

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGÚSTIN
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



“FACTORES SOCIO ECONÓMICOS Y SU INFLUENCIA EN LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA. 2015”

TESINA PRESENTADA POR LA
LICENCIADA:

- MAGDALENA PAREDES
ARGANDOÑA.

PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
TERAPIA FAMILIAR

AREQUIPA – PERÚ

2015

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGÚSTIN
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**

TESINA

**FACTORES SOCIO ECONÓMICOS Y SU INFLUENCIA EN LOS ESTILOS DE
VIDA SALUDABLE EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA,
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA. 2015**

LICENCIADA: MAGDALENA PAREDES ARGANDOÑA.

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
EN:
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y TERAPIA FAMILIAR**

PRESIDENTE:

MG. OTILIA RODRIGUEZ ALARCÓN

PRIMER MIEMBRO:

DR. LOLO JUAN MAMANI DAZA

SEGUNDO MIEMBRO:

DR. EDGAR CHALCO PACHECO

Dedicatoria

A Dios, como ser supremo, creador nuestro y de todo lo que nos rodea, por haberme dado la inteligencia, paciencia y ser mi mejor guía a lo largo de la vida.

A mi familia en general por su gran apoyo y los ánimos prestados para concluir los estudios de mi segunda especialidad.

Índice

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema Principal.....	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Objetivo de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo Principal.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Hipótesis de la investigación.....	5
1.4.1. Hipótesis general.....	6
1.4.2. Hipótesis específicas.....	6
1.5. Justificación de la investigación.....	6

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO.....	9
2.1. Antecedentes de la investigación.....	9
2.1.1 A nivel internacional.....	9

2.1.2 A nivel nacional.....	
2.1.3 A nivel local.....	11
2.2. Bases teóricas.....	12
2.2.1. Bases teóricas sobre Factores socioeconómicos.....	12
2.2.1.1. Factores sociales.....	12
2.2.1.2. Factores económicos.....	19
2.2.2. Bases teóricas sobre Estilos de vida.....	22
2.2.2.1. Estilos de vida saludables en la persona.....	24
2.2.2.2. Estilos de vida saludables en la familia.....	26
2.2.2.3. Estilos de vida saludables en el entorno.....	28
2.3. Marco legal.....	29
2.3.1. Marco normativo nacional.....	29
2.3.2. Marco normativo internacional.....	29
2.4. Definición de términos.....	30

CAPITULO III

III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	31
3.1. Tipo de investigación.....	31
3.2. Diseño de la investigación.....	31
3.2.1. Espacio geográfico.....	32
3.2.2. Ubicación temporal.....	32
3.2.3 Universo y muestra.....	32

3.2.4 Matriz de consistencia, Operacionalización de las variables.....	33
3.2.5. Instrumentos de recolección de información.....	42
3.2.5.1 Procedimiento de recolección de datos.....	42
3.2.5.2. Instrumentos de medición.....	42
3.2.6 Cronograma, presupuestos.....	43
3.2.7. Procesamiento de la información.....	44
CAPÍTULO IV	
IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
4.1. Resultados.....	47
4.2. Análisis y debate de resultados.....	48
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	60
FUENTES DE INFORMACION.....	61
ANEXOS.....	63

Introducción

La promoción o fomento de la salud se ha venido considerando desde hace mucho tiempo como una de las funciones y de los objetivos de los servicios sanitarios. El concepto de salud positiva y el conocimiento de la posibilidad de estimular las condiciones de la persona y del ambiente que actúan a favor de un aumento del grado de salud de individuos y colectividades no es nuevo ni reciente. Unas veces como higiene social y otras veces dentro de la entonces llamada “medicina constructiva” se han llevado a cabo desde hace más de un siglo acciones que se relacionan con el objetivo de promoción de la salud.

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Esta temática se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, y para la propuesta y realización de investigaciones en salud. Adicional a esto, también ha servido como fuente de inspiración para que, por sus aportes, reconocidos profesionales, tengan especial atención al tema de los estilos de vida saludables como medida de promoción de la salud, desarrollado trabajos significativos.

Para empezar a entrar en materia, Kickbusch define la promoción de la salud como el desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizadas y no aditivas, con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual, nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas.

Los estilos de vida saludable son una estrategia global, que hace parte de una tendencia nueva de salud, básicamente está enmarcada dentro de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Tal vez el momento clave de esta tendencia o el inicio de esta tendencia fue en el año 2004 y se generó por una declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar los factores de riesgo como la alimentación poco saludable y el sedentarismo, los estilos de vida saludable tienen que ver con actividad física y alimentación saludable para prevenir enfermedades sobre todo de índole metabólico y cardiovascular.

Los estilos de vida en la actualidad constituyen un tema de trascendencia tanto para el sector salud, como también en otros ámbitos de nuestra sociedad, porque a

través de su conocimiento y aplicación permite incrementar la pro actividad en las personas que acuden a un medio hospitalario. Los estilos de vida ayudan a disminuir el riesgo de padecer enfermedades que se pueden prevenir, por otro lado hace más eficientes a las personas en su vida general. La práctica de los estilos de vida saludables requiere en gran medida, un cambio de actitud frente a los nuevos retos de la vida moderna.

En nuestra sociedad y en el sector salud, el hecho de que las causas principales de muerte se desplacen paulatinamente desde los procesos infecciosos a los factores ambientales, hace que cobre importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. Así, el interés social que despierta este ámbito de estudio ha conducido a la proliferación de investigaciones y publicaciones, de forma que en la actualidad el concepto de estilo de vida se utiliza en mayor medida desde el área de la salud que desde otros ámbitos de estudio.

Con la investigación que presenta la investigadora se quiere lograr describir los factores socioeconómicos y como influyen en los estilos de vida saludables, así de esta forma analizarlos. Se puede concluir a simple vista que hay influencia entre las dos variables pero esto se logrará dilucidar a lo largo del transcurso de la investigación que consta de 4 capítulos, en el primer capítulo se intenta dar un enfoque general de la investigación con el planteamiento del problema, que incluye descripción y formulación del problema, los objetivos, hipótesis y la justificación. En la capítulo 2 se incluye el marco teórico de las variables, los antecedentes de la investigación, y el marco legal. Dentro del capítulo 3 está todo lo referente a la metodología de la investigación y por último en el capítulo 4 se presentan los resultados obtenidos, el análisis del mismo, las conclusiones y recomendaciones.

Para concluir, incursionar en la temática de Estilos de Vida Saludables, no es posible hacerlo a través de un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se viven. Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá en este como componente del desarrollo humano orientado hacia qué hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

Es por esta razón que se ha originado el interés de realizar un estudio sobre los factores tanto a nivel social como económicos y su influencia en los estilos de vida

saludables en los pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano en la ciudad de Juliaca, durante el presente año.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.

Dentro de la promoción de la salud el fomento de los estilos de vida saludables es un tema que concierne a todas las personas que laboran en el sector salud, ya que por medio de ello se profundiza en una perspectiva integral, para lo cual es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Viendo los estilos de vida desde un plano histórico, a principios del siglo XX, aparece una orientación personalista representada por Alfred Adler con su Psicología Individual, produciéndose un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales en el estudio de los estilos de vida. Por lo tanto, desde esta filosofía se define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor. Las investigaciones realizadas desde la Psicología Individual tuvieron una gran importancia en el refinamiento operacional

del concepto estilo de vida y a la hora de aportar técnicas psicoterapéuticas para su modificación.

Una disciplina que durante la segunda mitad del siglo XX también incorpora el término estilo de vida es la antropología. Algunos estudiosos de esta área, como por ejemplo Chrisman, Freidson o Suchman, introducen este término en sus trabajos para designar el rango de actividades en la que se implica un grupo. En contraste con los sociólogos que enfatizan los determinantes socioeconómicos, los antropólogos enfatizan la importancia de la cultura.

No obstante, durante la segunda mitad del siglo XX, el ámbito de aplicación en el que el término estilo de vida ha tenido más impacto ha sido el área de salud. En los años 50 es cuando empieza a utilizarse en el contexto de la investigación sobre salud pública y en el intento de buscar explicación a los problemas de salud que empezaban a caracterizar a las sociedades industrializadas. Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica. En la línea de lo explicado en apartados anteriores sobre la filosofía del modelo biomédico, desde este paradigma, la comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad. Es decir, este modelo no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida. Precisamente porque culpabiliza a la víctima de sus hábitos o estilos de vida insanos, este enfoque ha recibido numerosas críticas (Mechanic, 1979).

Aunque sea criticado de reduccionista, el modelo biomédico contribuyó a que el estilo de vida fuera un tema de estudio e investigación para las ciencias de la salud y que los ciudadanos llegaran a ser más conscientes de que algunas de sus conductas conllevan riesgos para la salud. Además, el modelo biomédico fue el encargado de introducir el término de estilo de vida saludable y de conseguir en cierto modo que, tanto su uso como el del término estilo de vida, se extendiese al lenguaje cotidiano y a la literatura sobre la salud (aunque sin una base teórica ni una conceptualización clara). De hecho, como ya se ha comentado, el término estilo de vida es utilizado hoy en día en mayor medida desde el área de la salud que desde la sociología, la antropología o la Psicología Individual. A pesar de que han surgido muchos intentos de conceptualizar qué es estilo de vida, todavía no existe una definición consensuada. Aún más, los términos estilo de vida en general y estilo de vida saludable continúan

empleándose actualmente por muchos autores como sinónimos, a pesar de los esfuerzos de la OMS durante la década de los 80 para diferenciarlos.

1.2. Formulación del problema

La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción.

Las necesidades humanas universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

La satisfacción de las necesidades humanas debe darse en tres contextos, también interrelacionados:

- En relación con uno mismo.
- En relación con el grupo social.
- En relación con el medio ambiente.

Como muchos otros autores; Manfred Max Neef, estudioso del Desarrollo a Escala Humana, clasifica las necesidades humanas según categorías existenciales y categóricas axiológicas. En las primeras define las necesidades de SER, TENER, HACER y ESTAR y las axiológicas en necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. La complementariedad e interrelación entre estas categorías permite determinar los satisfactores o formas de satisfacer una o varias necesidades. Una necesidad puede tener varios satisfactores y son estos los que determinan el grado de desarrollo en diferentes culturas y regiones. (Manfred Max Neef, 1932).

Erróneamente se ha equiparado necesidad con carencia, sin considerar que simultáneamente las necesidades pueden ser también potencialidades humanas. Cuando se asume la necesidad solo como carencia, se restringe su campo sólo a lo fisiológico que es precisamente el campo donde una necesidad se asume con mayor fuerza como “la falta de algo “pero cuando las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son potencialidades. Por ejemplo:

- Necesidad de participar potencial de participación.
- Necesidad de libertad potencial de autonomía.

La satisfacción de las necesidades humanas significa entonces auto dependencia y participación a nivel personal y colectivo, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar desarrollo humano.

En la región de Puno los estilos de vida saludables y la promoción de la salud ha estado por muchos años descuidada tanto por las autoridades como por el personal de salud de la zona. No es sino es los últimos años que se ha dado verdadera importancia a la promoción de la salud como medida de prevención de la enfermedad, dentro de la promoción de la salud se considera los estilos de vida la mejor opción para preservar la salud y evitar diferentes enfermedades, es por ello la importancia de la investigadora por profundizar en el tema y realizar la presente investigación.

1.2.1. Problema principal. Basándonos en estas consideraciones, es que se planteó la siguiente problemática, que se logró resolver con el desarrollo de la investigación:

¿Cuáles son los factores socioeconómicos y cómo estos influyen en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015?

1.2.2. Problemas específicos. Después de haberse planteado el problema principal que engloba a toda la investigación en sí, se pudo determinar problemas específicos que derivan de la interrogante principal, que se plantea a continuación:

- ¿Cuáles son los factores sociales y cómo estos influyen en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015?
- ¿Cuáles son los factores económicos y cómo estos influyen en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015?

1.3.Objetivo de la investigación

Hoy en día se han incrementado ciertas enfermedades degenerativas debido a estilos de vida deficientes; entre las principales enfermedades crónicas degenerativas que destacan en nuestro país son: Diabetes Mellitus, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, elevación en las concentraciones sanguíneas de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), entre otras. Cabe mencionar que de 4 a 5 millones de personas son diagnosticadas con Diabetes Mellitus y según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) es la primera causa de muerte en nuestro país. Siendo éstas vinculadas a estilos de vida poco saludables (consumo de alcohol, tabaco, mala alimentación, entre otras).

A partir de esta perspectiva se pudo deslindar el principal objetivo de la investigación, por medio del cual se determinó el fin que se logra perseguir con el proyecto.

1.3.1. Objetivo Principal. Como objetivo principal se plantea:

DETERMINAR CUÁLES SON LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y ANALIZAR SU INFLUENCIA EN LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA. 2015.

1.3.2. Objetivos específicos. Se pudo encontrar los siguientes:

- Describir los factores sociales y analizar su influencia en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015?
- Delimitar los factores económicos y analizar su influencia en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015?

