



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras distribuir, combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial y, a pesar que son nuevas obras deben siempre rendir crédito y ser no comerciales, no están obligadas a licenciar sus obras derivadas bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”
UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



TESIS

“CONOCIMIENTO Y PRACTICAS SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIÉRREZ 2009”

AUTOR:

LIC. ANGELA CAROLINA SALINAS GUZMÁN

ASESORA:

MAG. JENNY DEL RÍO MENDOZA

ICA - PERU

2017

DEDICATORIA

Maestro, su labor muchas veces subestimada, se enfoca en cuidar los saberes del mundo, y permitirle a otros, expandir sus conocimientos. Nos ayudas a vivir del sueño de superarnos y cumplir nuestras expectativas, y de siempre ir por la constante mejora, para ser mejores seres humanos.

Esta ocasión no ha sido la excepción, y exalto su trabajo, y le agradezco con creces por ayudarme a lograr esta nueva meta, mi maestría.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a mis padres y a mis maestros por
su apoyo incansable en el logro de alcanzar

una de mis metas

Encomienda tus planes a Dios y tus proyectos

Se llevaran a cabo

Proverbio 16,3

INDICE

	Página
CARATULA.....	<i>i</i>
DEDICATORIA.....	<i>ii</i>
AGRADECIMIENTO.....	<i>iii</i>
INDICE.....	<i>iv</i>
RESUMEN.....	<i>x</i>
ABSTRACT.....	<i>xi</i>
CONTRACARATULA.....	<i>xii</i>
• TITULO.....	<i>xii</i>
• NOMBRE DEL AUTOR.....	<i>xii</i>
• NOMBRE DEL ASESOR.....	<i>xii</i>
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I- MARCO TEORICO.....	3
1.1 Antecedentes.....	3
1.2 Bases Teóricas.....	10
1.3 Marco conceptual.....	20

CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	23
2.1 Situación Problemática.....	23
2.2 Formulación del Problema.....	26
2.3 Justificación e importancia del problema.....	27
2.4 Objetivos de la investigación.....	28
a) Objetivo General.....	28
b) Objetivo específicos.....	28
2.5 Hipótesis de la investigación.....	29
a) Hipótesis General.....	29
2.6 Variables de la investigación.....	31
2.6.1 Identificación de variables.....	31
2.6.2 Operacionalización de variables.....	32
CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación.....	33
3.2 Población y muestra.....	33
CAPITULO IV- TECNICA E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	36
4.1 Técnicas de recolección de Datos.....	36
4.2 Instrumentos de Recolección de datos.....	36
4.3 Técnicas de procesamiento, Análisis e Interpretación de	
Resultados.....	37
CAPITULO V -CONTRASTACION DE HIPOTESIS.....	38

CAPITULO VI-PRESENTACION, INTERPRETACION Y DISCUSION

DE RESULTADOS	65
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES.....	71
FUENTES DE INFORMACION.....	72
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01: Distribución de los encuestados según grupos etéreos.....	39
Tabla N° 02: Distribución de los encuestados según grupos ocupacionales.....	40
Tabla N° 03: Distribución porcentual de los encuestados según categorías de creencias.....	42
Tabla N° 04: Creencias sobre condición, actividad física y deporte.....	44
Tabla N° 05: Creencias sobre recreación y manejo del tiempo libre.....	45
Tabla N° 06: Creencias sobre autocuidado y cuidado médico.....	46
Tabla N° 07: Creencias sobre hábitos alimenticios.....	47
Tabla N° 08: Creencias sobre consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.....	48
Tabla N° 09: Distribución porcentual de los encuestados según creencias sobre el sueño.....	49
Tabla N° 10: Distribución porcentual de los encuestados según componentes y tipos de prácticas.....	50
Tabla N° 11: Prácticas según condición, actividad física y deporte.....	52
Tabla N° 12: Prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.....	53
Tabla N° 13: Prácticas de autocuidado y cuidado médico.....	54

Tabla N° 14: Distribución porcentual de los encuestados según hábitos alimenticios.....	55
Tabla N° 15: Prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas....	56
Tabla N° 16: Prácticas según características del sueño.....	57
Tabla N° 17: Distribución de los encuestados según tipos de creencias y grupos etarios.....	58
Tabla N° 18: Distribución de los encuestados según tipos de creencias y grupos ocupacionales.....	59
Tabla N° 19: Distribución de los encuestados según tipos de prácticas y grupos etarios.....	60
Tabla N° 20: Distribución de los encuestados según tipos de prácticas y grupos ocupacionales.....	61
Tabla N° 21: Propiedades psicométricas de las matrices de prácticas y de creencias.....	62
Tabla N° 22: Coeficiente de correlación de Pearson ($p \leq 0.05$) entre el puntaje de prácticas y el puntaje de creencias de los encuestados.....	63

INDICE DE GRAFICOS

Grafico N° 01

Distribución porcentual de los encuestados según componentes y tipos de creencias..... 43

Grafico N° 02

Distribución porcentual de los encuestados según componentes y tipos de prácticas..... 51

Grafico N° 03

Diagrama de dispersión de las correlaciones entre puntajes de prácticas y puntajes de creencias..... 64

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre estilo de vida saludable en el personal de salud del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez 2009 Ica Perú". Material y métodos: Estudio no experimental, descriptivo censal de corte transversal. La muestra fue de 123 trabajadores de salud durante los meses de octubre y noviembre del 2009. Se utilizó el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilo de vida M. Arrivillaga. I. C. Salazar e I. Gómez con 06 dimensiones: Actividad física y deporte, Recreación y manejo del tiempo libre, Autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño con una ficha de 50 preguntas. Resultados: La práctica de estilos de vida fueron saludables en 80.49% de los trabajadores de salud siendo el 19.51% no saludables. Siendo el sueño (65.4%) y Condición, Actividad física y deporte (64.23%); con respecto a las creencias son saludables en 87.8% y no saludables 12.2% siendo el sueño 27.6% el ítems de mayor puntaje. Existió una correlación directa moderada significativa entre el puntaje de creencias y el puntaje de prácticas. Concluí que a mayor puntaje de creencias (creencias saludables) se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables). Palabras claves: Estilo de vida saludable, personal de salud, conocimientos y prácticas.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and practices on healthy lifestyle in the health staff of the Hospital Félix Torrealva Gutierrez 2009 Ica -Peru.". **Material and methods:** A non-experimental cross-sectional census descriptive study. Of health during the months of October and November of 2009. The questionnaire of practices and beliefs about lifestyle of M. Arrivillaga, IC Salazar and I. Gómez with 06 dimensions: Physical activity and sport, Recreation and free time management, Self-care and medical care, eating habits, consumption of alcohol, tobacco and other drugs and sleep with a tab of 50 questions **Results:** The practice of lifestyles were healthy in 80.49% of health workers being 19.51% unhealthy. Being the dream (65.4%) and Condition, Physical activity and sport (64.23%), with respect to the beliefs are healthy in 87.8% and not healthy 12.2% being the dream 27.6% the items with the highest score.

