

Por otro lado, en la tabla 19, acerca de la relación de asociación entre las variables sociodemográficas con el descanso se observa lo siguiente: el género

($p=.002<\alpha$), la edad ($p=.000<\alpha$). El grado de instrucción edad ($p=.043<\alpha$) y el ingreso mensual ($p=.002<\alpha$) están asociadas con los ejercicios. Y en los demás casos no se da tal relación de asociación.

Tabla 19. El descanso y asociación con datos sociodemográficos

	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
Género	12,412	2	,002*
Edad	39,607	8	,000*,b,c
Grado de instrucción	9,842	4	,043*,b
Forma de acceso a la IASD	,516	2	,773
Años de bautizado	10,308	6	,112 ^b
Ingreso mensual	16,782	4	,002*,b,c

En la tabla 20, en cuanto a la alimentación de los miembros de iglesia del Distrito Misionero Socabaya, se observa que la alimentación de la mayoría de los encuestados es riesgoso en 41.9%. De lo cual, en cuanto a la mayor proporción de los datos más resaltantes según las variables sociodemográficas se observa que el 42% son del género femenino con alimentación riesgosa. El 100% de los adolescentes tiene una la alimentación saludable. El 66.7% de los que tienen educación primaria su alimentación es saludable. El 51.9% de los adventistas de cuna su alimentación es riesgosa. El 63.6% de los que tienen de 6 a 10 años de bautizados su alimentación es saludable. Y el 100% de los que tienen un ingreso mensual más de s/.2000.00 mensuales es saludable.

Tabla 20. La alimentación y datos sociodemográficos.

		Riesgoso		No saludable		Saludable		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Género	Femenino	21	42,0%	13	26,0%	16	32,0%	50	100,0%
	Masculino	15	41,7%	10	27,8%	11	30,6%	36	100,0%
	Total	36	41,9%	23	26,7%	27	31,4%	86	100,0%
Edad	Adulto mayor	5	62,5%	3	37,5%	0	0,0%	8	100,0%
	Adulthood	19	45,2%	8	19,0%	15	35,7%	42	100,0%
	Joven adulto	10	35,7%	10	35,7%	8	28,6%	28	100,0%
	Juventud	2	33,3%	2	33,3%	2	33,3%	6	100,0%
	Adolescencia	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	Total	36	41,9%	23	26,7%	27	31,4%	86	100,0%
	Total	36	41,9%	23	26,7%	27	31,4%	86	100,0%
Grado de instrucción	Superior	29	50,0%	15	25,9%	14	24,1%	58	100,0%
	Secundaria	4	21,1%	8	42,1%	7	36,8%	19	100,0%
	Primaria	3	33,3%	0	0,0%	6	66,7%	9	100,0%
	Total	36	41,9%	23	26,7%	27	31,4%	86	100,0%
Forma de acceso a la IASD	Cuna	14	51,9%	9	33,3%	4	14,8%	27	100,0%
	converso	22	37,3%	14	23,7%	23	39,0%	59	100,0%
	Total	36	41,9%	23	26,7%	27	31,4%	86	100,0%
Años de bautizado	Más de 10 años	23	42,6%	17	31,5%	14	25,9%	54	100,0%
	De 6 a 10 años	4	36,4%	0	0,0%	7	63,6%	11	100,0%
	De 2 a 5 años	5	50,0%	2	20,0%	3	30,0%	10	100,0%
	De 0 a 1 año	4	36,4%	4	36,4%	3	27,3%	11	100,0%
	Total	36	41,9%	23	26,7%	27	31,4%	86	100,0%
Ingreso mensual	más de S/2000	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
	desde S/800 – S/2000	20	41,7%	18	37,5%	10	20,8%	48	100,0%
	menos de S/799	16	44,4%	5	13,9%	15	41,7%	36	100,0%
	Total	36	41,9%	23	26,7%	27	31,4%	86	100,0%

Por otro lado en la tabla 21, acerca de la relación de asociación entre las variables sociodemográficas con la alimentación se observa lo siguiente: el grado de instrucción, edad ($p=.043<\alpha$) y el ingreso mensual ($p=.020<\alpha$) están asociadas con los ejercicios. Y en los demás casos no se da tal relación de asociación.

Tabla 21. La alimentación y asociación con datos sociodemográficos

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Género	,039	2	,981
Edad	10,711	8	,219 ^{a,b}
Grado de instrucción	11,859	4	,018 ^{a,*}
Forma de acceso a la IASD	5,024	2	,081
Años de bautizado	8,492	6	,204 ^a
Ingreso mensual	11,644	4	,020 ^{a,b,*}

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

H₀. No existe una relación significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables en los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD Arequipa, 2015.

H_a: Existe relación significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables en los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD Arequipa, 2015.

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

Como se muestra en la tabla 22, en cuanto a la correlación entre calidad de vida y los hábitos saludables; el modelo estadístico para variables ordinales Rho Spearman, reporta un valor $p = 0.013$ a un nivel de significativa de 0,05 (bilateral), y un nivel de relación de 0,403; lo cual indica una correlación media entre las variables. Por otro lado, existe un *Chi-cuadrado de Pearson* = 27,129, *g.l.* = 8, y $p < .001$.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que existe relación significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables en los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD Arequipa, 2015.