1.4. Hipótesis de la investigación.

Luego de formular el problema, plantear los objetivos entonces la investigadora pudo enunciar la hipótesis, que orientó el proceso y permitió llegar a conclusiones concretas del proyecto de investigación. Los estilos de vida saludables en la actualidad

constituyen un tema de trascendencia, porque a través de su conocimiento y aplicación permite incrementar la pro actividad en la población. A partir de esta premisa es que se estableció las hipótesis para esta investigación:

1.4.1. Hipótesis general. De acuerdo a todo lo establecido anteriormente se llega al momento de la formulación de la hipótesis general:

Los factores socioeconómicos identificados en los pacientes del servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano influyen de manera determinante en los estilos de vida saludables predisponiéndoles en su mayoría a la enfermedad.

1.4.2. Hipótesis específicas. Estos derivan de la hipótesis general y se plantea a continuación:

- Los factores sociales identificados en los pacientes del servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano influyen de manera determinante en los estilos de vida saludables predisponiéndoles en su mayoría a la enfermedad.
- Los factores económicos identificados en los pacientes del servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano influyen de manera determinante en los estilos de vida saludables predisponiéndoles en su mayoría a la enfermedad.

1.5. Justificación de la investigación.

Los cambios que las sociedades han experimentado en el último siglo como consecuencia de la innovación tecnológica y de los nuevos modelos de organización de nuestra vida han tenido su correlato en nuevas formas de relacionarnos y comportarnos. En ese sentido, hemos adoptado nuevos estilos de vida, que en buena medida explican la transición epidemiológica que se ha producido en las últimas décadas con el avance de las enfermedades no transmisibles como principal causa de discapacidad y muerte.

El canadiense Marc Lalonde propuso hace casi cuatro décadas que nuestra salud está condicionada por cuatro determinantes: la herencia biológica, el sistema sanitario, el medio ambiente y los estilos de vida. Uno de los aportes más interesantes de su

planteo es que mientras el sistema sanitario requiere de un alto presupuesto para influir en el estado de salud, y lo hace especialmente en la recuperación de la salud ante una enfermedad, los cambios en los estilos de vida pueden tener una influencia mucho más profunda en el bienestar y la calidad de vida de las personas. Y más que grandes presupuestos, para fomentar estilos de vida saludables las herramientas principales son la promoción de la salud y la educación para la salud. (Marc Lalonde, 1929).

Por tanto, las decisiones que adoptamos día a día sobre cómo actuar y relacionarnos con nuestro entorno físico y social están influyendo directamente en nuestro estado de salud. Por ejemplo, si incorporamos la actividad física como una práctica habitual en nuestra vida, desplazándonos a pie siempre que podemos o montando en bicicleta varias veces a la semana, ese hábito nos depara una ganancia de salud; en cambio, si tenemos una vida sedentaria, en la que nuestro trabajo es poco activo y además usamos siempre el vehículo para nuestros desplazamientos, estaremos perdiendo salud.

Cuando un estilo de vida se convierte en un elemento perjudicial para nuestra salud estamos ante un factor de riesgo. La dietas poco saludables; la inactividad física; el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; el estrés psico-social; y otras conductas de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección o conducir de forma temeraria, son algunos de los factores de riesgo que forman parte del estilo de vida de nuestras sociedades que han provocado el crecimiento de las enfermedades no transmisibles.

La relación entre un estatus socioeconómico bajo y una salud precaria constituye una cuestión complicada, en la que intervienen factores como el sexo, la edad, la cultura, el entorno, las redes sociales y comunitarias, el estilo de vida de las personas y los comportamientos con respecto a la salud.

Diversos estudios de población señalan que existen diferencias claras entre las distintas clases sociales en lo relativo a los estilos de vida saludables. En particular, los grupos de nivel adquisitivo bajo tienen una tendencia mayor a llevar una dieta desequilibrada y consumen pocas frutas y verduras por ejemplo.

Estos hábitos pueden provocar tanto desnutrición (carencia de micronutrientes) como sobrealimentación (consumo energético excesivo que deriva en sobrepeso y

obesidad) entre los miembros de una comunidad, en función de la edad, el sexo y el nivel de pobreza. Las personas desfavorecidas también desarrollan enfermedades crónicas a edades más tempranas que las de los grupos de mayor nivel socioeconómico, a menudo identificados por su nivel educativo y estatus profesional.

Las contribuciones de la presente investigación a la ciencia ayuda a dilucidar la influencia de los factores socioeconómicos en los estilos de vida saludable y que es lo que se puede hacer para mejorarlos, así como también contribuye de manera importante al lugar de la investigación que es el hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca, y sobre todo en los estudios de la segunda especialidad de la investigadora ya que se presenta un problema y se intenta encontrar la influencia, y mejorarlas a través de las recomendaciones.

Al ser este un trabajo que se enmarcó dentro del nivel de investigación de tipo causal-explicativo y que se basa en la búsqueda e identificación de los principales factores sociales y económicos en los pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano y su influencia en los estilos de vida saludables de los mismos, y como esto fue investigado mediante la aplicación de una ficha de entrevista aplicada a los pacientes y que debe ser respondido por todas y cada una de ellas, es que existió el inconveniente de que los pacientes adujeron no tener el tiempo disponible para poder absolver las interrogantes propuesta por la investigadora, pero al ser el interés fundamental de la presente el realizar la investigación es que se pudo superar estos inconvenientes, al demostrarles que la investigadora tiene el deseo colaborar con ellos mismos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. A nivel internacional. Dentro del ámbito internacional se pudo encontrar diversos antecedentes de estudios sobre estilos de vida saludable, los que se cita a continuación:

Estudio realizado por MAYA S. (1997) en Costa Rica, sobre “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de La Calidad de Vida”, Incursionar en la temática de Estilos de Vida Saludables, no es posible hacerlo a través a un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer para vivir más o menos años, independiente de cómo se viven. Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá en este como componente del desarrollo humano orientado hacia qué hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

Estudio realizado por GIRALDO O. TORO R. MACÍAS L. VALENCIA G. (2010) sobre “La Promoción de la Salud como Estrategia Para El Fomento de Estilos de vida Saludable” Objetivo: profundizar en el tema de la promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Metodología: revisión sistemática de publicaciones científicas derivadas de investigaciones y revisiones detalladas acerca de la promoción de la salud y los estilos de vida saludables, para lo cual se tomaron como fuentes bibliográficas: las publicaciones de la Biblioteca Virtual de Salud, bases de datos como Proquest, LILACS, Dialnet, Ovid, Hinary, Medline e índices bibliográficos como Scielo, que fueron publicados entre los años 1992-2009. Para determinar su pertinencia, los artículos y documentos fueron revisados a partir de su resumen y los libros a partir de su tabla de contenido. Resultados: se obtuvo una descripción detallada de la promoción de la salud como estrategia, sus componentes y la forma de aplicación. Respecto a los estilos de vida saludables, además de las definiciones se tuvieron en cuenta los factores tanto internos como externos a las personas que intervienen para su fomento. Adicional a lo anterior, se encontró una autora que halló en la promoción de la salud la base para proponer el “Modelo de

Promoción de la Salud”, que dado su aporte a la profesión de Enfermería, ha sido aplicado en la práctica profesional y utilizado para la realización de trabajos de investigación en salud. Conclusión: la promoción de la salud se constituye como una estrategia encaminada a desarrollar procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables. De igual forma la promoción de la salud apunta a que las personas y colectivos tengan una mejor calidad de vida, teniendo en cuenta que los seres humanos son entidades biológicas y también entidades sociales que requieren ser intervenidas por los profesionales de la salud como un todo para así conseguir personas y comunidades saludables.

Estudio realizado por SANABRIA F. GONZALES Q. URREGO M. (2007) en Colombia, sobre “Estilos de Vida Saludables en Profesional de la Salud Colombianos. Estudio Exploratorio. El objetivo del presente estudio fue establecer la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud colombianos y establecer si existe alguna relación entre su nivel de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida. Para ello se adaptó el cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida, tomado de Salazar y Arrivillaga (1) y se tomó una muestra de 606 profesionales de la salud voluntarios (500 médicos y 106 enfermeras) en las principales ciudades de Colombia. Se encontró que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. No se encontró relación entre el nivel de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales. Se concluyó que esta situación puede estar induciendo en los profesionales, además de una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorece la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y la práctica de una medicina más curativa que preventiva, tal como lo sustenta Erika Frank (2).

Estudio realizado por GONZALES P. SILVA A. LOPEZ C. (1990) en Cuba sobre “Factores Socioeconómicos Asociados a la Mortalidad Pos neonatal en Cuba” Se intentan identificar aquellos factores socioeconómicos que puedan ser considerados como factores de riesgo, tanto de la mortalidad pos neonatal como de la exógena, así como su relevancia social, para Cuba en 1982. Mediante un estudio caso-control basado en una muestra nacional de fallecidos menores de un año y sobrevivientes a la misma edad — para cuyo análisis se emplearon técnicas asociadas a la regresión logística — se pudo estimar el riesgo relativo; el riesgo atribuible y las probabilidades

de morir en presencia o ausencia de los factores identificados. Los resultados apuntan hacia la carencia de servicios sanitarios en el interior de la vivienda y el hacinamiento — 3 o más personas por habitación — como los factores de riesgo más trascendentes tanto para propiciar la mortalidad pos neonatal como la exógena. Se ratifica la condición de "reserva" que posee el componente pos neonatal para la reducción ulterior de la mortalidad infantil en el país.

2.1.2. A nivel nacional. En nuestro país los antecedentes de estudios de investigación sobre estilos de vida saludables que se pudo encontrar son los siguientes:

Estudio realizado por SOSA M. TALLEDO PORTUGAL M. en el año 1999 sobre “Estilos de vida y Prevalencia de Hipertensión Arterial en Tres Comunidades Peruanas” La Hipertensión arterial constituye una de las principales causas de demanda de los servicios de salud en nuestro País ocupando uno de los primeros lugares de morbimortalidad en los hospitales de la Seguridad Social, con el objetivo de determinar la prevalencia de este flagelo y los estilos de vida de tres comunidades se realizó el presente estudio de corte transversal en las comunidades de Zarumilla, Tarata, y Quillabamba en pobladores mayores de 25 años, el estudio se realizó casa por casa considerándose alternativamente tanto el sexo de los encuestados como la edad en menores de 45 y mayores de 45 años.

La prevalencia de Hipertensión arterial en la población estudiada fue la siguiente: Zarumilla 22,38%, Tarata 11,88%, Quillabamba 19,17016, observándose una relación entre Índice de masa corporal y cifras de Presión Arterial diastólica elevada ($p < 0,05$). Lo que confirma la necesidad de implementación de medidas de prevención y promoción de la salud como una estrategia fundamental en la lucha contra el flagelo de la Hipertensión Arterial.

2.1.3. A nivel local. Los antecedentes sobre la presente investigación que se pudo encontrar en nuestro ámbito regional se citan a continuación:

Estudio realizado por CALSIN Q. QUISPE T. (2013) sobre “Relación entre Estilo de Vida y Estrés Laboral del Personal de Enfermería” El Objetivo fue establecer la

relación entre estilo de vida y el estrés laboral del personal de enfermería de la Clínica Americana Juliaca. Métodos: el estudio fue cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y correlacional, realizada en 76 personas entre técnicas(os) y enfermeras(os), mediante dos instrumentos: un cuestionario de estilo de vida (con cinco factores: nutrición, ejercicio físico, descanso-sueño, abstinencia de sustancias nocivas y las prácticas espirituales) y “The nursing stress scale”(NSS), el alfa de Cronbach de ambos instrumentos fue .83 y .88 respectivamente. Resultados: el 48.7% del personal de enfermería presenta estilo de vida medianamente saludable, el 27.6% no saludable y el 23.7% tiene un estilo de vida saludable. El 52.6% del personal tiene un nivel medio de estrés laboral, el 26.3% bajo y el 21.1% tiene alto estrés. El análisis estadístico taub de Kendall ($T_b = -0.218$, valor $p = 0.036$), estableció una relación inversa y baja entre ambas variables. Conclusión: el estilo de vida saludable, se relaciona con bajos niveles de estrés laboral, por ello es importante mantener hábitos saludables y controlar el estrés; para minimizar el riesgo a la salud del personal de enfermería, a fin de lograr un mejor desempeño laboral.

2.2. Bases teóricas

Para la realización de la presente investigación fue necesario conocer las bases teóricas sobre cada una de las variables que conforman el eje central de la investigación:

2.2.1. Base teórica sobre factores sociales y económicos. Una definición corta para factores sociales, se refiere a los parámetros que afectan los elementos de los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales del entorno. Por otro lado los factores económicos afectan el poder de compra y el patrón de gastos de los consumidores. Los países tienen diversos niveles de vida, distribución de ingresos, de sus habitantes. Los países con economía de subsistencia ofrecen pocas oportunidades de mercado. Los países con economías industriales conforman mercados prósperos y atractivos para muchos tipos de bienes. Sin embargo vamos a estudiar más a fondo cada uno de las variables usadas a continuación:

2.2.1.1 Factores sociales. El hombre desde la prehistoria, ha actuado sobre la naturaleza con el fin de dominarla y explotarla (transformarla, depredarla y

destruirla). Con el desarrollo de la inteligencia, ha llegado a controlar incluso varios de sus procesos fundamentales.