There was a direct moderate significant correlation between belief score and practice score. I concluded that a higher score of beliefs (healthy beliefs) shows a higher score of practices (healthy practices).

Key words: healthy lifestyle, health personnel, knowledge and Practices.

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

TITULO

**“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS SOBRE ESTILO DE
VIDA SALUDABLE EN EL PERSONAL DE SALUD DEL
HOSPITAL FELIX TORREALVA GUTIERREZ-2009”**

AUTOR: ANGELA CAROLINA SALINAS GUZMAN

ASESOR: MAG. JENY DEL RIO MENDOZA

INTRODUCCION

Existen tanto a nivel personal como colectivo formas y maneras de comportarse que son más favorables para la salud, frente a otras que pueden resultar más desfavorables. Esto nos lleva al concepto de "estilo de vida" definido por Henderson, Hall y Lipton (1980) como "el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona". En una sociedad no hay un único estilo de vida saludable, sino muchos y el estilo de vida saludable ideal no existe. En realidad deberíamos hablar de hábitos saludables de vida, ya que los hábitos de vida y los hábitos de salud van íntimamente ligados; uno de los propósitos fundamentales de los estilos de vida saludables es el de incrementar el período de años cualitativamente vividos, lo que no lleva necesariamente consigo un incremento del número total de años de vida. Con todo esto se pone de relieve que no sólo es importante la vida sino la calidad de la misma.

Los estudios científicos han identificado ciertos tipos del comportamiento que contribuye al desarrollo de enfermedades crónicas y de muerte temprana. La salud no sólo es evitar la enfermedad. Es también el bienestar físico, mental y social. Cuando un estilo de vida sano se adopta es un modelo positivo que se puede proporcionar para otras personas en la familia, especialmente niños.

El profesional que brinda salud debe conocer dichos estilos de vida

para informar a sus pacientes sobre dichas modificatorias que cambian su comportamiento y mejoran su salud para vivir más sano durante más tiempo.

Los estilos de vida y comportamientos: entre los más importantes factores contrarios a la salud cabe señalar el tabaquismo, la alimentación malsana, la inactividad física y una serie de factores de estrés emocional en el trabajo, el hogar o la sociedad que tienen consecuencias adversas en la sensación de bienestar y la felicidad de las personas, reducen la productividad en las comunidades e impiden la creación del patrimonio nacional.

Por estas razones, es preciso encontrar medios para prevenir y reducir el riesgo a enfermar o morir. Para atacar estos problemas, hay que aplicar las funciones de la salud pública afines a la modificación de comportamientos y a la salud entre grupos poblacionales incorporando evaluaciones del estado de salud, la protección y promoción de la salud y la vigilancia epidemiológica con el fin de evitar las enfermedades en el personal de la salud del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez en el año 2009.

La autora

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del problema

En el proyecto estilo de vida más saludable en el Municipio el Tigre (Argentina) 2013 abordó las enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades prevenibles por vacunación, mayores de 50 años (80 000 hab.) con implementación de una estrategia de comunicación de alto impacto para crear conciencia en la población adulta sobre estilos de vida más saludables (material impreso, virtual, presencia en los medios locales y en la vía pública) y acciones dirigidas a personal de salud con involucramiento de la comunidad a través de Talleres para aprender a adquirir hábitos más saludables, Charlas, caminatas, bicicletadas, Talleres de cocina, Jornadas de vacunación.

La cobertura de vacunación supero el 100% concluyendo que es necesario trabajar en la prevención y cuidado de las enfermedades y/o condiciones crónicas no transmisibles como así también en el campo de las enfermedades respiratorias prevenibles por vacuna. (Instituto Argentino para el desarrollo sustentable, 2013).¹

GARCÍA UBAQUE, Juan Carlos (2011), Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá. El objetivo es evaluar niveles de práctica de hábitos saludables y aproximarse a la comprensión de sus determinantes, en trabajadores de un hospital público de alta complejidad de Bogotá D.C., contrastando explicaciones derivadas de un

enfoque cultural y de la teoría de etapas. La Metodología utilizada con una extensa revisión bibliográfica se precisó y estructuró la conceptualización del término hábitos saludables. Se aplicó una encuesta de diseño propio a 367 trabajadores de un hospital de alta complejidad de Bogotá indagando acerca de los niveles de práctica de hábitos saludables y la percepción de los mismos en cuanto a los aspectos psicológicos (etapa actual y percepción de severidad, vulnerabilidad, beneficio, autoeficacia y costos) y los aspectos culturales (creencias, costumbres y pertenencia social, expresadas en discursos y normas, prácticas y relaciones). Se efectuó análisis estadístico con SPSS 15. Los resultados: conceptualiza, diseña y valida un instrumento cuya aplicación evidencia un nivel de práctica intermedio, con diferencias sociodemográficas. Seguridad, muestra un nivel mayor, relacionados más fuertemente con aspectos psicológicos. Consumo e higiene muestran mayor cercanía con aspectos culturales. Participación evidencia nivel más bajo de práctica y aparece influenciada por ambos. No se encontraron estudios similares al aquí realizado, aunque la evidencia empírica señala que es necesario incorporar un mayor énfasis en los aspectos favorables de la salud. Se postula que incorporando los hallazgos de la investigación se puede optimizar el impacto de los programas de promoción de la salud entre los trabajadores hospitalarios. Se sugiere incluir en ellos el enfoque de desviación positiva.