Tabla 22. Calidad de vida y los hábitos saludables en los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD

Calidad de vida	Hábitos saludables							
	Riesgoso		No saludable		Saludable		Total	
	n	%	n	%	N	%	N	%
Óptima	4	25,0%	5	31,3%	7	43,8%	16	100,0%
Buena	6	33,3%	2	11,1%	10	55,6%	18	100,0%
Regular	0	0,0%	12	75,0%	4	25,0%	16	100,0%
Deficiente	10	58,8%	4	23,5%	3	17,6%	17	100,0%
Crítica	9	47,4%	6	31,6%	4	21,1%	19	100,0%
Total	29	33,7%	29	33,7%	28	32,6%	86	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson = 27,129 *g.l.* = 8 *p* < .001

Correlación de Spearman = .403 Sig. (bilateral) = ,013

Fuente: Cuestionario dirigido a niños (Anexo 1)

Hipótesis específica 1

H₀: No existe relación significativa entre la calidad de vida con los ejercicios que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015

H_a: Existe relación significativa entre la calidad de vida con los ejercicios que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.

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

Como se muestra en la tabla 23, en cuanto a la correlación entre calidad de vida y con los ejercicios que se practican, el modelo estadístico para variables ordinales Rho Spearman, reporta un valor $p = 0.000$ a un nivel de significativa de 0,05 (bilateral), y un nivel de relación de 0,413; lo cual indica una correlación media entre las variables. Por otro lado, existe un *Chi-cuadrado de Pearson* = 28,149, *g.l.* = 8, y $p < .005$. Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que existe relación significativa entre la calidad de vida con los ejercicios que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.

Tabla 23. Calidad de vida y los ejercicios que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD

Calidad de vida	Ejercicios que se practica							
	Riesgoso		No saludable		Saludable		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Óptima	1	6,3%	7	43,8%	8	50,0%	16	100,0%
Buena	12	66,7%	5	27,8%	1	5,6%	18	100,0%
Regular	11	68,8%	5	31,3%	0	0,0%	16	100,0%
Deficiente	9	52,9%	6	35,3%	2	11,8%	17	100,0%
Crítica	14	73,7%	2	10,5%	3	15,8%	19	100,0%
Total	47	54,7%	25	29,1%	14	16,3%	86	100,0%
$Chi-cuadrado de Pearson = 28,149 \quad g.l. = 8 \quad p < .005$ $Correlación de Spearman = .413 \quad Sig. (bilateral) = ,000$								

Fuente: Cuestionario dirigido a niños (Anexo 1)

Hipótesis específica 2

H₀: No existe relación significativa entre la calidad de vida se relaciona con el descanso que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015

H_a: Existe relación significativa entre la calidad de vida se relaciona con el descanso que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015

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

Como se muestra en la tabla 24, en cuanto a la correlación entre calidad de vida y el descanso; el modelo estadístico para variables ordinales Rho Spearman, reporta un valor $p = 0.925$ a un nivel de significativa de 0,05 (bilateral), y un nivel de relación de 0,008; lo cual indica una correlación nula entre las variables. Por otro lado, existe un *Chi-cuadrado de Pearson* = 13,573, *g.l.* = 8, y $p > .005$. Luego no habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que no existe relación significativa entre la calidad de vida se relaciona con el descanso que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.

Tabla 24. Calidad de vida y el descanso de los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD.

Calidad de vida	Descanso							
	Riesgoso		No saludable		Saludable		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Óptima	7	43,8%	7	43,8%	2	12,5%	16	100,0%
Buena	14	77,8%	3	16,7%	1	5,6%	18	100,0%
Regular	14	87,5%	0	0,0%	2	12,5%	16	100,0%
Deficiente	10	58,8%	6	35,3%	1	5,9%	17	100,0%
Crítica	10	52,6%	5	26,3%	4	21,1%	19	100,0%
Total	55	64,0%	21	24,4%	10	11,6%	86	100,0%
<i>Chi-cuadrado de Pearson = 13,573 g.l. = 8 p > .005</i>								
<i>Correlación de Spearman = - .008 Sig. (bilateral) = ,925</i>								

Fuente: Cuestionario dirigido a niños (Anexo 1)

Hipótesis específica 3

H₀: No existe una relación significativa entre la calidad de vida con la adecuada alimentación de los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.

H_a: Existe relación significativa entre la calidad de vida con la adecuada alimentación de los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.

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

Como se muestra en la tabla 25, en cuanto a la correlación entre calidad de vida y con la alimentación; el modelo estadístico para variables ordinales Rho Spearman, reporta un valor $p = 0.000$ a un nivel de significativa de 0,05 (bilateral), y un nivel de relación de 0,391; lo cual indica una correlación baja entre las variables. Por otro lado, existe un *Chi-cuadrado de Pearson* = 22,237, *g.l.* = 8, y $p < .005$. Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula, se concluye que existe relación significativa entre la calidad de vida y la alimentación que practican los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015.

Tabla 25. Calidad de vida con la alimentación de los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD.