El medio ambiente natural, es la base físico-espacial donde se desarrolla la sociedad y donde se llevan a cabo las relaciones de ésta con otras sociedades, estas relaciones constituyen sistemas abiertos que constituyen un todo, a su vez, las comunidades urbanas, si ubican es espacios geofísicos que componen ecosistemas.

Los factores sociales tienen una importancia decisiva en la explicación de la evolución del pensamiento, sin embargo, es necesario afirmar que ellos no actúan en bloque ni de modo unilateral e independientemente de los factores biológicos e individuales. Por tanto, es necesario diferenciar su accionar, pues, corrientemente, se le reduce a una única dimensión: la transmisión social y cultural. No basta afirmar que el desarrollo del conocimiento en el individuo exige la participación de factores biológicos y sociales. Todas las teorías del desarrollo psicológico tienen en cuenta, de algún modo, ambos factores. Así, para las concepciones innatistas, los factores sociales no dejan de actuar en la actualización de estructuras hereditariamente programadas (Chomsky). Recíprocamente, para las concepciones ambientalistas los factores sociales, no dejan de actuar, como tendencias o como principios de adquisición (asociación, refuerzos). Así, la consideración de factores tanto ambientales como biológicos no garantiza la superación de los reduccionismos y determinismos ambientalistas o biologistas. Existen tres dificultades básicas en el estudio de los factores sociales: la primera, se refiere a la falta de diferenciación entre los factores biológicos e individuales por un lado, y los factores sociales por otro; la segunda se refiere al uso global e indiferenciado del término social. La tercera tiene que ver con los análisis dicotómicos y no relacionales de esos factores. Esas dificultades expresan una problemática amplia y de suma importancia que es necesario ser enfrentado tanto por la investigación básica como por la investigación aplicada. Es común pensar como “factores sociales” los aspectos de transmisión educativa y de tradiciones culturales, que varían de una sociedad a otra.

Es en esas presiones sociales colectivas que se piensa cuando se quiere explicar las variaciones cognitivas de una sociedad a otra, a comenzar por las diversas lenguas capaces de ejercer una acción importante sobre las propias operaciones y sobre sus contenidos. Sin embargo, esas presiones colectivas no son diferenciadas de los

procesos colectivos más generales, como los factores de interacción o coordinación interindividual que atraviesan las diferentes culturas y sociedades. Ese tratamiento en bloque del factor social, sin la necesaria diferenciación de sus modos de acción, ha obstaculizado el análisis y la explicación más adecuada del desarrollo de la razón y de los conocimientos organizados en sistemas de composición. La perspectiva global o indiferenciada se observa también en el análisis de los factores individuales, los cuales fueron reducidos a caracteres biológicos de preformación. Es necesario distinguir ciertos caracteres de funcionamiento adaptativo (y organizativo) que no son transmitidos en sentido estricto. Por otro lado, la teoría de la epigenesis (interacciones del genómio y del medio físico en el transcurso del crecimiento) ha contribuido enormemente para superar las concepciones dicotómicas del organismo y del medio.

DIFERENCIACIÓN Y SOLIDARIDAD DE LOS FACTORES DEL DESARROLLO COGNITIVO Factores biológicos de epigenesis Son los factores relacionados a las interacciones del genómio con el medio físico en el transcurso del crecimiento, los cuales se manifiestan específicamente por la maduración del sistema nervioso. Según Piaget (1973), tales factores desempeñan un papel poco conocido, pero su importancia no es menos decisivo en el desarrollo de las funciones cognitivas. Esos factores no consisten en la acción de estructuras preformadas, sino, esencialmente, en abrir posibilidades nuevas para las conductas y estructuras anteriores. Los caracteres de la epigé- nesis se pueden encontrar en el desarrollo de las operaciones y estructuras lógico-matemáticas de la inteligencia en lo que se refiere a una cierta constancia o uniformidad sucesiva del desarrollo, sean cuales fueren las particularidades culturales y sociales en la que se forman los individuos. Así, inversiones en la sucesión de las fases de las nociones de conservación o modificaciones profundas en sus caracteres, de un medio a otro, probarían, al contrario, que los factores biológicos de las bases no intervienen en la evolución cognitiva de los individuos. Esa posibilidad deberá verificarse a través de investigaciones comparativas. Factores individuales de equilibración o de coordinación interna Si en el desarrollo de las operaciones interviniese solamente la acción continua del sistema epigenético (factor1), las fases no serían apenas secuenciales, pero también relacionadas a fechas cronológicas relativamente constantes, como la manifestación de la sexualidad en la pubertad. Las investigaciones interculturales muestran, por el contrario, progresos y atrasos muchas veces

considerables conforme los medios sociales y culturales. Eso revela la existencia de otros factores además de los epigenéticos. Los factores de equilibración se refieren a las acciones internas que se coordinan en sistemas cada vez más generales (esquemas). Las coordinaciones generales de los esquemas de acción suponen, entonces, sistemas múltiples de autorregulación o equilibración, que dependerán de las circunstancias y de las potencialidades epigenéticas. Las propias operaciones de la inteligencia pueden ser consideradas formas superiores de esas regulaciones. Eso muestra, según Piaget al mismo tiempo, la importancia del factor de equilibración y su relativa independencia en lo que se refiere a preinformaciones biológicas. Por otro lado, los factores de equilibración pueden ser concebidos como muy generales y relativamente independientes de transmisiones sociales y culturales particulares, sin embargo, estrechamente dependientes de coordinaciones interindividuales generales. Si las fases del desarrollo de las nociones de conservación se encontrasen en diferentes medios sociales y culturales, serían indicios del carácter general de las coordinaciones. Datos contrarios indicarían la marca de influencias culturales y educativas variables. Factores sociales de transmisión educativa y cultural Estos factores tienen que ver con las tradiciones culturales educativas que varían de una sociedad para otra. Es en esas presiones sociales diferenciadas que se piensa cuando se habla en “factores sociales”. Es en esta forma de factor que se piensa cuando las competencias cognitivas varían de una sociedad a otra, particularmente de las diversas lenguas capaces de ejercer una acción importante tanto en la estructura de las propias operaciones como sobre el contenido de ellas. Es evidente que este factor social podría ser solidario con las interacciones sociales, si las transmisiones educativas y culturales se produjeran en el contexto de verdaderos intercambios interindividuales (relaciones dialógicas, de cooperación, de respeto mutuo). Factores sociales de equilibración o de coordinación interindividual.

Las coordinaciones interindividuales se refieren a las interacciones sociales entre dos o más individuos, cuando se oponen, colaboran, discuten, entran en acuerdo, etc. Sus manifestaciones mismas restrictas y simples, se encuentran en todas las sociedades, independientemente de las particularidades culturales y educativas de una sociedad o de un medio social restricto. En diferentes medios sociales y culturales, se observan ciertas conductas de intercambio entre niños y adultos, que actúan por su propio funcionamiento, independientemente de las transmisiones educativas. Así, en

todos los medios los individuos se informan, colaboran, se oponen, discuten, etc. Y esa constante permuta interindividual interviene durante todo el desarrollo, según un proceso de socialización, que interesa tanto a la vida social de los niños entre sí, cuanto a sus relaciones con los adultos de todas las edades. Así como Durkheim invocaba mecanismos sociales generales, sosteniendo que “sobre las civilizaciones existe la civilización”, así también es indispensable, para tratar relaciones entre las funciones cognitivas y los factores sociales, comenzar oponiendo las coordinaciones generales de las acciones colectivas a las transmisiones culturales particulares que se cristalizan de manera diferente en cada sociedad. Es así que, en el caso en que se viese encontrar nuestros estadios y resultados en toda sociedad estudiada, eso en nada probaría que los desarrollos convergentes son de naturaleza estrictamente individual.

Como es evidente que el niño cultiva, en todas partes, contactos sociales, desde la edad más tierna, eso mostraría cada vez más que existen ciertos procesos comunes de socialización que interfieren en los procesos de equilibración examinados anteriormente. Esa hipótesis es de fundamental importancia, pues recoloca en nuevas bases la relación entre individuo y sociedad en el desarrollo de la razón: entre ellos no existiría separación y dicotomía, más si indisociabilidad y solidaridad. ... en el dominio de las funciones cognitivas, por lo menos, es bien posible que la coordinación general de acciones, cuya equilibración progresiva parece constitutiva de la formación de las operaciones lógicas o lógico-matemáticas, interesa tanto a las acciones colectivas o interindividuales cuanto a las acciones individuales.

En otras palabras, quiera se trate de acciones ejecutadas individualmente o de acciones practicadas en común con permutas, colaboraciones, oposiciones, etc. se encontrarán las mismas estructuras finales de operaciones o de cooperaciones, en cuanto co-operaciones; así, se podría considerarla lógica, en cuanto forma final de las equilibraciones, como simultáneamente individual y social: individual en cuanto general o común a todos los individuos, y también social, en cuanto general o común a todas las sociedades. De ese modo, entre los factores individuales de coordinación intraindividual y los factores sociales de coordinación interindividual, existe una relación de solidaridad y dependencia cuando se analizan los procesos evolutivos del pensamiento conceptual. De ese modo, cuanto más una sociedad se pauta por coordinaciones interindividuales de carácter cooperativo, las posibilidades de que los individuos construyan coordinaciones intra-individuales de carácter operatorio serán

más reales, y eso recíprocamente. Sin embargo, conviene señalar que, a pesar de reconocerse la generalidad de ese factor, su acción concreta sobre el desarrollo del pensamiento dependerá del grado y calidad de las coordinaciones como tales. Existen interacciones que se restringen a actividades que objetivan el éxito práctico y no el intercambio regulado de puntos de vista. Existen también interacciones que se realizan en el contexto de la coacción y de la obediencia pasiva, y no del intercambio libre de pensamientos. Y, sabemos que los resultados de la interacción en el contexto de la coacción y de la obediencia pasiva serán opuestos a la interacción que se fundamenta en las leyes de la reciprocidad entre iguales y del respeto mutuo. Ni toda relación social se pauta por intercambios caracterizados por el diálogo, por el respeto mutuo y por la busca de objetividad.

INVESTIGACIONES COMPARATIVAS SOBRE EL DESARROLLO DE LAS ESTRUCTURAS COGNITIVAS Las investigaciones comparativas ponen en evidencia la necesidad de tener en consideración la acción diferenciada y, sin embargo, solidaria de los factores del desarrollo. Investigaciones referidas por Piaget con niños alfabetizados de la ciudad de Teherán y niños analfabetos del campo, por medio de pruebas operatorias de conservación y test de desempeño, muestran los siguientes resultados: a) En relación con la sucesión de las nociones de conservación de substancia, de peso y de volumen, se encuentran, en líneas generales, en la misma sucesión de los estadios en la ciudad y el campo, en Irán y en Ginebra; b) Una diferencia sistemática de 2-3 años para las pruebas operatorias entre los jóvenes del campo y la ciudad, pero casi las mismas edades en la ciudad de Teherán y en Europa (1 a 2 años de atraso para los niños de Teherán); c) Atraso mas considerable para las pruebas de desempeño entre niños del campo y los de la ciudad, al punto que los primeros parecieran débiles mentales sin las pruebas operatorias. La comprobación del orden secuencial de los estadios en Irán, como en otras latitudes, estaría mostrando la participación del factor biológico de la maduración. Sin embargo, para invocar con certeza ese factor sería necesario verificar no solo un orden secuencial de los estadios, pero aún de ciertas edades medias, cronológicamente fijas, de aparición. Los datos de Mohseni muestran un atraso sistemático de los niños del campo en relación a los niños de la ciudad. Eso estaría revelando la participación de otros factores, además de la maduración. El segundo resultado claro de las investigaciones de Mohseni es el atraso bastante general de los niños del campo en relación con los de Teherán, en lo que se

refiere tanto a las pruebas operatorias (conservaciones) cuanto de los test de desempeño. Como esta diferencia muestra, con claridad, la intervención de factores distintos de la simple maduración biológica, sería necesario aún distinguir cuales de los otros factores estarían interviniendo. Como el propio autor de la investigación observó, en los niños del campo hay carencia sorprendente de actividades e interacciones. Eso podría estar indicándonos la presencia, al mismo tiempo, de un desarrollo frágil de las coordinaciones de las acciones individuales (factor 2), interindividuales (factor 4) y de transmisiones educativas (factor 3), una vez que los niños son analfabetos. Para distinguir esos factores, el tercer resultado de Mohseni es instructivo. A pesar de la situación lamentable de los niños del campo, las reacciones de ellos a las pruebas operatorias son superiores a los resultados en los test de desempeño. El progreso significativo en relación con las pruebas de conservación parece indicar una diferencia de naturaleza entre coordinaciones bastante generales, necesarias para el funcionamiento de la inteligencia, y las adquisiciones especiales relativas a problemas particulares. Las pruebas operatorias darían lugar a mejores resultados porque son relacionadas a las coordinaciones necesarias y generales de la inteligencia (factor 2 y 4). Son necesarias en cuanto productos de la equilibración progresiva de las interacciones internas e externas, diferentemente de los desempeños que sufrirían atrasos importantes en función de factores culturales más especiales (factor 3). Con relación a los factores sociales (3 y 4) es necesario aún examinarlos.