En Colombia se realizó un estudio sobre los Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en

Bogotá. Se aplicó una encuesta de diseño propio a 367 trabajadores indagando acerca de los niveles de práctica de hábitos saludables y la percepción de los mismos en cuanto a los aspectos psicológicos (etapa actual y percepción de severidad, vulnerabilidad, beneficio, autoeficacia y costos) y los aspectos culturales (creencias, costumbres y pertenencia social, expresadas en discursos y normas, prácticas y relaciones) Se postula que incorporando los hallazgos de la investigación se puede optimizar el impacto de los programas de promoción de la salud entre los trabajadores hospitalarios. Se sugiere incluir en ellos el enfoque de desviación positiva. (García J. 2011).²

En el estudio transversal (Madrid) Análisis de la calidad de la vida laboral y los factores relacionados en una unidad de atención primaria de salud. La variable más determinante ha sido la profesión. No se encontró influencia de la carga de trabajo, años de trabajo de edad o el entorno rural. Los factores peor valorados han sido la retribución, la carga y la promoción. Las relaciones interpersonales y las relaciones de los pacientes eran la mejor puntuada La variable más determinante ha sido la profesión. No se encontró influencia de la carga de trabajo, años de trabajo de edad o el entorno rural. Los factores peor valorados han sido la retribución, la carga y la promoción. Las relaciones interpersonales y las relaciones de los pacientes eran la mejor puntuada. (Garzón G, Chacón G, 2010).³

En un estudio de investigación sobre la promoción de salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables obtuvo una descripción detallada

de la promoción de la salud como estrategia, sus componentes y la forma de aplicación 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, Concluyendo que 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 apuntando 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.(Giraldo, A.Toro M. 2010).⁴

En el estudio cualitativo en Sydney (Australia) explora la entrega de la detección y tratamiento de los factores de riesgo de comportamiento de estilo de vida por los médicos dentro de un chequeo consulta médica 45-49 años. Un total de 29 entrevistas en audio grabadas se llevaron a cabo con 15 médicos de familia y una enfermera de práctica en dos etapas sobre los factores que influyen en la aplicación de las estrategias preventivas por médicos generales (GP) en torno a las intervenciones específicas para fumar, la nutrición, el consumo de alcohol y la actividad física (SNAP) Concluye que las Actitudes de cabecera, las influencias normativas de los pacientes y la profesión, y los factores externos de control percibido (tiempo, costos, disponibilidad y capacidad práctica) toda gestión influencia de los factores de riesgo de comportamiento. Educación Proveedor, la sensibilización de la comunidad, apoyo y creación de capacidad pueden mejorar

la absorción de las intervenciones de modificación de estilo de vida.(Amanda J.,Cheryl A.,2009).⁵

FUENTES CERUTI, Javiera (2009). Modelo de cambio conductual orientado a la promoción de estilos de vida saludable en la organización. Chile. El estudio y observación de teorías y programas orientados al cambio conductual da cuenta de un vacío metodológico en los modelos de intervención, siendo este la falta de interés en los espacios físicos que rodean al individuo. Se propone en el siguiente trabajo un modelo de cambio conductual orientado a la promoción de estilos de vida saludable en la organización. Basado en la teoría de aprendizaje social, se presentan una serie de estrategias orientadas a cada uno de los niveles de la organización, considerando además, cada una de las etapas del cambio individual propuestas por Prochaska, Lewin y Schein. Además, se concluye que es posible y necesario intervenir tanto en el medio social como en el físico con el objetivo de facilitar procesos de cambio conductual, mediante herramientas facilitadoras como la provisión de modelos el uso de los affordances de artefactos que se encuentran en el ambiente físico. El uso de espacios y affordances no sólo es útil al pensar en estilos de vida saludables o el abandono de hábitos tabáquicos, también se puede ampliar esta teoría a distintos ámbitos de la Psicología como por ejemplo a la Psicología de la Seguridad. En procesos de prevención de riesgos laborales el ambiente y su diseño apropiado son fundamentales para evitar accidentes laborales que en su mayoría son adjudicados al error humano, y que pueden conducir a serios riesgos para la salud de los involucrados, pudiendo incluso terminar en muerte. Del mismo modo

las affordances del espacio y los objetos pueden ser muy útiles al trabajar con distintos tipos de patologías, al intervenir los espacios para facilitar el tratamiento o la terapia misma. Muchos psicólogos clínicos han intervenido sus espacios de consulta para facilitar que los procesos de terapia ocurran. Trastornos alimenticios o patologías de todo tipo pueden beneficiarse del uso de espacios saludables cuyas affordances los inviten al cuidado y motiven a mantenerse sanos. Del mismo modo, esta teoría también puede ser aplicada en contextos institucionales como colegios, y ser aplicadas en el ámbito de la Psicología educacional o en la Psicología Comunitaria. ⁶

En un estudio descriptivo y transversal se describe seis dimensiones de estilo de vida saludable (Actividad física y deporte, Recreación y manejo del tiempo libre, Autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, sueño) en estudiantes universitarios en Cali (Colombia) encontrándose alta presencia de creencias favorable a la salud en todas las dimensiones a excepción del sueño, se concluye la necesidad de diseñar programas orientados a la promoción de estilos de vida saludable en población joven que contemplen distintos procesos psicosociales como aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción. (Arrivillaga M., Salazar I., 2005).⁷

En Lima la investigación estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud, según variables demográficas, en una muestra conformada por 198 participantes, la mayoría mujeres. Para la presente investigación, se

construyó el Cuestionario de Estilo de Vida Saludable. Donde se evaluó la práctica deportiva, consumo de alimentos y sueño y reposo se observó que el mayor porcentaje se ubicó en un nivel de estilo de vida saludable cuanto más actividad física realiza una persona, menores serán los síntomas físicos y psicológicos que manifieste, pues un estilo de vida saludable constituye un factor fundamental en la configuración del perfil de seguridad (Grimaldo M. 2012).⁸

En el estudio de Diseño descriptivo-correlacional de Calidad de vida y estilo de vida saludable determinó la relación entre los dominios de bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, pareja, vida familiar, ocio, medios de comunicación, religión y calidad de vida y tres factores del estilo de vida saludable (actividad deportiva, consumo de alimentos y sueño y reposo) en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud de la ciudad de Lima, Perú. No se encontró correlación entre calidad de vida y actividad deportiva. Se halló correlación entre calidad de vida del dominio salud y consumo de alimentos en el grupo de edad más joven. Se observaron correlaciones moderadas entre algunos dominios de la calidad de vida (amigos, vida familiar, ocio y religión) y sueño y reposo. Los hallazgos del estudio muestran que existe una estrecha relación entre sueño y calidad de vida, aunque hay necesidad de continuar investigando en otros grupos muestrales. (Grimaldo, M, 2010).⁹