Calidad de vida	Alimentación							
	Riesgoso		No saludable		Saludable		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Óptima	6	37,5%	5	31,3%	5	31,3%	16	100,0%
Buena	4	22,2%	2	11,1%	12	66,7%	18	100,0%
Regular	5	31,3%	7	43,8%	4	25,0%	16	100,0%
Deficiente	8	47,1%	7	41,2%	2	11,8%	17	100,0%
Crítica	13	68,4%	2	10,5%	4	21,1%	19	100,0%
Total	36	41,9%	23	26,7%	27	31,4%	86	100,0%
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i> = 22,237 <i>g.l.</i> = 8 $p < .005$								
<i>Correlación de Spearman</i> = .391 Sig. (bilateral) = ,000								
Fuente: Cuestionario dirigido a niños (Anexo 1)								

Discusión de resultados

El objetivo de la investigación fue determinar la relación de la calidad de vida y prácticas de hábitos saludables en el distrito Misionero Socabaya de la Misión Peruana del Sur de la Iglesia Adventista del Séptimo Día en Arequipa. Se halló que existe relación directiva y significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables en esta muestra de estudio; es decir, mientras mejor es la calidad de vida de los miembros de iglesia practicarán mejores hábitos saludables. Dicho de otro modo, los miembros del distrito misionero que tienen bienestar económico y muestran mejores relaciones con amigos y vecindario, además de las facilidades a entidades servicios; así como los que se sienten satisfechos con su vida familiar se adhieren mejor a los hábitos saludables.

Asimismo, los feligreses de la muestra estudiada que están satisfechos con su nivel de educación y momentos de ocio; igualmente los que se sienten tener accesibilidad a los medios de comunicación; además de sentir una positiva valoración general de su práctica religiosa y salud muestran también mejores prácticas con los hábitos saludables.

Del mismo modo, al analizar la calidad de vida con las dimensiones se verificó que existe una relación significativa entre los que muestran mejor calidad de vida con la prácticas de ejercicios y buenos hábitos alimenticios; es decir, los miembros de iglesia que están gozando de mejor calidad de vida podrían estar más motivados a ejercitarse y a tener una alimentación saludable. Aspecto contrario en relación con el descanso que no se halló relación significativa quiere decir que el hecho de que los miembros de iglesia que tienen óptima calidad de vida no están practicando hábitos de descanso saludables. Un aspecto resaltante que se puede inferir en relación con el desarrollo que presenta la ciudad y los accesos a espacios de diversión nocturnos

(según dato de desarrollo delineado por Perú económico.com) que podrían estar implicando en lo no adherencia a los hábitos saludables de descanso por los miembros de esta comunidad religiosa.

Por otro lado, al compararlo con otros estudios sobre prácticas de hábitos saludables en alimentación, ejercicios y descanso, se halló que a la mayoría les es difícil desarrollar hábitos saludables a diferencia con la muestra estudiada en la presente investigación que presenta altos niveles de adherencia a las prácticas de hábitos saludables. Como lo acredita Gómez Domínguez (2010), en su estudio, los jóvenes estudiantes en México tienen malos hábitos alimenticios en el consumo de alimentos con alto contenido calórico, sumado a un mal hábito de ejercicio físico; aun aquellos que conocían de salud como eran los estudiantes de medicina. Resaltando que la valoración subjetiva de ese grupo etario era regular a diferencia de los de medicina con una mala percepción.

Asimismo, Cao Torija (2011) en su estudio en España sobre los mismos hábitos de alimentación y actividad física en población femenina adulta urbana, concluye que éstas llevan a cabo una alimentación con escasa cantidad de cereales, lácteos, aceite de oliva y frutas, y un exceso de carnes, dulces y precocinados. Refiere que las mujeres estudiadas desean perder peso, han tratado de ocultar su silueta con la ropa y, sin embargo, no han hecho dieta, ni han incrementado su actividad, para perderlo peso en los últimos seis meses. También admiten comer a deshora, ingerir alimentos que no les convienen y hacen ambas cosas principalmente por placer, aburrimiento y ansiedad, aunque piensan que su alimentación es correcta y no creen importantes sus transgresiones.

De la misma manera, en un estudio que realizó Burga Guzmán (2013), sobre estilos de vida de las adolescentes, acredita la práctica de hábitos nocivos de ese grupo etario al evidenciar que omiten el desayuno por falta de tiempo, el refrigerio basado en comida chatarra y la cena es el almuerzo recalentado. Además el descanso se ve interrumpido por la rutina que ellas llevan, pues no descansan adecuadamente, y esto les genera diversos problemas que las conlleva al agotamiento físico y mental. Igualmente, se evidencia que los adolescentes no realizan ejercicio físico adecuadamente, enfatizando su reemplazo por el facilismo de la tecnología:

Se puede evidenciar hasta aquí que tener hábitos saludables en otras poblaciones estudiadas es difícil; al no poder adherirse saludablemente por múltiples factores además que reflejan que las prácticas de hábitos nocivos, no son propios de un grupo etario sino más bien parece ser un asunto que obedece a principios valorativos de vida. Al comparar con la población estudiada en esta investigación se verifica que hay una distribución un tanto proporcional para cada nivel (riesgoso, no saludable y saludable); por ejemplo, encontramos que son los adultos mayores seguidos por los jóvenes que presentan mayores prácticas no saludables en un 75% y 66.7%, respectivamente. A diferencia de los adultos que presentan bajas prácticas no saludables en 14.3%, pero sí un 50% en el nivel de riesgo.