Para Piaget (1973), si las estructuras operatorias no se explicasen por las leyes de las coordinaciones más generales de la acción, sería necesario entonces pensar en factores más restrictos, de los cuales los dos principales podrían ser: primero, la acción educativa del adulto, análoga a la que producen los imperativos morales, y segundo, el lenguaje en cuanto cristalización de la sintaxis y de la semántica que, sobre formas generales, comportan una lógica.

En la relación formativa de las coordinaciones por la educación del adulto, esa hipótesis es en parte verdadera, pues, estando el adulto más adelantado que el niño, puede él ayudarla y acelerar la evolución en el transcurso de los procesos educativos familiares y escolares. Pero, para Piaget, el problema es saber si ese factor es exclusivo, sobre todo cuando se trata de la acción educativa tradicional, como aquella defendida por Durkheim. Como se sabe, para este autor, la lógica emana, como a moral, de la estructura total de sociedad y se impone al individuo, gracias a las

coacciones sociales, particularmente educativas. Las investigaciones realizadas en Martinica por Boisclar, Laurendeau y Pinard, referidas por Piaget (1973), junto a una población de escolares, alfabetizados de acuerdo con el programa francés, muestran un atraso de cerca de 3 a 4 años en las principales pruebas operatorias. En este caso el atraso parece ser más bien imputable a los caracteres generales de la interacción social (factor 4 relacionado al factor 2) de lo que solamente a la carencia de las transmisiones educativas. O sea, una escolaridad común, como es el programa francés, no basta para asegurar un desarrollo normal de las estructuras operatorias. Además de eso, sería necesario, para evitar conclusiones prematuras, disociar las influencias familiares de las escolares. Sobre el problema de la influencia del lenguaje en sus interacciones con el desarrollo operatorio, es importante llevar en cuenta las investigaciones de Sinclar (1967) sobre el desarrollo lingüístico del niño, y de Inhelder, Bovet e Sinclar (1967, 1977) sobre el papel del lenguaje en las experiencias de aprendizaje de las estructuras operatorias. Esas investigaciones revelan, por un lado, la estrecha relación entre operación y lenguaje y, por otra, que la operatividad es la que conduce a estructurar el lenguaje más de que lo inverso.

2.2.1.2 Factores económicos. En cuanto a lo económico, la sociedad a lo largo de la historia ha dependido de la producción económica a través del trabajo social. Este trabajo social, no se limita a las relaciones hombre-naturaleza, sino que también se da entre individuos y entre grupos de individuos. Al mismo tiempo este trabajo se va desarrollando en el ámbito individual como colectivo. Encuentra su expresión en las llamadas fuerzas productivas y en la intensidad de la firmeza humana sobre la naturaleza. En aras de la producción económica y el desarrollo, el individuo transforma la naturaleza de acuerdo con sus necesidades y posibilidades. Una parte esencial de las fuerzas productivas es el ecosistema.

Estos recursos, por lo tanto, son necesarios para el desarrollo de las operaciones económicas, comerciales o industriales. Acceder a un recurso económico implica una inversión de dinero: lo importante para que la empresa sea rentable es que dicha inversión pueda ser recuperada con la utilización o la explotación del recurso. Por ejemplo: un campo es un recurso económico que permite el desarrollo de la agricultura. Dicho recurso puede volverse inviable desde el punto de vista económico si se encuentra en medio de la montaña o en alguna zona geográfica que requiera de demasiado dinero para su explotación.

En estos momentos se habla mucho de este tipo de recursos, en concreto de su escasez. Y es que debido a la crisis económica es frecuente exponer que muchas familias en el mundo se encuentran ahora sin recursos económicos para poder sobrevivir

Esto ha hecho que muchas personas se vean en la necesidad de tener que emprender, de poner en marcha un negocio, con el claro objetivo de lograr una estabilidad económica que sustente a su entorno. Una acción aquella en la que se hace vital que tengan en cuenta los siguientes consejos a la hora de iniciarla con escasos recursos económicos: hay que promocionarse en las redes sociales que son gratuitas, hay que ofrecer un valor añadido al cliente, hay que brindar un producto diferenciador respecto a la competencia.

El concepto de recurso económico suele mencionado, en muchas ocasiones, como sinónimo de factor de producción. Los factores productivos son los recursos que se combinan en el proceso de producción para agregar valor en la elaboración de bienes o servicios. En el caso de Perú, por ejemplo, se establece que los recursos económicos que tiene el país se sustentan en varios pilares:

Sector primario. Dentro de esta área se incluyen todos los recursos que se obtienen en el campo de la agricultura, la ganadería y la pesca.

Sector secundario. Bajo dicha denominación se encuentran todos aquellos recursos económicos que se consiguen mediante el desarrollo de actividades tales como la minería y la industria. En este último caso, nos encontraríamos con diversas variantes: agroalimentaria, química, textil, del metal...

Sector terciario. Como sector servicios se conoce también a este que podemos decir que es aquel que tiene que ver con la riqueza que se genera en ámbitos como el turismo, el comercio o el transporte.

El economista escocés Adam Smith (1723–1790) reconoció tres factores de producción que participan en la actividad económica y que son recompensados en el mercado: la tierra (recompensada a través de la renta), el trabajo (cuya contraprestación es el salario) y el capital (que se beneficia por el interés).

La ciencia económica actual incluye otros recursos económicos como factores productivos, al considerar que se trata de elementos indispensables dentro de la compleja actividad actual. La tecnología y la ciencia suelen aparecer, entonces, como un nuevo factor productivo, al igual que el capital humano o el capital social.

Las condiciones de trabajo están estrechamente relacionadas con las inequidades de género en salud. La posición de desventaja social de las mujeres, limita sus oportunidades de crecimiento y su libertad para elegir sus condiciones de vida, aspectos como ya se ha visto, muy relacionados con la salud. Este hecho genera y perpetua la división del trabajo retribuido y no retribuido entre ambos sexos, en los ámbitos privado y público, en función de los roles de género socialmente asignados.

En el trabajo retribuido se produce la congregación de mujeres y hombres en ocupaciones desproporcionadamente femeninas o masculinas y la organización jerárquica del poder donde los hombres ocupan los cargos de mayor responsabilidad y prestigio y las mujeres las posiciones subordinadas, incluso en aquellas ocupaciones de predominio femenino. Se puede observar como ejemplo de la división sexual del trabajo remunerado que, en profesiones feminizadas como la enfermería, es frecuente encontrar que los puestos de dirección están ocupados por hombres. Un caso parecido se observa en las universidades donde siendo mayor el número de profesoras que el de profesores, es difícil encontrar una Rectora.

Esta segregación conlleva exposición a riesgos laborales diferentes para hombres y mujeres. Siendo, en general, más precarias e insalubres las condiciones de trabajo para las mujeres, han sido menos estudiadas ya que se han investigado fundamentalmente los efectos de la exposición en ocupaciones de predominio masculino, dando lugar a inequidades en salud por razón de género

2.2.2. Base teórica sobre estilos de vida Saludables. La definición más conocida sobre este tema es: Estilo de vida, hábito de vida o forma de vida hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas, algunos de los cuales pueden ser no saludables. Los estilos de vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida. (Blake A.2014).

De igual modo, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud, OMS (2012) define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes".

La calidad de vida está relacionada con los siguientes aspectos:

- Satisfacción en las actividades diarias.
- Satisfacción de las necesidades.
- Logro de metas de vida.
- Autoimagen y la actitud hacia la vida.
- Participación de factores personales y socio ambientales.

Entre los estilos de vida que afectan la salud y con ello la calidad de vida de las personas, se encuentran los siguientes:

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Sedentarismo, falta de ejercicio.
- Insomnio.
- Estrés.
- Dieta desbalanceada.
- Falta de higiene personal.
- Errada manipulación de los alimentos.
- No realizar actividades de ocio o aficiones.
- Falta de relaciones interpersonales.
- Contaminación ambiental.

Algunos estilos de vida saludables que debemos tener en cuenta para alcanzar la calidad de vida que deseamos son:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- El autocuidado.
- Tener acceso a seguridad social en salud.
- Controlar factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Realizar actividades en tiempo libre y disfrutar del ocio.

La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables radica esencialmente, según Bassetto (2008), en el compromiso individual y social que se tenga, sólo así se

satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables causan numerosas enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Ejercicio físico.
- Sueño nocturno.
- Conducción de vehículos.
- Estrés.
- Dieta.
- Higiene personal.
- Manipulación de los alimentos.
- Actividades de ocio o aficiones.
- Relaciones interpersonales.
- Medio ambiente.
- Comportamiento sexual.

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población, y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema social sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. El término hace referencia a una combinación de unos factores claves intangibles o tangibles. Los factores tangibles relacionan específicamente con las variables demográficas, esto es un perfil demográfico individual mientras que los factores intangibles tratan de los aspectos psicológicos de uno individuo como valores personales, preferencias y actitud. Tener una "forma de vida específica" implica una opción consciente o

inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos.

La primera vez que apareció el concepto de "estilo de vida" fue en 1939 (las generaciones anteriores pudieron no haber necesitado este concepto porque no era significativo al ser las sociedades relativamente homogéneas). Alvin Toffler predijo una explosión de los estilos de vida (denominados "subculturas") debido al incremento de la diversidad de las sociedades postindustriales. Jeremy Rifkin describe el estilo de vida y la vida cotidiana en Europa y Estados Unidos; en las épocas históricas, en las actuales y en la llegada de la era global, después del individualismo y el comunitarismo. Pierre Bourdieu centra su teoría en el concepto de *habitus* entendido como esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El *habitus* hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos.

Geográficamente un ambiente rural contra una metrópoli urbana crearía resultados diferentes. Este factor es lo más importante porque dentro del ámbito urbano un barrio particular se comporta como un factor decisivo debido a variados niveles de afluencia y proximidad a espacios abiertos. Por ejemplo en las regiones con proximidad al mar, una cultura o un estilo de vida de surfear están presentes frecuentemente. El concepto de gestión de estilo de vida ha crecido bastante en la última década debido al enfoque en la manera en que vivimos.

2.2.2.1 Estilos de vida saludables en la persona

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, lo que supone que este concepto va más allá de la existencia o no de una u otra enfermedad. En consecuencia, más que de una vida sana hay que hablar de un estilo de vida saludable del que forman parte la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social. Desde esta perspectiva se puede determinar que los hábitos necesarios para llevar una vida saludable son los siguientes:

- Dieta equilibrada: una alimentación saludable se rige por incluir todos los alimentos contemplados en la pirámide nutricional, pero en las proporciones adecuadas y en la cantidad suficiente (no más) para mantener las necesidades nutricionales del organismo en función del consumo energético que éste

realiza con la actividad diaria. El valor energético diario de la dieta debe ser de 30-40 kilocalorías por kilo de peso. Los hidratos de carbono deben ocupar un 50-55% de los nutrientes, con no más de un 10% de azúcares simples. Las grasas han de ser un 30% del valor energético total, repartiéndose del siguiente modo: un 15-20% de grasas monoinsaturadas, un 5% de poliinsaturadas y no más de un 7-8% de saturadas. Las proteínas consumidas no deben superar el 10% de la dieta. Finalmente, se debe aportar al organismo unos 20-25 gramos de fibra vegetal.

- Hábitos tóxicos: el tabaco, el alcohol y las drogas inciden de forma muy negativa sobre la salud. La única tolerancia se refiere exclusivamente al vino o la cerveza, de los que incluso se recomienda el consumo del equivalente a una copa diaria.
- Ejercicio físico: las recomendaciones generales determinan unos 30 minutos diarios de actividad física, siendo suficiente caminar a paso rápido durante este tiempo. Ello permite quemar las calorías sobrantes y fortalecer músculos y huesos, pero también ayuda a controlar la tensión arterial, el colesterol y los niveles de glucosa en sangre, además de contribuir a la eliminación del estrés y ayudar a dormir mejor, adquirir un estado de relajación y evitar cambios de humor, mejorar la autoestima y el estado de satisfacción personal. También puede ser un buen medio para desarrollar una saludable actividad social cuando el ejercicio se hace en compañía.
- Higiene: una higiene adecuada evita muchos problemas de salud: desde infecciones a problemas dentales o dermatológicos. El concepto de higiene no sólo se refiere al aseo y limpieza del cuerpo, sino que afecta también al ámbito doméstico.
- Productos tóxicos: son muchos los productos a los que la exposición del organismo, puntual o continuo, puede resultar en un serio riesgo para la salud. La contaminación ambiental de las ciudades está considerada como uno de los factores de riesgo más importantes para la salud.
- Equilibrio mental: no se refiere a la existencia de enfermedades mentales, sino al estado de bienestar emocional y psicológico, necesario para mantener y desarrollar las capacidades cognitivas, las relaciones sociales y el afrontamiento de los retos personales y profesionales de la vida diaria. El

estrés, el cansancio, la irascibilidad, la ansiedad son, entre otros, algunos de los signos que indican que el estado mental no es del todo saludable.

- **Actividad social:** las relaciones sociales son un aspecto fundamental para la salud del ser humano y, en consecuencia, para un envejecimiento saludable. El aislamiento social puede llevar a un deterioro gradual e irreversible de las capacidades físicas y mentales, incluso a la incapacidad física y la demencia.