1.2 BASES TEORICAS

El concepto de estilo de vida no constituye un ámbito de estudio nuevo. Según revisiones históricas como las realizadas por Ansbacher (1967), Abel (1991) o Coreil et al. (1992), los orígenes de este concepto se remontan a finales del siglo XIX y las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos como Karl Marx y Max Weber. Estos autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento. Desde la orientación sociológica, la mayoría de definiciones convergen al atender el estilo de vida como un patrón de actividades o conductas que los individuos eligen adoptar entre aquellas que están disponibles en función de su contexto social. 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 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. A causa de la diversidad de disciplinas que utilizaron el término estilo de vida, existen innumerables definiciones y aplicaciones del mismo. En el caso de la disciplina de la salud, como se comentó más arriba, la oficina regional de la OMS para Europa introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, porque a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida. Concretamente, esta definición describe el estilo de vida del siguiente modo: **“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”** (WHO, 1986, p. 118). A pesar de habitualmente se utiliza el término estilo de vida saludable, se considera más apropiado el uso del término estilo de vida relacionado con la salud, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo (Donovan, Jessor & Costa, 1993). Sin embargo, en ocasiones resulta recargado o hasta confuso denominarlo así, por ejemplo, cuando se trata su relación con otras variables (e.g. el estilo de vida

relacionado con la salud se relaciona con el bienestar emocional). Por lo tanto, el término estilo de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen, tal y como defiende Dellert S. Elliot (1993), uno de los estudiosos en la materia con más relevancia internacional. Según este autor, el estilo de vida saludable se entiende cada vez más como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable. Una de las aportaciones más importantes de Elliot ha sido su planteamiento sobre las características fundamentales del estilo de vida saludable, resumidas en los siguientes cuatro apartados: a. Posee una naturaleza conductual y observable. En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes. b. Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida. c. El estilo de vida denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente. De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo. d. El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas

conductas tengan algunas causas en común. Con la intención de construir un concepto de estilo de vida saludable más actualizado, Cockerhan, Rütten y Abel (1997) analizan las aportaciones de diversos autores relevantes en diferentes momentos del siglo XX: comienzos de siglo (Simmel y Weber), mediados (Bourdieu) y finales (Giddens). A partir de esta revisión, Cockerhan, Rütten y Abel definen los estilos de vida saludables como modelos colectivos de conducta relacionados con la salud, basados en elecciones desde opciones disponibles para la gente, de acuerdo con sus posibilidades en la vida. A su vez, plantean la disyuntiva entre los expertos que consideran la práctica de estilos de vida saludables como una elección personal y los expertos que la consideran como una actuación en función de las posibilidades que cada individuo tiene en su vida, refiriéndose en este segundo caso a aspectos más estructurales como sexo, edad, raza, recursos socioeconómicos o, incluso, límites percibidos derivados de la socialización y de la experiencia en un ambiente social particular. En un análisis más a fondo, este tipo de dilemas no hacen más que mostrar que aún no se ha dejado de replantear la disyuntiva básica entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial en lo que atañe a la adopción -o no- de estilos de vida saludables (Engel, 1977). Este material se guiará según las ideas del segundo grupo de expertos, que defienden la necesidad de tener en cuenta aquellos factores más externos o independientes de la elección del individuo, como son las variables sociodemográficas o las características ambientales y socioeconómicas, que, de un modo u otro, influyen en el individuo a la hora de llevar a cabo ciertas

conductas, conductas que o bien protegen su salud o bien la ponen en riesgo.

Variables importantes en el estudio de los estilos de vida saludables.

Como se ha comentado más arriba, los primeros estudios sobre los estilos de vida saludables surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables empleadas en esos primeros estudios fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos de alimentación. Además, las muestras que utilizaban dichos estudios estaban constituidas fundamentalmente por adultos con y sin problemas cardiovasculares (Badura, 1982). Sin embargo, el aumento progresivo de la preocupación por la educación para la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud y demás organismos públicos dedicados a la mejora del bienestar de la población infanto-juvenil, ha provocado un aumento en el número de estudios realizados con muestras de niños, niñas y adolescentes, así como un aumento en el número de variables estudiadas que forman parte de los estilos de vida. En los últimos años, el campo de estudio centrado en los estilos de vida saludables también se ha introducido en investigaciones sobre tercera edad. En efecto, las variables más estudiadas en las tres etapas evolutivas analizadas coinciden con los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares: consumo de alcohol, tabaco, hábitos de alimentación y actividad física.

Tabla 2. Importancia de las diferentes variables relacionadas con los estilos de vida saludables para cada etapa evolutiva (adaptada de Pastor et al., 1998a).

Variables	Infancia y adolescencia	Adulte Z	Veje Z
- Consumo de alcohol	x	x	x
- Consumo de tabaco	x	x	x
- Hábitos alimenticios	x	x	x
- Actividad física	x	x	x
- Consumo de medicamentos	x		x
- Hábitos de descanso	x	x	x
- Accidentes y conductas de prevención de los mismos	x	x	x
- Higiene dental	x		
- Actividades de tiempo libre	x		x
- Consumo de drogas no legalizadas	x		
- Conducta sexual	x		
- Chequeos médicos		x	x

Por otra parte, se encuentra que es en la muestra infantil y adolescente donde el porcentaje de variables estudiadas tiene una mayor distribución entre las diferentes variables. A continuación se comenta una explicación de este último hecho. En la década de los 80, la OMS se planteó la necesidad de abordar el estudio de los estilos de vida específicamente en la etapa adolescente, para lo cual se creó el estudio Health Behavior in School-aged Children (HBSC). Este proyecto internacional e interdisciplinar abarca el estudio de las conductas de salud, otros aspectos del estilo de vida general, algunas influencias sociales y algunas percepciones del ambiente. En España, desde el año 2000, la dirección de este estudio recae sobre la profesora Carmen Moreno Rodríguez, del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla, con el apoyo y financiación del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Teoría del Aprendizaje Social: Conocida como el Modelo Cognitivo de Aprendizaje Social (Bandura 1977). Sostiene que los niños, aprenden por observación, imitando lo que las personas adultas hacen, notando las consecuencias de las acciones, pero es la recompensa o castigo que recibe por emitir determinada conducta lo que hará que esta se repita. Esta teoría, da el fundamento de porque los estilos de vida saludables y las Habilidades para la vida no pueden enseñarse por simple instrucción.

Teoría de la Influencia Social: Basada en Bandura y en la teoría de la inoculación psicosocial (McGuire, 1964,1968). La influencia social, reconoce que los cambios en el comportamiento de una persona son inducidos por las acciones de otros. Cuando las personas interactúan, casi siempre afectan el comportamiento de los demás. Esta teoría, da lugar al desarrollo de habilidades sociales para la "resistencia de la presión de pares".

Teoría de las Inteligencias Múltiples: Howard Gardner, propuso la existencia de ocho inteligencias humanas: las lingüísticas, lógico matemáticas, musical, espacial, corporal, naturalista, interpersonal e intrapersonal. Sostiene que las personas nacemos con las mismas inteligencias pero que éstas se desarrollan en diferente grado, por tanto, cuando nos enfrentamos a un problema cada quien lo resuelve de forma diferente.

Fundamenta la enseñanza de una gama más amplia de habilidades para la vida y la utilización de métodos de instrucción diferentes en los programas de estilo de vida saludable.