Estos datos son muy resaltantes en vista de que la juventud se siente más expuesta y más sensible (como lo acredita estudios antes mencionados) a romper reglas saludables de salud, así como los adultos mayores que presentan los más altas prácticas de hábitos no saludables, lo cual refleja lo difícil que es trabajar con una población etaria con patrones culturales y hábitos arraigados a vínculos emocionales.

Sin embargo, cuando se verifica el cruce general con calidad de vida, este estudio expresa que sí hay implicancia entre tener una mejor calidad de vida para

practicar hábitos saludables de salud. A diferencia de los resultados encontrados en Grimaldo (2010) en su estudio realizado sobre los dominios de bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, pareja, vida familiar, ocio, medios de comunicación, religión y calidad de vida y tres factores del estilo de vida saludable en estudiantes de posgrados de Lima que indica que no se encontró correlación entre calidad de vida y actividad deportiva, aunque sí en hábitos de salud y consumo de alimentos sano en el grupo de edad más joven. Sin embargo, de manera general, Grimaldo enfatiza que existe una estrecha relación entre sueño y calidad de vida. Este último corrobora los resultados encontrados en el presente estudio de investigación

Por otro lado, cabe indicar que la población estudiada es una población religiosa que, de una u otra manera, posee principios de salud como parte de su desarrollo eclesial; sin embargo, se puede verificar que aunque hay una relación directa y significativa entre tener mejor calidad de vida y practicar hábitos saludables una preocupante proporción se halla en prácticas no saludables y una similar proporción en prácticas de hábitos riesgosos. Un aspecto a ser considerado por los administrativos de este cuerpo religioso frente a un Distrito que presenta mejores estándares de calidad de vida; por ejemplo, Arequipa (Perú económico.com 2012)

Es importante la opinión de Dalton Mato (1996), resalta que el 39,8% tiene un régimen alimenticio de acuerdo con la propuesta adventista. Castellanos Hernández (2011) resaltó que la práctica religiosa sí influye positiva y significativamente en el estilo de vida de los jóvenes. Por lo que el investigador recomienda que las iglesias y sus dirigentes puedan estar más atentos del diario vivir de sus jóvenes, tanto en sus prácticas religiosas como en su estilo de vida. Además lo enfático que es Solís Mena (2009) al resaltar en su estudio que a más esfuerzos por elevar el conocimiento doctrinal podría mejorarse levemente la calidad del estilo de vida.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En esta sección, se presentan solamente las conclusiones de los resultados correlacionales:

Primera conclusión. Existe relación significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables de los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD Arequipa, 2015. Luego el grado de correlación entre la calidad de vida y los hábitos saludables es 0,403 de correlación media, y donde $p < \alpha$ ($p = ,000 < 0.05$) Y Chi-cuadrado de Pearson = 27,129, g.l. = 8, y $p < .001$, lo cual indica que la correlación es significativa.

Segunda conclusión. Existe relación significativa entre calidad de vida y los ejercicios que practican los miembros del distrito Misionero Socabaya de la IASD Arequipa, 2015. Luego el grado de correlación entre la calidad de vida y los ejercicios es 0,413 de correlación media, y donde $p < \alpha$ ($p = ,000 < 0.05$) Y Chi-cuadrado de Pearson = 28,149, g.l. = 8, y $p < .005$, lo cual indica que la correlación es significativa.

Tercera conclusión. No existe relación significativa entre calidad de vida y el descanso en los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD, Arequipa, 2015. Luego el grado de correlación entre la calidad de vida y el descanso es 0,008 de nula correlación, y donde $p > \alpha$ ($p = ,925 > 0.05$) Y Chi-cuadrado de Pearson = 13,573, g.l. = 8, y $p < .005$, lo cual indica que la correlación no es significativa.

Cuarta conclusión. Existe relación significativa entre la calidad de vida con la adecuada alimentación en los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, Arequipa, 2015. Luego el grado de correlación entre la calidad de vida y la alimentación es 0,391 de correlación baja, y donde $p < \alpha$ ($p = ,000 < 0.05$) Y Chi-cuadrado de Pearson = 22,237, g.l. = 8, y $p < .005$, lo cual indica que la correlación es significativa.

Recomendaciones

1. Se recomienda realizar otras investigaciones en esta población religiosa en comparación con otras no religiosas, a fin de verificar por qué los hábitos de descanso no se relacionan con la calidad de vida. Además para poder corroborar la práctica de los demás hábitos en dicha población que tiene como parte de su doctrina principios de salud.
2. Tomando en cuenta los resultados de esta investigación respecto al nivel bajo y riesgoso de la práctica de hábitos saludables sobre todo en la juventud y adulto mayor en esta población, se recomienda realizar un programa de apoyo psicosocial que ayude a los miembros de iglesia a mejorar sus hábitos de salud.
3. Se sugiere al personal administrativo de esta comunidad religiosa que pueda generar estrategias y políticas eclesíásticas, con el propósito de generar en sus diferentes grupos etarios factores protectores frente a hábitos nocivos tanto como mejores actividades que motiven a la práctica de hábitos saludables.
4. En cuanto a lo social se recomienda capacitar al personal pastoral en estrategias de habilidades sociales, a fin de que ellos empoderen a sus dirigentes y faciliten estrategias a sus miembros, con propósito de generar prácticas de hábitos saludables.