2.2.2.2. Estilos de vida saludables en la familia.

Las familias pueden ser complejas. Las presiones impuestas por el trabajo, los amigos y los mismos miembros familiares pueden acumularse y crear un entorno de estrés emocional, resultando en hábitos de alimentación perjudiciales que pueden continuar en el desarrollo familiar.

En el caso de los niños afortunadamente, los padres o guardianes pueden contribuir a crear y mantener un estilo de vida sano para niños y adolescentes. La crianza de un niño sano comienza en un hogar saludable, y el primer paso es ayudar a su hijo a adoptar opciones inteligentes. Como padre o guardián, usted desempeña el papel importante de guía y mentor de su hijo, a la hora de tomar decisiones referentes a su alimentación. Generalmente los niños seleccionan alimentos que se sirven con más frecuencia, fácilmente disponibles, y listos para comer. Por tanto, propiciar que sus niños y adolescentes tengan acceso a meriendas saludables como colocar zanahorias pequeñas en bolsitas ubicadas en el último estante del refrigerador es una forma de estimular a los niños a consumir más vegetales y menos azúcar.

En ocasiones, los padres o guardianes hacen uso del postre como premio a una alimentación sana. Pero usar un dulce o cualquier alimento sin valor nutritivo ('chatarra') como premio, fomenta una alimentación perjudicial. Varios estudios revelan que los niños cuyos padres usan los alimentos para estimular conductas positivas, muestran una mayor preferencia por lo que se les ofrece como premio. La alimentación saludable no tiene que ser necesariamente un truco para lograr un objetivo. Los niños deben apreciar los alimentos por su capacidad de ser sabrosos y deseables.

El acto de comer es casi tan importante como el tipo de alimentos que consumen usted y su hijo. Por ejemplo, varios estudios han descubierto que los niños que se sientan a la mesa con sus familias para comer, disfrutan de dietas más saludables. Los

niños se comunican más con sus padres cuando comen en familia. Como resultado, esos niños están mejor ajustados y son menos propensos a participar en conductas riesgosas. Por otra parte, los niños que acostumbran a comer ante el televisor consumen dietas menos saludables, al igual que los niños que comen con frecuencia en restaurantes. Convertir la cena en un acontecimiento familiar, aunque la misma se limite a una comida simple y saludable como un pollo a la parrilla con ensalada de vegetales, estimula una actitud sana al respecto a la alimentación.

Pero un hecho más importante aún es que los padres sirven de ejemplo para la alimentación saludable de sus hijos, y son agentes claves en el inicio de cambios de conducta relacionados con los alimentos. Además, hacer que la actividad física esté instituida en la rutina familiar, estimulará un cambio de conducta positivo. La ejercitación es el complemento magnífico de una dieta saludable.

- Asegúrese que la mayoría de los alimentos existentes en su hogar sean saludables. La sustitución del helado coronado con dulces por yogurt congelado con poca grasa y acompañado de frutas, es buen ejemplo de que una alimentación saludable que no implica renunciar a los postres.
- Cree patrones de alimentación saludable. Los niños aprenden observando modelos de conducta. Por tanto, cuando ven que sus padres compran, cocinan y comen comidas sanas, están más aptos para consumir ese tipo de alimentos. Evite el uso de los alimentos como premio. Los alimentos no deben ser usados como medida de buena conducta. La adopción de un sistema que convierta los alimentos sin valor nutritivo en premio a una actitud encomiable, fomenta la idea errónea de que los alimentos sanos no son tan atractivos como la comida “chatarra”, o que no son algo deseable.
- Comer en familia. Las comidas familiares no son solamente una buena oportunidad de compartir aspectos de la vida de sus hijos. También son la ocasión perfecta para hablar acerca de hábitos de alimentación saludable, y hacer que sus hijos participen en conversaciones referentes a la apariencia y sabor de los alimentos sanos.
- Limite la frecuencia de las comidas en restaurantes. Comer en restaurantes no sólo es un hábito costoso, sino que también puede ser incorrecto en términos de salud. El desconocimiento de lo que hay dentro de la comida que le sirven

le dificulta ayudar a su hijo a elegir una comida nutritiva y con raciones adecuadas.

“Un entorno familiar saludable es un componente importante en la crianza de un niño sano”, asegura la Dra. Mary Alvord, psicóloga. “Hacer que la opción saludable sea la opción más fácil contribuirá a incrementar el bienestar personal de cada integrante de la familia”.

2.2.2.3 Estilos de vida saludables en el entorno

Los escenarios o ámbitos de intervención en promoción y educación para la salud identifican los lugares donde distintos grupos de población viven, conviven, acuden, se reúnen y/o trabajan. Es importante identificar estos escenarios porque, para trabajar con eficacia, las intervenciones de Promoción de la Salud se deben desarrollar e integrar en los espacios de sociabilidad más habituales y cotidianos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004).

Los entornos saludables no solo se definen por ser las localizaciones para la Promoción de la Salud, sino también por ser entidades sociales o sistemas que cambian y pueden promover su salud. Se tiene en cuenta la influencia en el entorno y en la creación de sus problemas de salud derivados de la relación entre el ambiente social y los factores personales. Al ser un sistema social, el objetivo de la intervención en un escenario no son solo las personas sino también las estructuras y patrones sociales que lo conforman. Tal y como afirman varios informes (Dennis, 2000), la aproximación por entornos puede considerarse que ha demostrado su capacidad de: - movilizar apoyo político e introducir temas de salud en la agenda política, - crear cauces de participación y modelos de empoderamiento, y - desarrollar redes muy amplias (literalmente mundiales) de colaboración, innovación e intercambio de experiencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado programas basados en entornos saludables. El primero de ellos ha sido el de Ciudades Saludables, posteriormente Escuelas Promotoras de Salud, Hospitales Promotores de Salud y Prisiones Saludables, dejando la puerta abierta a nuevas iniciativas más originales y menos obvias como supermercados saludables, peluquerías promotores de salud o cualquier otra.

- Equidad. Eliminación progresiva de las desigualdades en relación con la Promoción de la Salud y la atención sanitaria que reciben los ciudadanos con independencia de su nivel económico, cultural o social.
- Promoción de la Salud. Abordar la salud y la enfermedad desde un punto de vista colectivo y no exclusivamente individual.
- Participación comunitaria. Colaboración y participación de los ciudadanos en el análisis y propuesta de soluciones con el fin de alcanzar un mayor nivel de salud.
- Atención primaria. Brindar atención integral al individuo y a la comunidad desarrollando funciones de promoción, prevención, asistencia y recuperación en lo que constituye el primer contacto del individuo con el sistema sanitario.
- Colaboración intersectorial. Labor coordinada de todos los sectores que condicionan el proceso salud / enfermedad (medio ambiente, transporte, servicios sanitarios, urbanismo, cultura...), coherentemente con la filosofía del proyecto

2.3. Marco legal. A continuación se va a presentar el marco normativo acerca de las variables de investigación:

2.3.1 Marco Normativo Nacional.

- Constitución política del Perú
- Ley 26842 – Ley general de salud
- Ley 27657 – Ley del ministerio de salud
- Ley 30021 – ley de promoción de alimentación saludable
- Resolución Ministerial N° 961 – 2005/MINSA Aprobación de la Directiva Sanitaria N° 073 – MINSA/DGPS “Promoción de la Actividad física”

2.3.2. Marco normativo internacional

- Convención Americana sobre derechos humanos
- Declaración Internacional de Derechos humanos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

2.4. Definición de términos. Se presenta la definición de las palabras claves:

Estilos de vida: Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona.

Factores socioeconómicos: son las experiencias sociales y económicas y las realidades que te ayudan a moldear la personalidad, las actitudes y la forma de vida. También pueden estar definidos por las regiones y los vecindarios. Los organismos de seguridad del país por ejemplo, siempre se citan los factores socioeconómicos de la pobreza relacionados con otros aspectos de la sociedad.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

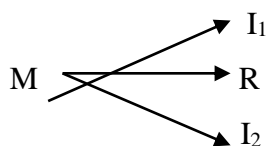
3.1. Tipo de investigación

Aunque se dice que es método científico es uno, existen diversas formas de identificar su práctica o aplicación en la investigación, de modo que la investigación se puede clasificar de diversas maneras, de acuerdo a ello se ha planteado la realización de una investigación que se encuentra dentro de los tipos descriptiva, porque describir en todos sus componentes principales, una realidad. Por otro lado es una investigación de tipo explicativa, ya que tiene una relación causal, que tiene como objetivo además de describir o acercarse a un problema, encontrar las causas del mismo.

Es por ello que la investigación que se utilizó es de tipo descriptivo, transversal y explicativo.

3.2. Diseño de la investigación

Por la naturaleza del trabajo se considera como una investigación causal, el diagrama es el siguiente:



Dónde:

M = Es la muestra.

I₁ = Información de unidades de variable.

I₂ = Información de la otra variable.

R = Tipo y grado de influencia que existente.

3.2.1. Espacio geográfico. La investigación se realizará en la ciudad de Juliaca, capital de la provincia de San Román, ubicada en la jurisdicción de la región Puno. A 3824 msnm. Explícitamente dentro de los ambientes del servicio de medicina del Hospital Carlos Monge Medrano situado en el Km. 2 de la carretera a Huancané.

3.2.2. Ubicación temporal. La investigación se realizará durante los meses de julio, agosto del año 2015.

3.2.3. Universo y muestra.

Estará conformada por todos los pacientes que acudan hacia las instalaciones del servicio de medicina del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, entre el 1 julio al 31 del mismo mes durante el año 2015. Según datos obtenidos del hospital Carlos Monge Medrano el promedio de pacientes adultos atendidos en el servicio de medicina en un mes es aproximadamente de 120 personas.

Para el trabajo de investigación se aplicó un muestreo no probabilístico, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión teniendo en cuenta algunos aspectos importantes. Para determinar el tamaño de muestra utilizamos criterios de estimación estadística que son los que garantizan que la muestra sea representativa:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \hat{p} \hat{q} N}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \hat{p} \hat{q}}$$

En donde:

$Z_{\alpha/2}$	Valor observado en tabla de la distribución normal=1.95 (nivel de confianza del 95%)
N	Tamaño de la población = 1099
\hat{p}	Estimación de la verdadera proporción = 0.5 (50% del área bajo la curva).
\hat{q}	= $1 - \hat{p} = 0.5$ (50% del área complementaria)
E	Error muestral = 0.05

$$n = \frac{1.95^2 * 0.5 * 0.5 * 120}{0.05^2 * (120 - 1) + 1.95^2 * 0.5 * 0.5} = 55.29$$

$$n = 55$$

Se tomará una muestra de 55 pacientes atendidos en el servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, también se tomara en cuenta algunos criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Pacientes que acudan al servicio y que acepten voluntariamente participar en la investigación, sin distinción de edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, ni ingreso económico.

Criterios de exclusión:

Pacientes menores de edad que no tengan a tu tutor en el momento de la investigación, así como pacientes que no deseen participar en la investigación.

3.2.4. Matriz de consistencia, Operacionalización de las variables

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN
<p>1.- Problema General. ¿Cuáles son los factores socioeconómicos y cómo estos influyen en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015?</p> <p>2.- Problemas específicos. 2.1.- ¿Cuáles son los factores sociales y cómo estos influyen en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015? 2.2.- ¿Cuáles son los factores económicos y cómo estos influyen en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015?</p>	<p>1.- Objetivo General. Determinar cuáles son los factores socioeconómicos y analizar su influencia en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015.</p> <p>2.- Objetivos específicos. 2.1.- Describir los factores sociales y analizar su influencia en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015, 2.2.- Delimitar los factores económicos y analizar su influencia en los estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca. 2015</p>	<p>1.- Hipótesis General. Los factores socioeconómicos identificados en los pacientes del servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano influyen de manera determinante en los estilos de vida saludables predisponiéndoles en su mayoría a la enfermedad.</p> <p>2.- Hipótesis específicos. 2.1.- Los factores sociales identificados en los pacientes del servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano influyen de manera determinante en los estilos de vida saludables predisponiéndoles en su mayoría a la enfermedad. 2.2.- Los factores económicos identificados en los pacientes del servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano influyen de manera determinante en los estilos de vida saludables predisponiéndoles en su mayoría a la enfermedad.</p>	<p>Variable independiente Factores socio Económicos en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano.</p> <p>Variable dependiente Estilos de vida saludables en pacientes que acuden al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano.</p>	<p>Tipo de investigación. El tipo de investigación que se adapta al presente trabajo es el <u>Descriptivo, explicativo.</u></p> <p>Método de investigación. El método de investigación es <u>observacional.</u></p> <p>Diseño de investigación. Para el presente trabajo de investigación de acuerdo a su naturaleza corresponde al diseño <u>descriptivo.</u></p> <p>Técnica de recolección de datos. Se aplicará la técnica de entrevista mediante un cuestionario (instrumento).</p> <p>Población objetivo. Pacientes del servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano.</p>

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIO DE VALORACIÓN	TIPO DE VARIABLE
2.2.1 Factores socioeconómicos	2.2.1.1 Factores sociales	Edad	18-25 años 26- 45 años 46- 65 años 65 a más	Cuantitativo (Ordinal)
		Ocupación	Trabajador Su Casa Estudiante Otro	Cualitativo (Nominal)
		Grado de instrucción	Primaria Secundaria. Superior Sin instrucción	Cualitativo (Nominal)
	2.2.1.2 Factores económicos	Ingreso económico mensual	Menor a RMV 750 -1200 S/ 1200-2400 S/ Mayor a 2400	Cuantitativo (Ordinal)

VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIO DE VALORACIÓN	TIPO DE VARIABLE
2.2.2 Estilos de vida saludables	2.2.2.1 En la persona	Consumo de sustancias tóxicas	Alcohol Tabaco Drogas	Cualitativo (Nominal)
		Ejercicio físico	No realiza 1 vez x semana 2-4 veces /S Más de 5 veces	Cuantitativo (Ordinal)
		Higiene	Una vez al mes Cada 15 días Una vez / Sem. Todos los días	Cuantitativo (Ordinal)
	2.2.2.2 En la familia	Antecedentes patológicos familiares	Diabetes Cardiovascular Cáncer Otro	Cualitativo (Nominal)
	Alimentación en restaurantes	Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativo (Nominal)	

	2.2.2.3 En el entorno	Participación Comunitaria	Nunca Algunas veces Siempre	Cualitativo (Nominal)
--	--------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------

3.2.5. Instrumento de recolección de la información

Se procederá a la aplicación de los instrumentos elaborados para la obtención de datos a utilizarse en el presente trabajo de investigación. La guía de entrevista al paciente consta de preguntas basadas en aspectos de los factores sociales y económicos, además de los tipos de estilos de vida saludables.