Daniel Goleman (1997), profundizó en este pensamiento. El define dos inteligencias: la intra personal (habilidad para comprender los propios sentimientos y motivaciones) y la interpersonal, (la habilidad para entender y discernir los sentimientos e intenciones de otros). Sostiene que saber como controlar las emociones es tan importante para tener éxito en la vida como lo es el intelecto.

Teoría de la resiliencia y riesgo: Plantea la existencia de factores internos y externos que protegen y fortalecen a las personas contra condiciones adversas o de riesgo del entorno, tales como la pobreza, la precariedad y la violencia, que pueden resultar en conductas poco saludables. Dentro de los factores de protección interna, están: la autoestima, las habilidades socio cognoscitivas, la aptitud social, las habilidades de resolución de conflictos y el locus de control interno; mientras que los factores de protección externa incluyen la existencia de relaciones positivas con la familia, los pares, la escuela y la comunidad. (Rutter 1987).

Los estilos de vida saludable promueven la resiliencia en niños, adolescentes y adultos es decir, su capacidad de enfrentar la adversidad, forjando un comportamiento vital positivo.

Teoría de la psicología constructivista: Sostiene que el desarrollo cognitivo individual es el resultado de la colaboración entre las personas. El desarrollo del conocimiento no se centra en el individuo, sino en lo que éste llega a aprender y comprender mediante las interacciones sociales. (Piaget y Vygotsky).

Desde esta teoría el entorno del aprendizaje es sumamente importante, lo mismo que el contexto cultural al momento de darle significado a los estilos de vida saludable.

Teoría del desarrollo del ciclo vital: Se encarga de estudiar la continuidad como el cambio del comportamiento durante toda la vida (Baltes, 1987). La vida está marcada por diversos hitos en el desarrollo; momentos notables, marcadores o de cambio. Ej. El ingreso al colegio, elegir pareja, jubilarse, etc. En cada etapa, la persona enfrenta tareas que debe dominar para obtener un desarrollo óptimo. Erick Erickson (1903-1994), su principal exponente, postula que enfrentamos un "dilema (o crisis) psicosocial" específico en cada etapa de vida. La resolución de cada dilema crea un nuevo equilibrio entre una persona y la sociedad. Cuando las personas tienen éxito en lograr las tareas se produce un desarrollo sano, lo contrario, da lugar a la aparición de problemas e insatisfacción.

Esta teoría sugiere la importancia de implementar programas de adquisición de estilos de vida saludable durante todas las etapas del desarrollo humano.

Modelo del transteorético

Uno de los modelos teóricos preferidos que ha demostrado tener pertinencia y aplicación en los comportamientos alimentarios y de ejercicios, es el *Modelo Trans-teorético del Cambio de Comportamiento* (TTM) también conocido como "Etapas de Cambio" desarrollado por Prochaska y DiClemente. Este modelo propone el cambio de comportamientos como un proceso en etapas, y no como una ocurrencia, con individuos que tienen variados niveles de motivación o disposición para el cambio. El movimiento entre etapas se considera como una espiral, con posibilidades de recaída o repetición. Las etapas básicas descritas son: *pre-consideración* (inconsciente o sin pensar en hacer cambios), *consideración* (pensando seriamente en cambiar, pero sin cometerse a la acción), *preparación* (intención de actuar en un futuro próximo y pudiera haber tomado ciertas medidas inconsecuentes recientemente), *acción* (modifica comportamiento, experiencias, o ambiente para solucionar el problema; cambio de comportamiento relativamente reciente) y *mantenimiento* (trabaja para prevenir la recaída, mantiene el cambio de comportamiento por un "largo" tiempo).

1.3 MARCO CONCEPTUAL

ACTIVIDAD FÍSICA: Se refiere a una variedad amplia de movimientos musculares y no debe confundirse o asociarse únicamente con la práctica del deporte. En realidad, la buena noticia es que hasta ejercicios moderados como caminar, bailar, montar bicicleta o subir escaleras producen beneficios para la salud.

ACTITUD Es el estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones.

CALIDAD DE VIDA: Es la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”.

CAMBIO DE COMPORTAMIENTO: Proceso de cambio de prácticas que sigue los pasos de concientización, aprobación, intención, experimentación y abogacía.

COMPORTAMIENTOS: Se refiere a las acciones observables del personal de salud en cuanto a estilos de vida saludable.

COMUNICACIÓN PARA CAMBIO DE COMPORTAMIENTO:

Proceso sistemático para planificar una intervención que influenciará los comportamientos específicos de un grupo de personas (Ej. Profesional de salud, personal técnico, auxiliar) a través de varios canales o medios de comunicación.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE:

Información que han recibido los profesionales de salud sobre estilo de vida saludable.

CONSUMO DE TABACO: Persona que tiene costumbre de fumar o la persona que inhala el humo producido por un fumador.

CONSUMO DE ALCOHOL: Persona que bebe con exceso y habitualmente.

CREENCIAS Conjunto de principios ideológicos de una persona, un grupo social o un partido político.

ESTILO DE VIDA: Procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

ESTILO DE VIDA SALUDABLE: Hábitos, actitudes, conductas, tradiciones actividades y decisiones relacionadas a la salud de la persona.

FACTOR DE RIESGO: La OMS lo define como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

HÁBITOS ALIMENTICIOS EQUILIBRADOS: Consumo de diferentes tipos de alimentos durante el día, consumo de frutas, verduras y legumbres. preferencia aceites vegetales, el consumo de grasas de origen animal, carnes, pescado, pollo y pavo, consumo de lácteos bajos en grasa y el reducción del consumo de azúcar y sal.

PRÁCTICAS son las acciones que realizan los individuos ante determinadas circunstancias o situaciones.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Situación Problemática

Los profesionales de la medicina constituyen un grupo afectado por los factores de riesgo psicosocial (trabajar en continuo contacto con el sufrimiento y la muerte, la incertidumbre frente a la instauración de un tratamiento/ diagnóstico, la posibilidad de cometer errores de juicio médico además los estilos de vida y comportamientos); entre los más importantes cabe señalar el tabaquismo, la alimentación malsana (comida chatarra como hamburguesas, pizza, hot-dogs, papas fritas, etc.), la inactividad física tendiente a la obesidad y una serie de factores de estrés emocional en el trabajo en el hogar y la sociedad que tienen consecuencias adversas en la sensación de bienestar . Ello puede afectar a la propia calidad de vida del profesional y a su entorno más próximo, y también puede tener consecuencias importantes en su desempeño laboral y familiar.