5. También se recomienda a las familias tomar en cuenta los resultados de esta investigación, a fin de reconfigurar su estilo de vida a hábitos saludables considerando que el régimen pro salud es parte de su cosmovisión eclesial.

6. Finalmente, se recomienda que los sectores públicos y actores locales puedan tomar en cuenta los resultados del presente estudio, a fin de generar políticas públicas que conlleven a la toma de decisiones administrativas, económicas, sociales con los diferentes grupos étnicos, con el propósito de mejorar sus hábitos de vida repotenciando su bienestar y calidad de vida.

REFERENCIAS

- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Arnold, R., Ranchor, A., Sanderman, R., Kempen, G., Ormel, J., & Suurmeijer, T. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of life Research*, 13, 883-896.
- Arnott, T. (2005). Las 24 maneras realistas del Dr Arnott para mejorar su salud. 1edición. Pacific Press Publishing Associatio, E.U.
- Belaunde Trelles, I. (1994). Hábitos de estudio, *Revista Facultad de Psicología, Universidad Sagrado Corazón*. UNIFE, Año 2 N° 2, Lima.
- Benzaquen, W. (1996) “Principales características del estilo de vida practicado por los jóvenes adventistas de 16 a 30 años en el Perú”. Tesis de Maestría, Universidad adventista de Chile, 1996.
- Borthwick, D. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. En L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp. 150-165). New York: Springer-Verlag.
- Burga Guzmán, D. R. (2013): “Estilos de Vida de las Adolescentes de una Institución Educativa – Chiclayo 2012.” Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo - Perú.
- Cacciabure, M. F. (2005). La alimentación de los adventistas del séptimo día como modelo de una dieta Ovolacteovegetariana. Universidad de Buenos Aires.
- Camfield, L. y Skenvington, S. (2008). Ob Subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 764–775.
- Cao Torija, M. J. (2011): “Estudio de Alimentación, Nutrición y Actividad Física en Población Femenina Adulta Urbana de Valladolid (Amuva)”. Universidad de Valladolid. España.
- Castellanos L. (2011). “Práctica Religiosa y calidad del estilo de vida de los jóvenes de la zona sur de la Misión Sur oriental de Honduras”
- Choque Fernández, J. (2012). La salud y el estilo de vida de los adventistas. 1era Edición Editorial Unión. Perú.
- Cristo, S. (2010). Saude longevidades en 12 pasos. Healt, 4D Interncional, 3916, Quail, ave, McAllen TX78504,USA.

- Cummins, R. y Cahill J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. En Intervención psicosocial. Revista sobre igualdad y calidad de vida. Vol 9 (2) Colegio Oficial de psicólogos de Madrid. Madrid.
- Damian, T. (2014). Relación entre estilos de vida y síndrome metabólico en la comunidad adventista de Puente Piedra, Lima, Perú, 2014.
- Dihl, H; Ludington, A. (2003). Vida Dinámica. Asociación publicadora internacional sudamericana. 2003. Buenos Aires.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. Journal of Happiness Studies.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Vol. 16, N° 1, pp. 51-74.
- Fernández del Valle, J. (1996). Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida. En G. Buela, V. E. Caballo y J. C. Sierra (Eds.), Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud (pp. 1071-1089). Madrid: Siglo XXI.
- Ferrans, C. (1996). Development of a conceptual model of quality of life. Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 10(3), 293-304.
- Gálvez Vivanco, C (2002). *Poder para cambiar los hábitos de salud de manera feliz y para siempre*. 1Edición Editorial Unión. Perú
- Goldbaum, M. (1997). Estilos de vida y modernidad. En: D. Sánchez, R. Bazzani y S. Gómez (editores) Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Montevideo. Uruguay.
- Gómez Domínguez, J. I. (2010) “Hábitos alimenticios en estudiantes Universitarios de ciencias de la salud de Minatitlán,” Universidad Veracruzana. México.
- Gómez, J., Salazar, N. (2010) Hábitos alimenticios en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de Minatitlán, Ver. Universidad Veracruzana.
- Grimaldo, M. (2009). Calidad de vida y afectos en escolares de Lima. Documento presentado en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, 29 de julio-2 de agosto 2009 (pág.445). Guatemala: Sociedad Interamericana de Psicología.
- Grimaldo, M (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento Psicológico, Sin mes, 17-38.
- Hein, C. (2004) “Estilo de vida y práctica de los ocho remedios naturales en los feligreses Adventistas de la Misión Argentina del Noroeste”. Tesis Doctoral, Seminario Adventista Latinoamericano de Teología..