3.2.5.1. Procedimientos de recolección de datos.

- Se solicitará la autorización de la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.
- Se realizarán reuniones de coordinación con el personal del servicio de medicina, con la finalidad de explicar la finalidad y utilidad del trabajo de investigación.
- Para recabar datos sobre los factores sociales, económicos y estilos de vida saludables, se realizarán entrevistas personales breves y en completo ambiente de privacidad y comodidad, previa autorización del paciente.

3.2.5.2. Instrumentos de medición.

Para el análisis de la información se utilizará la Estadística Descriptiva (porcentual).

PORCENTAJE: X

$$P = \frac{X}{N} (100)$$

N

Dónde:

P = Porcentaje

$$X^2_c = \sum \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Dónde:

O_{ij} = Denota la frecuencia observada en un casillero.

E_{ij} = Frecuencia esperada

N = Tamaño de muestra.

X = Número de pacientes entrevistados

Seguidamente para probar la influencia entre los factores sociales y económicos y los estilos de vida saludables de pacientes del servicio de medicina, se calculará la prueba de Ji cuadrado cuya fórmula es:

REGLA DE DECISIÓN: Si $x_c^2 > x_t^2 =$

Se acepta hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

3.2.6. Cronograma y presupuestos

Materiales:

➤ Recursos Humanos

- La investigadora
- Un Director del Proyecto.

- Recursos Físicos:
 - Disponibilidad de infraestructura
 - Disponibilidad de ambientes.

Presupuesto:

- El presupuesto para la ejecución del trabajo será auto financiado.
- Técnica: Entrevista al paciente para la recolección de los datos sobre los factores sociales y económicos y los estilos de vida saludables.
Instrumento: Guía de entrevista estructurada para el paciente completamente entendible para el mismo.

Se anexa la ficha de la entrevista como instrumento utilizado para la investigación.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JULIO	AGOSTO
Elaboración Proyecto	XXX	
Aprobación. Proyecto	XXX	
Recolección de datos	XXX	
Elaboración Informe		XXX
Sustentación del trabajo		XXX

3.2.7. Procesamiento de la información

Validación de los instrumentos

Para validar el instrumento de la variable tanto independiente y dependiente se usó el criterio de expertos es decir intervino tres miembros del personal de salud del hospital Carlos Monge Medrano, los cuales hicieron las observaciones pertinentes de los instrumentos, se modificó de acuerdo a un análisis.

Procedimiento

Se estableció las comunicaciones estrechas con todos los pacientes con la finalidad de obtener su confianza, se aplicó la entrevista de acuerdo a la disponibilidad de tiempo y horario del paciente, tuvo una duración aproximada de 5 minutos.

Análisis estadístico

Con los datos recogidos de los 55 pacientes, se realizó un análisis estadístico utilizando el programa informático SPSS versión 20.

Se han analizado, una a una, las variables estudiadas y además se han analizado conjuntamente:

Usamos además técnicas de análisis estadístico descriptivo, cuando analizábamos las variables individualizadas, y la chi-cuadrado, cuando analizábamos las variables cruzadas. Con este test pretendemos ver si podemos hablar de una relación significativa entre las variables contrastadas.

Instrumentos de medición

La estadística es una herramienta que nos ayuda a interpretar de manera objetiva la información con la que se cuenta:

A) Pruebas de hipótesis

Para probar las hipótesis correspondientes en la investigación se usó la estadística inferencial, en donde el estadístico de prueba Chi cuadrado, es el estadístico de prueba utilizado:

Estadístico de prueba Chi cuadrado.

Ho : Las variables son independientes

Ha : Las variables son dependientes

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

En donde:

O_{ij} = frecuencias observadas en cada categoría i en el grupo j .

e_{ij} = frecuencias esperadas en cada categoría i en el grupo j bajo la H_0 .

k = número de grupos en la clasificación.

r = número de categorías en la clasificación.

Grados de libertad = $(N^\circ \text{ de filas} - 1) * (N^\circ \text{ de columnas} - 1)$

Nivel de significación = 0.05

Este resultado se compara con los valores correspondientes de una tabla Chi cuadrado, con los respectivos grados de libertad y el nivel de significación, si el valor obtenido es mayor al de las tablas. Se rechaza la hipótesis nula.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Resultados

De acuerdo a los datos obtenidos durante la ejecución de la presente investigación se va a presentar a continuación los datos obtenidos más relevantes:

Con respecto a la distribución porcentual de la edad con los estilos de vida saludables si existe una influencia estadísticamente significativamente, se observó que los mayores porcentajes de los pacientes no practican estilos de vida saludables (81,1%), además podemos observar que el 65.5% de los pacientes con edad de 26 a 45 años, 81.1% de los pacientes con edad de 18 a 25 años, 63.3% de los pacientes con edad de 45 a 65 años y el 53.6% de los pacientes de más de 65 años, tienen malos estilos de vida.

En cuanto a la ocupación de los pacientes con los estilos de vida saludables no existe una influencia estadísticamente significativamente, sin embargo se observó que los mayores porcentajes de pacientes que son empleadores tienen un inadecuado estilo de vida saludable (78.0%) además podemos observar que el 83.1% de los pacientes que son estudiantes ocurre lo mismo.

En relación con el grado de instrucción y los estilos de vida saludables se observó que si existe influencia estadísticamente significativa, donde se vio que los mayores porcentajes de los pacientes que tienen instrucción superior tienen mejores los estilos de vida saludables (78.0%) además podemos observar que el 37.5% de los pacientes que no tienen ningún tipo de instrucción, en su mayoría adultos mayores no tienen buenos estilos de vida saludables.

Del ingreso económico mensual y los estilos de vida saludables se pudo comprobar que no existe influencia estadísticamente significativa y se observó que los mayores porcentajes de los pacientes tienen un ingreso menor a la remuneración mínima vital (RMV) (78.0%), además estos pacientes son los que no tienen buenos estilos de vida saludables (78.7%).

Y en cuanto al consumo de sustancias tóxicas y los factores socioeconómicos también existe una influencia estadísticamente significativa y se observó que los

mayores porcentajes de los pacientes que consumen alguna sustancia tóxica no poseen buen nivel tanto social como económico. (78.0%).

En tanto al ejercicio físico y los factores socioeconómicos no existe una influencia estadísticamente significativa y se observó que los mayores porcentajes de los pacientes no realizan mucha actividad física (78.0%), además podemos observar que el 78.4% de los pacientes no realizan ningún tipo de ejercicio físico.

En relación a la higiene y los factores socioeconómicos se observó que los mayores porcentajes de los pacientes realizan higiene corporal una vez por semana 75.8% y solo el 24.2% cada 15 días.

En relación con los antecedentes patológicos familiares y los factores socioeconómicos se observó que si existe influencia estadísticamente significativa, donde se vio que los mayores porcentajes de los pacientes que tienen algún antecedente patológico familiar tienen mejores los estilos de vida saludables (78.0%) además podemos observar que el 37.5% de los pacientes que tienen algún antecedente patológico familiar no practican estilos de vida saludables.

De la alimentación en restaurantes y los factores socioeconómicos se pudo comprobar que si existe influencia estadísticamente significativa y se observó que los mayores porcentajes de los pacientes que poseen medios económicos dentro del rango normal a elevado tienen mayor afluencia a restaurantes que los que no cuentan con los medios económicos suficientes vital (78.8%).

Por último en relación con la participación comunitaria y los factores socioeconómicos se observó que no existe influencia estadísticamente significativa.

4.2. Análisis y debate de resultados

Con la realización de la presente investigación se buscó determinar si existe influencia entre los factores socioeconómicos como la edad, ocupación, grado de instrucción. Ingreso económico mensual con los estilos de vida saludables como consumo de sustancias tóxicas, ejercicio físico, higiene, alimentación en restaurantes y participación comunitaria que hay en los pacientes atendidos en el servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano de la ciudad de Juliaca. También ver cuál de todos los factores socioeconómicos se influyen más con los estilos de vida saludables en los pacientes mencionados, teniendo en cuenta también el sexo la procedencia y el grupo etario en donde se presenta con mayor frecuencia.

Haciendo una autocrítica al trabajo de investigación realizado se debe de considerar algunos antecedentes del paciente, ya que los estilos de vida saludables no solo se adquieren por diversos factores sino que también se heredan como costumbres dentro de la familia que se van adquiriendo de generación en generación.

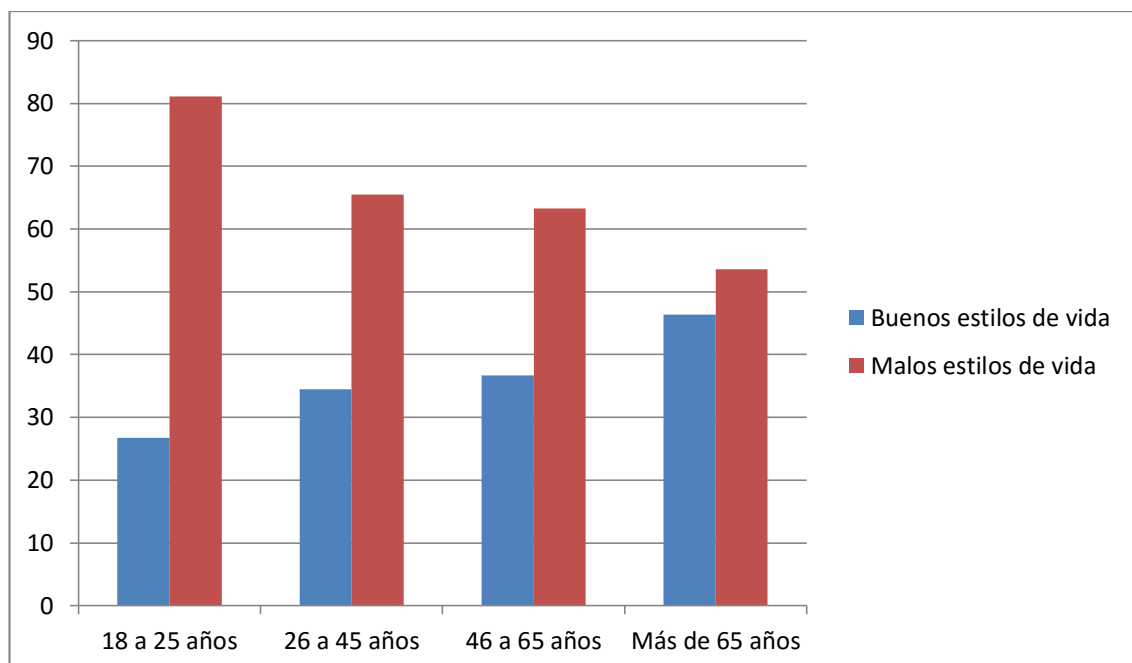
Así como la ocupación de cada paciente puede influir en los estilos de vida adoptados, un ejemplo claro es cuando el paciente es estudiante, su ritmo de vida es más sedentario ya que con el trajín de sus responsabilidades muchas veces comen en los horarios correspondientes o no realizan mucho ejercicio físico, entre otros. Un ejemplo más es en las personas que realizan trabajo de hogar, ya que por el hecho de permanecer más tiempo en casa en su mayoría mujeres su estilo de vida es más adecuado en relación a otro tipo de ocupación.

También se debió de enfocar mayormente en algunos hábitos muy particulares que se encontraron en los pacientes evaluados que conllevan a diferentes estilos de vida ya sean saludables o no como por ejemplo el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, ya que este mal hábito muchas veces con lleva a diferentes tipos de patologías.