Por lo que se requiere impulsar planes y programas que den respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles a los efectos de los estilos de vida permitiendo la implementación de programas de promoción de la salud, de estilos de vida saludable y de envejecimiento sano, que posibiliten envejecer joven lo más tarde posible.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud define que el estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales,

las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

Aunque al parecer todo el mundo sabe en qué consiste un estilo de vida saludable, en realidad pocos lo incorporan a su vida. Aquellos que no fuman, comen cinco porciones de frutas o vegetales diariamente, hacen ejercicios con frecuencia y mantienen un peso normal constituyen solamente el 3 por ciento de la población adulta en los Estados Unidos.

Aquellos que siguen un estilo de vida saludable viven más, y tienen un riesgo reducido de enfermedades, incluyendo los riesgos de enfermedad cardíaca, cáncer y diabetes. Además tienen menores gastos médicos y una mejor calidad de vida

No seguir un estilo de vida saludable tiene su precio. "Tenemos millones de adultos en este país con estilos de vida inferiores al óptimo, y eso se ha traducido en una epidemia de obesidad y mayores riesgo de enfermedades crónicas.

Debido a la habilidad del sistema médico para mantener a las personas con vida durante más tiempo, vamos a tener cada vez a más personas mayores con más comorbilidad que consumirán una gran cantidad de dólares del sistema de salud.

La promoción de la salud es el proceso que capacita a las personas para controlar y mejorar su salud, constituye un proceso político y social que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual este proceso permite a las personas incrementar

su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla donde la participación es esencial para sostener la acción en promoción de la salud.

Dentro de las políticas institucionales de EsSALUD una de sus metas es promover estilo de vida saludable. Necesitamos educar a las personas sobre lo que es saludable, y cómo pueden incorporarlo a su vida diaria, el problema, es que no existe suficiente dinero como para invertirlo en la divulgación de ese mensaje.

Es que la cultura de hoy en día promueve un estilo de vida sedentario. "Nuestro estilo de vida actual en este país apoya el estar sentado", con ese estilo de vida, somos bombardeados por anuncios publicitarios que nos dicen que debemos comer todos estos alimentos basura. Tenemos que determinar cómo estimular a las personas para que se resistan al estilo de vida que hemos creado para nosotros mismos.

Lo que nosotros en medicina preventiva sabemos es que estamos malgastando oportunidades para luchar contra las enfermedades el resultado es enfermedad y muerte prematura que simplemente no necesitaban ocurrir, está señalado el poder de la medicina preventiva está ya en nuestras manos para promover dietas apropiadas y estilos de vida saludable.

Algunas de estas estrategias sugieren cambios que deberá promover el personal de salud, el conocimiento de dichas prácticas es parte de su formación pero ponerlas en práctica es un reto.

2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

2.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre estilos de vida saludable del personal de salud del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez durante el año 2009?

2.2.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

- a) ¿Cuáles serán los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Actividad física y deporte** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009?
- b) ¿Cuáles serán los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **recreación y manejo del tiempo libre** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009?
- c) ¿Cuáles serán los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Autocuidado y cuidado médico** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009?
- d) ¿Cuáles serán los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Hábitos alimenticios** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009?
- e) ¿Cuáles serán los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009?

- f) ¿Cuáles serán los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: Sueño en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009?

2.3 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION

2.3.1 Justificación:

- a) Su naturaleza: Es necesario conocer los factores que impactan en la salud presente y futura del personal encargado de la atención de salud.
- b) Su vulnerabilidad: El curso de enfermedades crónicas asociadas a malos estilos de vida pueden ser alterados con la adopción de cambios en el estilo de vida y la adopción de medidas preventivas.
- c) Su viabilidad: es posible realizar el estudio en el tiempo asignado, y su bajo costo.

2.3.1 Importancia:

- a) Existe la necesidad de conocer los estilos de vida que adopta el personal hospitalario a fin de proponer medidas preventivas de los daños secundarios a la adopción de estilos de vida no saludables.
- b) Constituye un problema social que afecta al trabajador que brinda atención de salud en Ica, para sus familias, para la institución y para nuestro país.
- c) Porque los estilos de vida no saludables provocan problemas de salud en esta población que pueden ser prevenidos.

d) Porque la adopción de estilos de vida saludables disminuye la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares, tumores, hipertensión en la población de salud.

e) Los estilos de vida de los trabajadores de salud son copiados por los pacientes por su rol de modelo de conducta saludable.

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el nivel de conocimientos y prácticas sobre estilos de vida saludable del personal de salud del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009.

2.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conocer los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Actividad física y deporte** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009.
- b) Conocer los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **recreación y manejo del tiempo libre** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009.
- c) Conocer los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Autocuidado y cuidado médico** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009.
- d) Conocer los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Hábitos alimenticios** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009.

- e) Conocer los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009.
- f) Conocer los estilos de vida saludables creencias y prácticas en la condición: **Sueño** en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez el año 2009.

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1 HIPOTESIS GENERAL

- a) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un mayor puntaje de creencias (creencias saludables) se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables).
- b) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un menor puntaje de creencias (creencias no saludables) se observa un menor puntaje de prácticas (prácticas no saludables).

2.5.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- a) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un mayor puntaje de creencias (creencias saludables) en la condición: **Actividad física y deporte** se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables)
- b) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un menor puntaje de creencias (creencias no saludables) en la condición: **Actividad física y deporte** se observa un menor puntaje de prácticas (prácticas no saludables).

- c) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un mayor puntaje de creencias (creencias saludables) en la condición: **recreación y manejo del tiempo libre** se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables)
- d) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un menor puntaje de creencias (creencias no saludables) en la condición: **recreación y manejo del tiempo libre** se observa un menor puntaje de prácticas (prácticas no saludables).
- e) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un mayor puntaje de creencias (creencias saludables) en la condición: **Autocuidado y cuidado médico** se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables)
- f) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un menor puntaje de creencias (creencias no saludables) en la condición: **Autocuidado y cuidado médico** se observa un menor puntaje de prácticas (prácticas no saludables).
- g) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un mayor puntaje de creencias (creencias saludables) en la condición: **Hábitos alimenticios** se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables)
- h) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un menor puntaje de creencias (creencias no saludables) en la condición: **Hábitos**

alimenticios se observa un menor puntaje de prácticas (prácticas no saludables).

- i) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un mayor puntaje de creencias (creencias saludables) en la condición: **Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas** se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables)
- j) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un menor puntaje de creencias (creencias no saludables) en la condición: **Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas** se observa un menor puntaje de prácticas (prácticas no saludables).
- k) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un mayor puntaje de creencias (creencias saludables) en la condición: **Sueño** se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables)
- l) El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un menor puntaje de creencias (creencias no saludables) en la condición: **Sueño** se observa un menor puntaje de prácticas (prácticas no saludables).