- Herrera L. (1998) “Conocimientos y práctica del estilo de vida propuesto por la Iglesia Adventista del Séptimo Día”: Un estudio entre los miembros de la comunidad Adventista de Villa Unión”. Tesis de Maestría, Universidad Adventista de Chile.
- INEI. (2009). Informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Perú.
- Inga, J. y Vara A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima – Perú. *Universitas Psicológica*, 5(3), 475-486
- Malkmus G. H. (1997) Por que se enferman los cristianos, A & T Internacional Corp. Miami.
- Mato, D.(1996) “Actitudes y prácticas de las enseñanzas de salud adventista en los miembros activos y regulares de las IASD de Montevideo”. Tesis de maestría, Universidad Adventista de Chile.
- Maya, L. (2001). Los Estilos de Vida Saludables: componente de la calidad de vida. Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación (Funlibre)
.Recuperado el 3 de noviembre del 2015 de
<http://www.mitecnologico.com/Main>.
- Miró, E., Cano-Lozano, M. C., Espinosa-Fernández, L. & Buela-Casal, G. (2003). Time estimation during prolonged sleep deprivation and its relation to activation measures. *Human Factors*, 45, 148-159.
- Montes de Oca, J. y Mendocilla (2005). Guía para la promoción de estilos de vida saludables en educación secundaria. Lima: Ministerio de educación del Perú.
- Navarro, J. y Calvo, T. (1984). Historia de la filosofía. Anaya. Madrid. 1984.
- O'Boyle, C. (1994) The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). *Internacional Journal of Mental Health*.
- Organización Mundial de la Salud, 1998: (documento inédito WHO/MNH/MHP/98.3; se puede solicitar al Programa de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza).
- Organización Mundial de la salud. (2008). Atención Primaria en salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2010). Calidad de vida en el mundo.
- Pamplona, R. J. (1994). Disfrútalo: Nuevo estilo de vida. España. Editorial Safeliz,
- Potter, P. y Perry, A. (1996). Fundamentos de Enfermería. Teoría y Práctica. Tercera edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid España.

- Schwartz, B. H. P. Bischof y M. Kunze, Coffee, "Tea and Lifestyle", *Prevention Medic*, 23. 337, 84
- Shen, S., y Lai, Y. (1998) optimally scaled quality-of-life indicators. *Social Indicators Research*, 44, 225-254.
- Solis M. (2009). "Grado de conocimiento doctrinal y grado de calidad del estilo de vida de los feligreses del Distrito de Santa Tecla de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de la Misión Central El Salvador
- Wrosch, C., & Scheier, M. (2003). Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of life Research*, 12, 59 - 72.
- Ministerio de Educación del Perú (2005). Guía para la promoción de estilos de vida saludable en educación secundaria. Lima: Ministerio de Educación.
- Spilker, B. (1990) Introduction to the field of Quality of Life trials. En B. Spilker (Ed.), *Quality of Life Assessments in Clinical Trials* (pp. 3-10). New York: Raven Press.
- Victoria, C., González, M., Fernández, J. y Ruiz, V. (2005). Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 8 (3). 1-16. Recuperado el 12 de enero, 2015 de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.htm>
- White, E. (1989). Consejos sobre la salud. Asociación Casa Editora Florida, EE.UU
- White, E. (1871). Testimonies for the Church, tomo 3. pág. 78 (1871).
- White, E. (1976). Consejo sobre el régimen Alimenticio. Asociación Casa Editora Sudamericana, 1996, Buenos Aires
- <http://larepublica.pe/06-03-2015/lima-es-la-sexta-ciudad-con-mejor-calidad-de-vida-en-latinoamerica>
- <http://perueconomico.com/ediciones/74/articulos/1337>, (2012)

APÉNDICE “A”

Cuestionario

I. INTRODUCCION: El presente cuestionario se usará para un estudio de investigación denominado: “Calidad de vida, relacionada a la práctica de hábitos saludables en los miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD Arequipa, 2015” para los efectos de una tesis de Maestría. Los datos se usarán solo para dicho fin, los cuales serán confidenciales. Agradecemos su participación voluntaria, contestando las preguntas con veracidad.

II. INFORMACION GENERAL: Marca con un aspa (X) la opción correspondiente.

1. Género: Femenino () Masculino ()
2. Edad: _____
3. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
4. Forma de acceso a la IASD: Cuna () converso ()
5. Años de bautizado: _____
6. Ingreso mensual: menos de S/799 () S/800 – S/2000 () más de S/2000 ()

III. CALIDAD DE VIDA. A continuación te presentamos oraciones referidas a diferentes aspectos de tu vida. Lee cada una de ellas y marca con un aspa (X) dentro del recuadro la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

Que tan satisfecho estás con:	RESPUESTAS				
	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completa- mente satisfecho
<u>BIENESTAR ECONOMICO</u>					
1. Tus actuales condiciones de vivienda.					
2. Tus responsabilidades en la casa.					
3. Tu capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas tuyas y de tu familia.					
4. La capacidad de tu familia para gastar.					