Comparando alguno de nuestros resultados con otros trabajos de investigación, nuestro grado de influencia entre las dos variables es mayor en relación a otros antecedentes de la investigación proyectada.

Gráfico N° 1

Distribución porcentual de los estilos de vida según edad en pacientes del servicio de medicina H.C.M.M. 2015



Fuente: elaborado por la responsable de la investigación.

Interpretación

En el gráfico N° 1, se observó que los mayores porcentajes de los pacientes que fluctúan entre los 18 a 25 años tienen malos estilos de vida (91.1%) y quienes tienen un correcto estilo de vida saludable (26.7%), además podemos observar que el 65.5% de los pacientes con edad de 26 a 45 años, tienen malos estilos de vida, en contraposición 34,5 % que si tienen buenos estilos de vida saludables. También se pudo observar que los pacientes entrevistados que tienen mejores estilos de vida están entre quienes tienen más de 65 años de edad en un 46,4% seguidos de las personas que tienen entre 46 a 65 años de edad con un 36,7%.

Con menos influencia se puede ver que el 63,3 % de los pacientes entre los 46 a 65 años tienen malos estilos de vida igual que el 53,6 % que tiene más de 65 años.

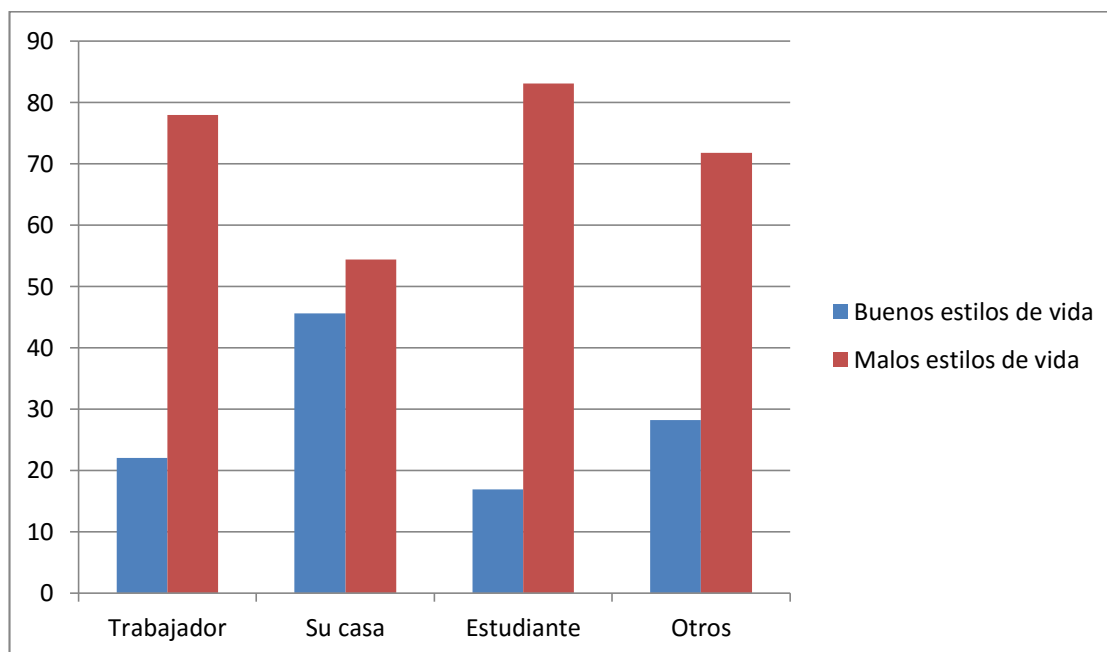
Con el análisis estadístico, prueba Ji Cuadrada se determinó que si existe una influencia estadística entre los estilos de vida saludables y la edad del paciente entrevistado en la investigación

Se concluye que la edad del paciente influye en los estilos de vida saludables del paciente que acude al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

Con el gráfico N° 1 podemos llegar a la conclusión que las personas que están entre los 18 a 25 años de edad tienen incorrectos de estilo de vida porque poseen una vida sedentaria, comen en la calle, no duermen sus horas completas, no practican mucho ejercicio físico debido en muchos casos a sus estudios y/o trabajo. Lo mismo sucede con las personas que están entre los 26 a 4 años (34,5%), sin embargo también se puede observar que las personas que están entre más de 65 años de edad tienen mejores estilos de vida (46,4%) esto debido a que ellos en su juventud tenían mejores estilos de vida, comían productos de la región como cañihua, quinua, etc. Hacían más ejercicio ya que se dedicaban a los sembríos.

Gráfico N° 2

Distribución porcentual de los estilos de vida según ocupación de los pacientes del servicio de medicina H.C.M.M. 2015



Fuente: elaborado por la responsable de la investigación.

Interpretación

En el gráfico N° 2, se observó que los mayores porcentajes de los pacientes que son estudiantes tienen malos estilos de vida (83.1%) y los estudiantes que tienen un correcto estilo de vida saludable (16.9%), demás se pudo observar que los pacientes que realizan algún tipo de trabajo tienen un porcentaje de malos estilos de vida que va en un 78% a diferencia de los que practican estilos de vida saludables en un 22%. Por otro lado se puede ver que las personas que se dedican a su casa tienen los mejores estilos de vida (45,6%), cabe mencionar también que en la categoría otros se consideró a personas que no tenían ningún oficio en el momento de la entrevista y a personas que se encuentran postrados en una cama debido a alguna enfermedad, están personas al igual que los demás no poseen correctos estilos de vida (71,8%).

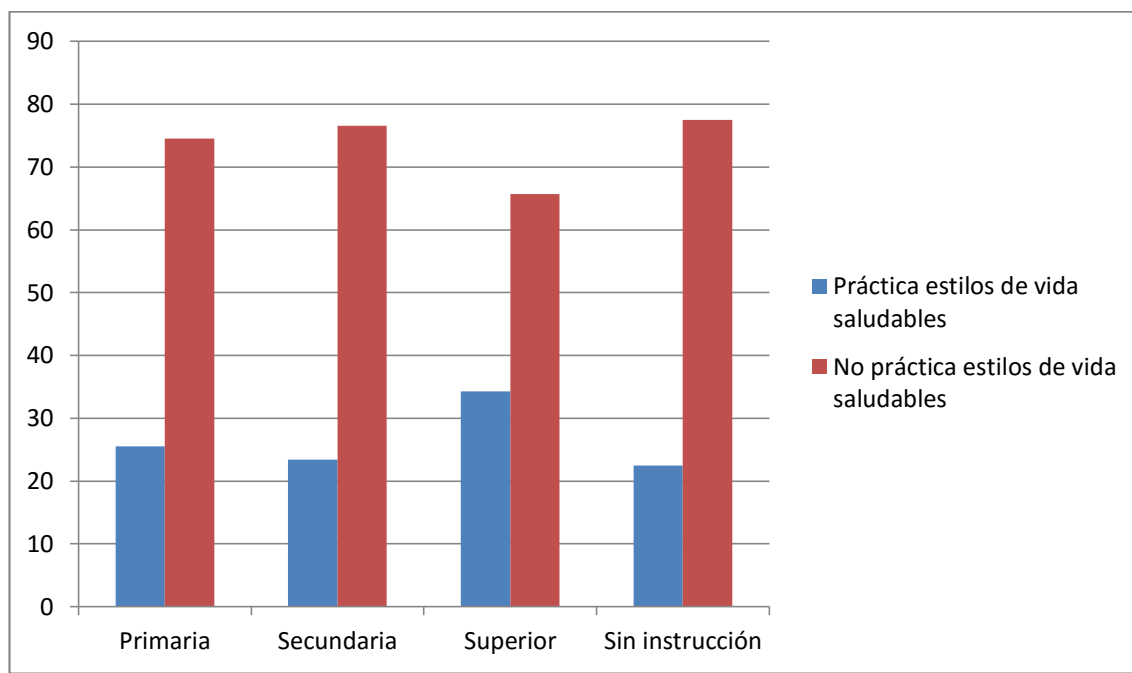
Con el análisis estadístico, prueba Ji Cuadrada se determinó que si existe una influencia estadística entre los estilos de vida saludables y la ocupación del paciente entrevistado en la investigación.

Se concluye que la ocupación del paciente influye en los estilos de vida saludables del paciente que acude al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca

En este gráfico podemos ver que las personas que están en edad de ser estudiantes no poseen las mejores condiciones de vida saludable ya que como dijimos en el gráfico anterior tienen una vida sedentaria de debido a la exigencia en la universidad en muchos casos, por otro lado ocurre lo mismo con las personas que tienen algún oficio, y que por el trabajo muchas veces descuidan su alimentación, no hacen ejercicio físico y recurren muchas veces a todo lo que sea rápido, a esto ayuda considerablemente la tecnología, el internet, los teléfonos celulares, los electrodomésticos, entre otros.

Gráfico N° 3

Distribución porcentual de los estilos de vida según grado de instrucción de los pacientes del servicio de medicina H.C.M.M. 2015



Fuente: elaborado por la responsable de la investigación.

Interpretación

En el gráfico N° 3, se observó que los mayores porcentajes de los pacientes que no tienen instrucción educativa alguna no practican estilos de vida saludables (77.5%) al igual que los pacientes que estudiaron solo primaria (74.5%), los que estudiaron hasta la secundaria (76,6%) y los que tienen un grado de instrucción superior (65,7%) por otro lado quienes mejor practican regular estilo de vida saludable son los pacientes que tienen educación superior (34,3%), seguido muy de cerca por los demás indicadores.

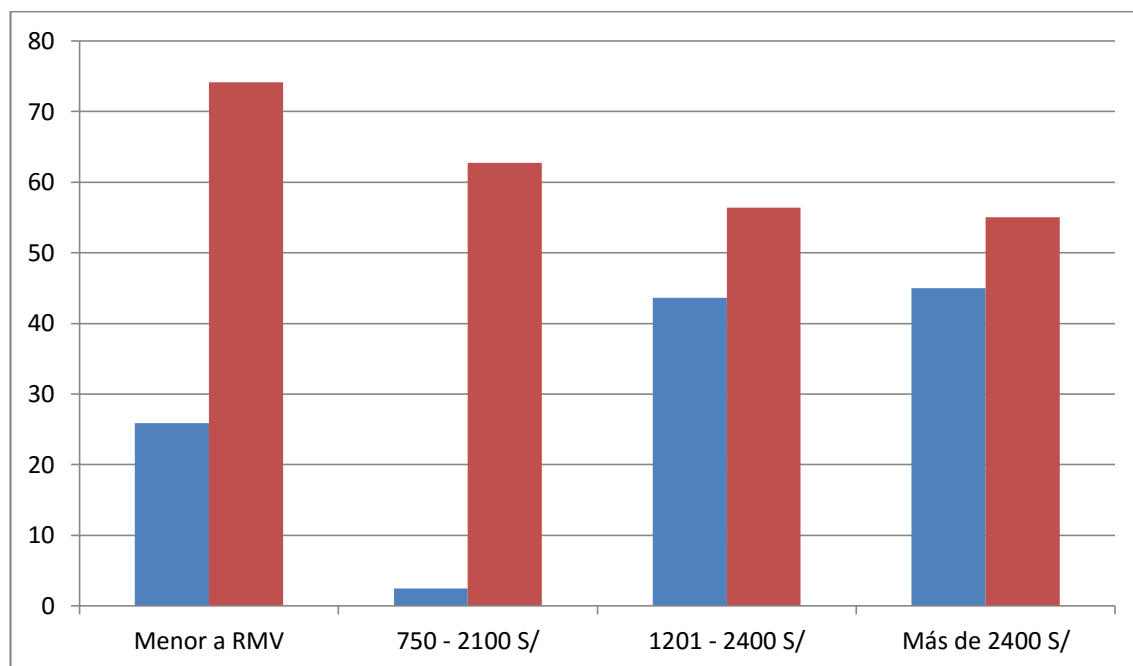
Con el análisis estadístico, prueba Ji Cuadrada se determinó que no existe una influencia estadística entre los estilos de vida saludables y el grado de instrucción del paciente entrevistado en la investigación

Por lo tanto se concluye que el grado de instrucción del paciente no influye en los estilos de vida saludables del paciente que acude al servicio de medicina del hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca.

En este gráfico se llega a la conclusión que las personas que tienen educación superior tienen mejores estilos de vida (34,3%) por que ellos tienen mejores conocimientos sobre la alimentación correcta, además de que tienen más acceso a adquirir alimentos de mejor calidad y acceso a fuentes de información al respecto, lo que no sucede con las personas que no tienen instrucción.

Gráfico N° 4

Distribución porcentual de los estilos de vida según Ingreso económico mensual de los pacientes del servicio de medicina H.C.M.M. 2015



Fuente: elaborado por la responsable de la investigación.