2.6. VARIABLES DE LA INVESTIGACION

2.6.1 IDENTIFICACION DE VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Sexo

Edad

Grupo ocupacional

Creencias y practicas según de Condición, Actividad física y deporte.

Recreación y manejo del tiempo libre.

Autocuidado y cuidado médico.

Hábitos alimenticios.

Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Sueño

2.6.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición	Medición de variables	Indicador
Creencias y prácticas sobre Estilo de vida saludable	Cualitativo	Hábitos, actitudes, conductas, tradiciones actividades y decisiones relacionadas a la salud de la persona	1. Condición, Actividad física y deporte. 2. Recreación y manejo del tiempo libre. 3. Autocuidado y cuidado médico. 4. Hábitos alimenticios. 5. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. 6. Sueño	Ordinal	a. Muy saludable b. Saludable c. poco saludable d. No saludable

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada es de tipo descriptivo transversal.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada tiene el nivel descriptivo.

3.1.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada tiene un diseño descriptivo censal.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

De toda la población objeto de estudio 584 personales de salud (profesional, administrativo, técnico y auxiliar) que labora en el Hospital en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez Ica -Perú sólo se aplican a una **muestra aleatoria estratificada** de 123 profesionales de salud.

Se aplicó esta fórmula para determinar la muestra.

FORMULA PARA DOS COLAS: 1.96

$$n = \frac{N z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

N =	584
Za2 =	3.8416
P =	0.1
1-P =	0.9
N-1 =	583
e2 =	0.0025
N*Za2 =	2243.4944
P(1-P) =	0.09
NZa2 * P(1-P) =	201.914496
N-1 =	583
(N-1)e2 =	1.4575
Za2* P =	0.38416
Za2*P * 1-P =	0.345744
(N-1)e2 + Za2*P * 1-P =	1.803244
n =	112
Tasa de no respuesta =	11
n + Tasa de no respuesta =	123

La estratificación se realizó en los siguientes grupos:

Médicos	37
Enfermeras	29
Técnicos de enfermería	16
Técnicos de servicio	13
Técnicos administrativos	6
Tecnólogos médicos	5
Administrativos profesionales	3
Técnicos de transporte	2
Obstetrices	2
Digitadores asistenciales	2
Auxiliar de servicio	2
Químico farmacéuticos	2
Trabajadores sociales	2
Odontólogos	1
Nutricionistas	1
Total	123

Criterios de inclusión: Todos los trabajadores que brindan atención a los asegurados, que se encuentran en planilla de EsSALUD y aceptan participar en la investigación.

Criterios de exclusión: Todos los trabajadores que brindan servicios por terceros (SILSA, ESVICSA, comedor, mantenimiento) y que no están en planilla de EsSALUD.

CAPITULO IV

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACION

4.1 TECNICA DE RECOLECCION DE INFORMACION

La técnica para la recolección de la información es mediante la encuesta, aplicando un cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida saludable de M Arrivallaga J.C. Salazar e I. Gómez en el personal de salud (asistencial profesional y técnico en todos los servicios mencionados).

4.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para efectos del estudio se determinó prácticas y creencias saludables o no saludables que tiene el personal de salud asistencial profesional y técnico. El instrumento utilizado fue el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilo de vida de M. Arrivallaga. I. C. Salazar e I. Gómez (2002). Consta de 50 preguntas, de las cuales 26 son de prácticas sobre estilo de vida y 24 preguntas son de creencias sobre estilo de vida. Las respuestas correspondieron a la escala de Likert: Para las prácticas: siempre, frecuentemente, algunas veces y nunca, y para las creencias: totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

El cuestionario fue validado con la aplicación de una prueba piloto al 10% de la población. Se consideró saludable a las respuestas contempladas en

siempre y frecuentemente en las prácticas, y en las creencias las respuestas de acuerdo y totalmente de acuerdo en la escala de Likert.

La aplicación de la encuesta fue realizada por el investigador.

El cuestionario, ver anexo N° 01, está constituido por preguntas sobre:

Datos sociodemográficos: sexo, edad, grupo ocupacional, prácticas y creencias de: Condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño.

4.3 TECNICAS DE PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Después de recolectar los datos en cuestionario sobre estilos de vida saludables, toda la información fue ingresada a una base de datos utilizando software Microsoft Excel XP versión 2010.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS. Los resultados han sido presentados en tablas y gráficos.

CAPITULO V.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Se confirma la hipótesis planteada que el personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un mayor puntaje de creencias (creencias saludables) se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables) y el personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez tiene un menor puntaje de creencias (creencias no saludables) se observa un menor puntaje de prácticas (prácticas no saludables).

CAPITULO VI

6.1 PRESENTACION, INTERPRETACION DE RESULTADOS

En la presente investigación se encuestaron un total de 123 trabajadores del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez Es Salud de Ica.

Tabla N° 01: Distribución de los encuestados según grupos etáreos.

Edad	N	%
21 – 25	2	1.6
26 – 30	8	6.5
31 – 35	19	15.4
36 – 40	9	7.3
41 – 45	15	12.2
46 – 55	30	24.4
56 a más	40	32.5
Total	123	100.00

Fuente: Base de datos.

Según sexos el 71.5% (88) del total correspondieron a personas del género femenino y el 28.5% (35) al género masculino; por grupos etáreos el 32.5% (40) correspondieron al colectivo de mayores de 56 años, siguiéndole en orden decreciente de frecuencia el grupo de 46 a 55 años con el 24.4% (30), el de 31 a 35 años con el 15.4% (19), el de 41 a 45 años con el 12.2% (15), el de 36 a 40 años con el 7.3%, el de 26 a 30 años con el 6.5% (8) y el de 21 a 25 años con el 1.6% (2).

Tabla N° 02: Distribución de los encuestados según grupos ocupacionales.

Grupo ocupacional	n	%
Médicos	37	30.14
Enfermeras	29	23.63
Técnicos de enfermería	16	12.84
Técnicos de servicio	13	10.27
Técnicos administrativos	6	4.79
Tecnólogos médicos	5	3.94
Administrativos profesionales	3	2.74
Técnicos de transporte	2	1.88
Obstetrices	2	1.88
Digitadores asistenciales	2	1.71
Auxiliar de servicio	2	1.54
Químico farmacéuticos	2	1.54
Trabajadores sociales	2	1.63
Odontólogos	1	0.73
Nutricionistas	1	0.73
Total	123	100.00

Por grupos ocupacionales, el de médicos cirujanos correspondió al colectivo más numeroso con el 30.14% (37), seguido por el grupo de enfermeras con el 23.63%

(29), el de técnicos de enfermería con el 12.84% (16), el de técnicos de servicio con el 10.27% (13), el de técnicos administrativos con el 4.79% (6), el de tecnólogos médicos con el 3.94% (5), y otros grupos ocupacionales con el 14.38% (17) (Tabla N° 02).