5. La cantidad de dinero que tienes para gastar el fin de semana.					
<u>AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD</u>					
6. El tiempo que compartes con tus amigos					
7. Las facilidades para hacer compras en tu comunidad.					
8. La seguridad en tu comunidad.					
9. Las facilidades para recreación (parque, campos de juegos, etc.).					
10. Los servicios que le brinda el centro de salud más cercano a su hogar.					
<u>VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA</u>					
11. Tu familia.					
12. El número de hijos en tu familia					
13. Tus hermanos y padres					
14. La relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos.)					
<u>EDUCACION Y OCIO</u>					
15. Tu actual situación profesional					
16. El tiempo libre que tienes.					
17. La forma como usas tu tiempo libre.					
<u>MEDIOS DE COMUNICACIÓN</u>					
18. La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión.					
19. El contenido de los programas de televisión.					
20. El contenido de					

videos.					
21. El contenido de los periódicos y revistas.					
22. Cantidad de tiempo que pasa “chateando”					
23. Cantidad de tiempo que pasa en Internet con fines no educativos.					
24. Frecuencia con la que lee material educativo					
25. Adquisición de literatura educativa.					
<u>RELIGIÓN</u>					
26. Tu vida religiosa.					
27. La vida religiosa de tu familia.					
28. La vida religiosa de tu Iglesia.					
<u>SALUD</u>					
29. Tu propia salud.					
30. La salud de tus familiares.					
31. La salud de los hermanos de iglesia.					

IV. HABITOS SALUDABLES

A. Actividad Física: Marque con una x las opciones correspondientes.

32	¿Práctica Ud. deporte como: fútbol, vóley, ciclismo, natación?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
33	¿Su trabajo requiere movimiento corporal constante?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
34	¿Realiza ejercicio físico aeróbico? Como caminar, trotar, (correr).	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
35	¿Realiza al menos 30 minutos de ejercicio al día?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()

B. Descanso: Marque una x las opciones correspondientes.

36	¿Con que frecuencia duerme Ud. antes de las 10 de la noche?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
37	¿Duerme Ud. al menos 7 horas por noche?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
38	¿Tiene Ud. momentos de descanso durante el día?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
39	¿Tiene un horario fijo para acostarse?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
40	¿Le cuesta trabajo quedarse dormido?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()

41	¿Siente que ha dormido lo suficiente cuando se levanta?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
----	---	-----------	-------------	-------------

C. Alimentación: Marque una x las opciones correspondientes.

42	¿Consume Ud. más de cinco cucharaditas de azúcar al día incluyendo: Desayuno (te, cereal, leche) Almuerzo (jugo, te) Cena (mazamorra, leche o te)?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
43	¿Con qué frecuencia consume Ud. Golosinas, galletas, caramelos, chocolates, chisitos, salchichas, empanadas, hamburguesas?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
44	¿Con qué frecuencia consume Ud. Frituras: pollo frito, papitas fritas, salchipapas, plátano frito?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
45	Cuándo termina Ud. de comer la cantidad servida inicialmente ¿Pide que le agreguen más?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
46	¿Come Ud. Entre comidas? (frutas, dulces, panes, jugos, gelatinas, helados, otros)	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
47	¿Con qué frecuencia agrega Ud. sal a sus comidas?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
48	¿Con qué frecuencia Ud. Desayuna?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
49	¿Con qué frecuencia Ud. Almuerza?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
50	¿Con qué frecuencia Ud. Cena?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()

¿Con qué frecuencia Ud. Consume?				
51	Pan, cereales(arroz, fideos), tubérculos (papa, camote, yuca)	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
52	Cereales integrales: avena, quinua, kiwicha, trigo, maíz, mote, cancha	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
53	Menestras	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
54	Pescado			
55	Carne de pollo	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
56	Carnes rojas: res, carnero, cabrito	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
57	Huevos			
58	Leche, queso, Yogurt de origen animal	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
59	Queso de soya, leche de soya	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
60	Nueces, almendras, castañas, pecanas, ajonjolí	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()

61	¿Consume al menos entre 3 y 5 variedades de frutas al día?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
62	¿Consume al menos entre 3 y variedades de verduras al día?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()
63	¿Consume 8 vasos de agua al día?	Nunca ()	A veces ()	Siempre ()

APÉNDICE “B”

Matriz de Consistencia

TITULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION	BASES TEORICAS
Calidad de vida y práctica de hábitos saludables en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015.	Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Tipo: Descriptivo - Correlacional Diseño: Transversal No Experimental X: Calidad de Vida Y: hábitos saludables R: Es la correlación	1. Calidad de vida Proceso dinámico, complejo y multidimensional, basado en la percepción subjetiva del grado de satisfacción que una persona ha alcanzado en relación con las dimensiones de su ambiente. 2. Hábitos Saludables Ejercicio Descanso
	¿Cuál es la relación de Calidad de vida y los hábitos en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015? Problemas específicos ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015?	Determinar la relación de Calidad de vida y los hábitos en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015 Problemas específicos Identificar el nivel de calidad de vida en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015	Existe relación significativa entre calidad de vida y los hábitos saludables en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015. Hipótesis específicas Ha: Existe relación significativa entre la calidad de vida en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015		