Interpretación

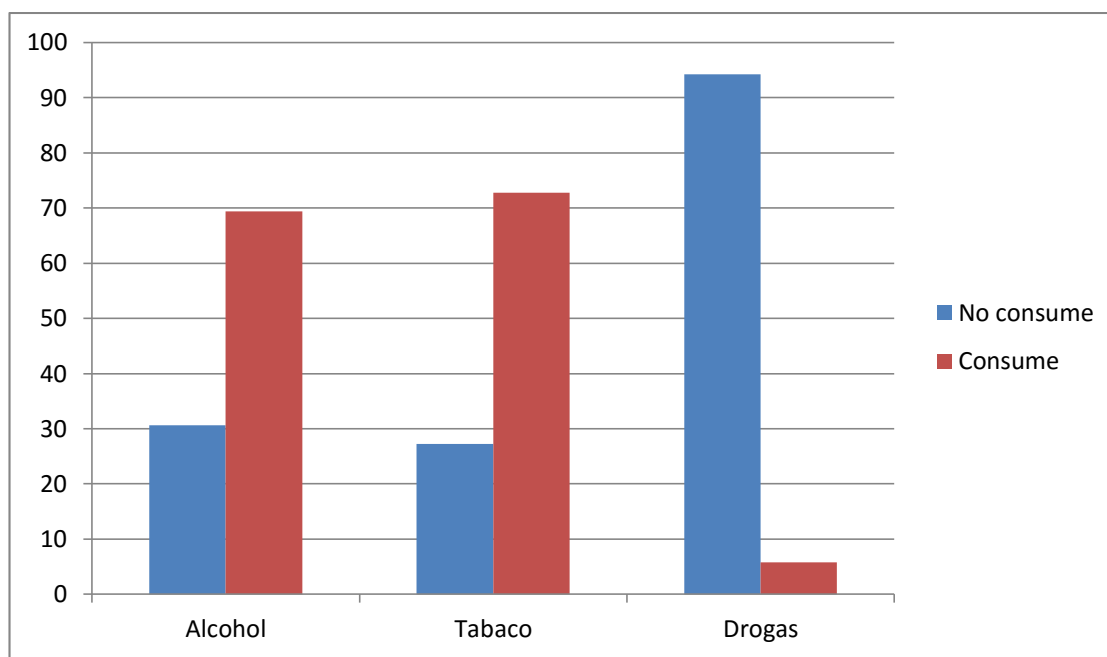
En el gráfico N° 4, se observó que dentro de los pacientes que fueron entrevistados el 74,1% de los que tiene un sueldo mensual menor a la remuneración mínima vital (RMV) no practican estilos de vida saludables, al igual que el 62,7% que reciben entre 750 a 1200 soles mensualmente.

Con menos influencia se puede ver que el 43,6% de los pacientes que reciben mensualmente entre 1200 a 2400 soles practican estilos de vida saludables.

Con el análisis estadístico, prueba Ji Cuadrada se determinó que si existe una influencia estadística entre los estilos de vida saludables y el ingreso económico mensual del paciente entrevistado en la investigación

Gráfico N° 5

Distribución porcentual del consumo de sustancias tóxicas en pacientes del servicio de medicina H.C.M.M. 2015



Fuente: elaborado por la responsable de la investigación.

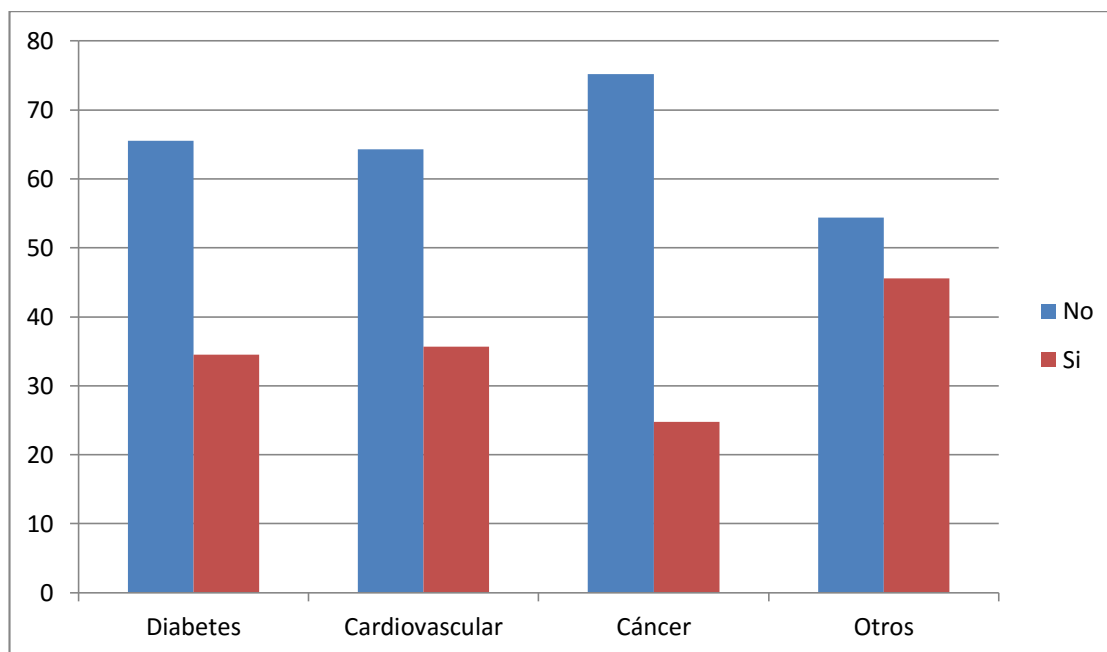
Interpretación

De acuerdo con el gráfico podemos observar que de todos los pacientes entrevistados el 69,4% ha consumido alcohol alguna vez durante su vida y la consume continuamente, sin embargo el 30,6% no la consume frecuentemente. Por otro lado en cuanto al consumo del tabaco se puede observar que el 72,8% consume tabaco frecuentemente y el 27,2 no lo hace. En cuanto al consumo de las drogas las personas pudieron decir que el 94,2 no consumen drogas ni las consumieron durante toda su vida, y sólo el 5,8 admitió haber consumido drogas alguna vez.

Con esto nos damos cuenta que en cuanto al consumo de tabaco y alcohol no hay correctos estilos de vida, ya que la mayoría está acostumbrado a beber alcohol o fumar cigarrillos sin pensar en las consecuencias que puede traer para su salud

Gráfico N° 6

Distribución porcentual de los estilos de vida según antecedentes patológicos familiares en pacientes del servicio de medicina H.C.M.M. 2015



Fuente: elaborado por la responsable de la investigación.

Interpretación

En este gráfico podemos observar que el casi todas las personas que fueron entrevistados tienen antecedentes patológicos familiares importantes, el 34,5% dijo tener familiares con Diabetes Mellitus Tipo I y II, el 35,7 % dijo tener familiares con enfermedades cardiovasculares, por otro lado el 24,8 % de los pacientes entrevistados tienen o tuvieron familiares con algún tipo de enfermedad neoplásica.

En la categoría otros se ha incluido otras enfermedades de carácter hereditario que han adquirido los familiares de los pacientes entrevistados, en esta categoría el 45,6% de los pacientes admitieron tener familiares con otras enfermedades no descritas en la ficha de entrevista.

CONCLUSIONES

Primero: Se concluye que si existe una influencia directa entre los factores socioeconómicos y los estilos de vida saludables, particularmente cada estilo de vida saludable va a influir directamente con algunos factores tanto sociales como económicos descritos en la investigación.

Segundo: Que con respecto a la edad, ocupación y grado de instrucción si presenta una influencia determinante la edad y el grado de instrucción, sin embargo; la ocupación no presenta influencia estadística determinante con los estilos de vida saludables, ya que los más altos grados de malos estilos de vida se dio en el sexo masculino y en el grupo etario de 18 a 25 y la procedencia del paciente fue un factor irrelevante.

Tercero: Durante el estudio acerca de los hábitos saludables la investigadora pudo darse cuenta que hoy en día las personas no tenemos muy en claro los conceptos de hábitos saludables, debido a todos los problemas de obesidad, anorexia, bulimia entre muchos más que presentamos los peruanos en especial. Sin duda alguna debemos reaccionar para ponerle un alto a los malos hábitos que presentamos, al hacer campañas en especial en las escuelas para poder enseñarles desde pequeños lo que son los hábitos saludables y de esta manera evitaremos que desde muy corta edad tengan que sufrir por estos malos hábitos saludables y empezar una sociedad donde se fomenten hábitos saludables y poder reducir nuestro número de obesidad en el mundo. De esta manera todos tendrán el verdadero concepto de hábitos saludables y lo podrán aplicar en toda su vida.

Cuarto: Con el estudio realizado se ha logrado comprobar la hipótesis presentada en el proyecto de investigación llegando a la conclusión que si existe una influencia estadística de los factores socioeconómicos en los estilos de vida saludables, consiguiendo analizarlos y comprobarlos de forma porcentual.

RECOMENDACIONES

Primero: Para el director Regional de salud que promueva mayor información sobre estos correctos hábitos de estilos de vida saludables, para así los pacientes o la población en general conozca del riesgo que puede tener adquirir malos estilos de vida y las posibles patologías que puede generar estos.

Segundo: A los pacientes **COMER SANO:** Esto significa una alimentación suficiente para mantenernos en nuestro peso óptimo, variada para mantener carencias nutricionales y equilibrada en todos los grupos de nutrientes. La dieta Mediterránea (rica en frutas, verduras y hortalizas) es la dieta recomendada por expertos en nutrición para cumplir estas pautas.

Tercero: De igual forma a los pacientes **MANTENER UNA BUENA HIDRATACIÓN:** Más del 60% de nuestro organismo está compuesto por agua, variando según nuestra edad, sexo y condición física. Si realizas actividades y esfuerzos físicos intensos aumenta esta cantidad, lo mismo si vives en un clima cálido y húmedo. Evita el alcohol tiene efecto diurético y deshidrata y vigila las pérdidas excesivas, sobre todo a través del sudor.

Cuarto: A los pacientes **REALIZA EJERCICIO CARDIOVASCULAR DE FORMA HABITUAL:** Debes realizarlo al menos 3 veces/semana (1h sesión). La cantidad de beneficios que nos aporta el ejercicio aeróbico son numerosos e incuestionables. Deportes, footing, trabajo en gimnasio,... lo que prefieras, pero muévete.

Quinto; A la población en general **VIDA SOCIAL ACTIVA:** Hay que resaltar los beneficios que reporta compartir un rato con nuestras amistades o salir de la rutina cotidiana. Podemos tener una salud física “de hierro”, o no padecer nunca enfermedades, pero si tenemos gente alrededor con la que compartir nuestra vida, no alcanzaremos ese bienestar integral y concepto de salud del que venimos hablando.

Fuentes de Información

Para poder realizar la recopilación de información de la presente investigación y posterior análisis se recurrió a las siguientes fuentes bibliográficas:

Fuentes textuales:

1. Kickbusch I. (1998) Promoción de la Salud, Como Contribuir a una Vida Saludable.
2. Dominguez P. (2012) Estilos de Vida Saludable.
3. Berdugo E. (2013) Necesidades Humanas Según Maxfred Max Neef.
4. Lalonde M. (1979) Situación de un Problema de Salud.
5. Maya S. (1997) Los Estilos de Vida Saludable, Componente de la Calidad de Vida.
6. Giraldo O. Toro R. Macías L. Valencia G. (2010) La Promoción de la Salud Como Estrategia para el fomento de Estilos de Vida Saludable.
7. Sanabria F. Gonzales Q. Urrego M. (2007) Estilos de Vida Saludables En Profesional de la Salud Colombianos.
8. Gonzales P. Silva A. Lopez C (1990) Factores Socioeconómicos Asociados a la Mortalidad Pos Neonatal en Cuba
9. Sosa M. Talledo P. (1999) Estilos de Vida y Prevalencia de Hipertensión Arterial en Tres Comunidades Peruanas.
10. Calsín Q. (2013) Relación entre Estilo de Vida y Estrés Laboral del Personal de Enfermería.
11. Dongo A. (2009) Significado de los Factores Sociales y Culturales en el Desarrollo Cognitivo por Noam Chomsky.
12. Piaget J. (1973) Teoría del Desarrollo Cognitivo.
13. Smith A. (1776) La Riqueza de las Naciones.
14. Blake A. (2014) Hacia un estilo de Vida Saludable.
15. Bassetto M. (2008) Estrategia para los Estilos de Vida Saludables.
16. Alvord M. (2002) Hábitos Sanos Garantizan Familias Saludables
17. Ministerio de Sanidad y consumo (2003) España.
18. Dennis R. (2000) Promoción y Educación para la Salud, Tendencias Innovadoras.

19. Bornas X. (2005) Autocontrol y Estilos de Vida Saludables, aprenda a modificar sus hábitos.
20. Montero C. (2004) Alimentación y vida saludable ¿somos lo que comemos?

21. Fuentes de internet:

<http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variables.html>

<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf>

<http://www.uniminuto.edu/web/uvd/-/estilos-de-vida-saludables>

http://es.wikipedia.org/wiki/Estilo_de_vida

7. ¿Cuál es su hábito de higiene corporal?

- Una vez al mes Cada 15 días
 Una vez por semana Todos los días

8. ¿Hay alguien en su familia que tenga alguna de la sgtes. Enfermedades?

- Diabetes Enf. Cardiovasculares
 Cáncer Otro.....

9. ¿Consume frecuentemente alimentos en restaurantes?

- Nunca
 Algunas veces
 Siempre

10. ¿Participa de reuniones sociales en su barrio)?

- Nunca
 Algunas veces
 Siempre