	¿Cuáles es el nivel de práctica de hábitos Saludables en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015? ¿Cuál es la relación de la Calidad de Vida y los ejercicios que practican los feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015? ¿Cuál es la relación de la Calidad de Vida y el descanso que practican los feligreses adventistas del distrito misionero	Identificar el nivel de práctica de hábitos Saludables en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015 Determinar la relación de la Calidad de Vida y los ejercicios que practican los feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015 Determinar la relación de la Calidad de Vida y el descanso que practican los feligreses adventistas del distrito misionero	2015. Ha: Existe relación significativa de la calidad de vida y los ejercicios que practican los feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015. Ha Existe relación significativa de la calidad de vida y el descanso que practican los feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015.		Alimentación
--	--	---	--	--	--------------

	Socabaya, Arequipa, 2015? ¿Cuál es la relación de la Calidad de Vida y alimentación de los feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015?	Socabaya, Arequipa, 2015 Determinar la relación de la Calidad de Vida y alimentación de los feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015			
--	--	--	--	--	--

APÉNDICE C:

Matriz Instrumental

TITULO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDAD DE ANALISIS	TECNICA	INSTRUMENTO
Calidad de vida y práctica de hábitos saludables en feligreses adventistas del distrito misionero Socabaya, Arequipa, 2015.	Calidad de vida	1.Bienestar económico 2.Amigos, vecindario y comunidad	1.1Tus actuales condiciones de vivienda. 1.2Tus responsabilidades en la casa. 1.3 Tu capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas tuyas y de tu familia. 1.4 La capacidad de tu familia para gastar. 1.5 La cantidad de dinero que tienes para gastar el fin de semana. 2.1. El tiempo que compartes con tus amigos 2.2 Las facilidades para hacer compras en tu comunidad. 2.3 La seguridad en tu comunidad. 2.4 Las facilidades para	Miembros del Distrito Misionero Socabaya de la IASD, Arequipa, Perú	Encuesta	Cuestionario

		3.Vida familiar y familia extensa 4.Educación y ocio 5.Medios de comunicación	recreación 2.5 Los servicios que le brinda el centro de salud más cercano a su hogar. 3.1Tu familia. 3.2El número de hijos en tu familia 3.3Tus hermanos y padres 3.4 La relación con tus parientes 4.1Tu actual situación profesional 4.2 El tiempo libre que tienes. 4.3 La forma como usas tu tiempo libre. 5.1 La cantidad de tiempo que los miembros de tu familia pasan viendo televisión. 5.2El contenido de los programas de televisión. 5.3 El contenido de videos. 5.4 El contenido de los periódicos y revistas. 5.5 Cantidad de tiempo que pasa “chateando” 5.6 Cantidad de tiempo que pasa en Internet con fines no			
--	--	--	---	--	--	--

	Hábitos saludables	6.Religión 7.Salud 1. Ejercicio 2. Descanso 3. Alimentación	educativos. 5.7 Frecuencia con la que lee material educativo 5.8 Adquisición de literatura educativa. 6.1 Tu vida religiosa. 6.2 La vida religiosa de tu familia. 6.3 La vida religiosa de tu Iglesia. 7.1 Tu propia salud. 7.2 La salud de tus familiares. 7.3 La salud de los hermanos de iglesia. 1.1Actividad física adecuada 1.2Sedentarismo 2.1Descanso adecuado 2.2Descanso Inadecuado 3.1Consumo de azúcar 3.2Consumo de frituras 3.3Práctica saludable del desayuno 3.4Consumo de cereales			
--	--------------------	--	--	--	--	--

			3.5Consumo de menestras 3.6Consumo de oleaginosas 3.7Consumo de carnes 3.8Dieta lacto ovo vegetariana 3.9 Dieta vegetariana 3.10 Consumo de frutas 3.11Consumo de verduras 3.12Consumo de agua			
--	--	--	---	--	--	--

APENDICE D

Hojas de Validación

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Y HABITOS SALUDABLES

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100 (%))
 2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100 (%)
 3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100 (%))
 4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 (90) 100 (%)
 5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 (100 (%))
 6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?
Ordenar en algunas preguntas elementos
mas específicos.
 7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?
Ninguno.
- Fecha: 26-01-2015 Firma: [Firma]
Validado por: Angel MORAÑA
Grado académico: Magister

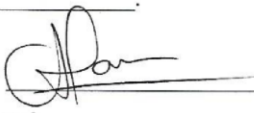
HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA Y HABITOS SALUDABLES

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

Fecha: Febrero 2015 Firma: 
Validado por: Alfonso Paredes Aguirre
Grado académico: Doctor

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA O CUESTIONARIO SOBRE "CALIDAD DE VIDA Y HABITOS SALUDABLES"

INSTRUCCIÓN: Sírvase encerrar dentro un círculo, el número (representa porcentaje) que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera usted que el instrumento cumple el objetivo propuesto?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
2. ¿Considera usted que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
3. ¿Estima usted que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
4. ¿Considera usted que si aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
5. ¿Estima usted que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 (%)
6. ¿Qué ítems cree usted que se podría agregar?

7. ¿Qué ítems se podrían eliminar?

Fecha: FEBRERO 2015 Firma: 

Validado por: DANIEL RICHARD PÉREZ

Grado académico: DOCTOR