Gráfico N° 01: Distribución porcentual de los encuestados según componentes y tipos de creencias.

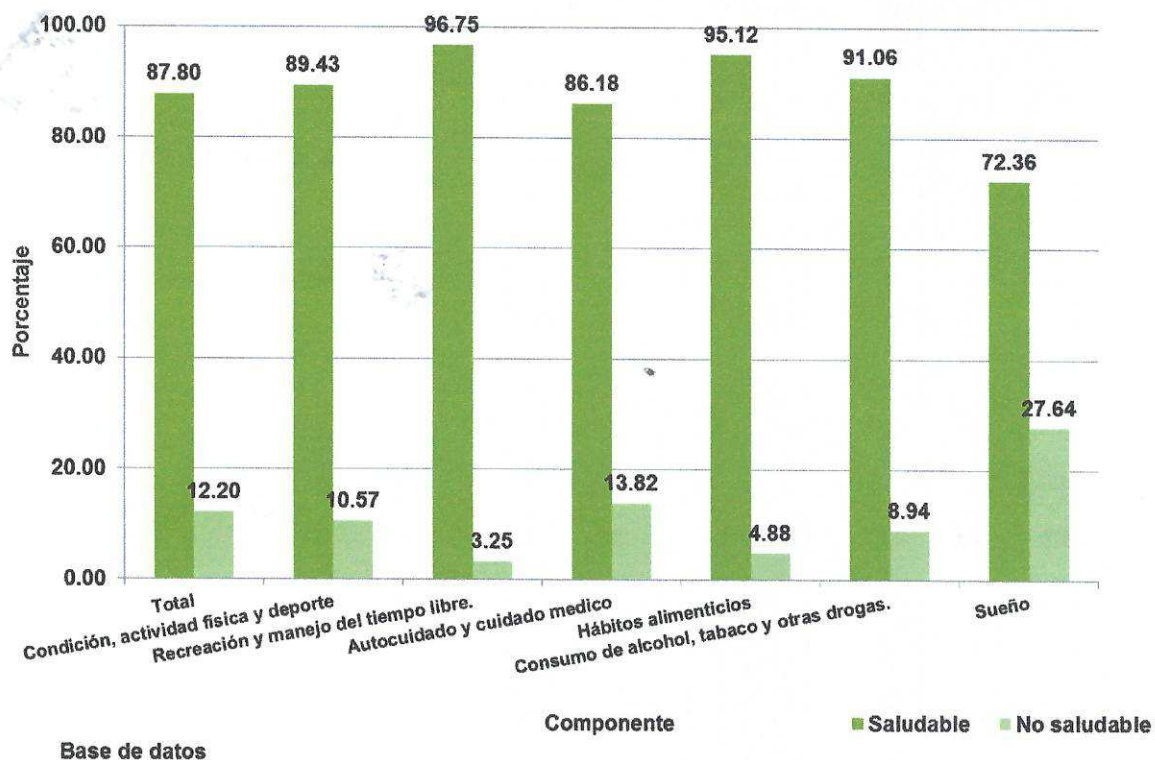


Tabla N° 04: Creencias sobre condición, actividad física y deporte.

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	N	%	n	%
CONDICION , ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE								
La actividad física ayuda a mejorar la salud.	13	10.6	2	1.6	25	20.3	83	67.5
Al hacer ejercicio se puede evitar algunas enfermedades.	13	10.6	0	0	42	34.1	68	55.3
Con el ejercicio mejora el estado de ánimo.	14	11.4	2	1.6	45	36.6	62	50.4
Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud.	13	10.6	4	3.3	48	39.0	58	47.2

En la dimensión Condición, Actividad Física y Deporte de la matriz de Creencias, la mayoría de encuestados respondieron estar Totalmente de Acuerdo en que "la actividad física ayuda a mejorar la salud" (67.5%), "al hacer ejercicio se puede evitar algunas enfermedades" (55.3%), "con el ejercicio mejora el estado de ánimo" (50.4%), y en que "los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud" (47.2%) (Tabla N° 04).

Tabla N° 05: Creencias sobre recreación y manejo del tiempo libre.

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	N	%	n	%	N	%	n	%
	RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE							
Es importante compartir actividades de recreación con la familia y amigos.	15	12.2	2	1.6	39	31.7	67	54.5
El trabajo es lo más importante en la vida.	24	19.5	53	43.1	27	22.0	19	15.4
La recreación es para los que no tienen mucho trabajo.	25	20.3	60	48.8	31	25.2	7	5.7
El descanso es importante para la salud.	15	12.2	0	0.0	38	30.9	70	56.9

Fuente: Base de datos.

En la dimensión Recreación y Manejo del Tiempo Libre de la matriz de creencias, la mayoría de encuestados respondieron estar Totalmente de Acuerdo en que “el descanso es importante para la salud” (56.9%) y en que “es importante compartir actividades de recreación con la familia y amigos” (54.5%); en el mismo sentido la mayoría de entrevistados respondieron estar En Desacuerdo con las premisas “la recreación es para los que tienen mucho trabajo” (48.8%) y “el trabajo es lo más importante en la vida” (43.1%) (Tabla N° 05).

Tabla N° 06: Creencias sobre autocuidado y cuidado médico.

	Totalmente		En		De acuerdo		Totalmente	
	en		desacuerdo				de	
	desacuerdo						acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AUTOUIDADO Y CUIDADO MEDICO								
Cada persona es responsable de su salud.	15	12.2	0	0.0	28	22.8	80	65.0
Solo cuando se está enfermo se debe ir al médico.	46	37.4	47	38.2	21	17.1	9	7.3
Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud.	17	13.8	4	3.3	41	33.3	61	49.6
El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento.	17	13.8	7	5.7	49	39.8	50	40.7

Fuente: Base de datos.

En la dimensión Autocuidado y Cuidado Médico de la matriz de creencias, la mayoría de encuestados respondieron estar Totalmente de Acuerdo en que “cada persona es responsable de su salud” (65.0%), en que “los factores ambientales influyen en la salud” (49.6%) y en que “el estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento” (40.7%); en el mismo sentido la mayoría de entrevistados respondieron estar En Desacuerdo con la premisa “solo cuando se está enfermo se debe ir al médico” (38.2%) (Tabla N° 06).

Tabla N° 07: Creencias sobre hábitos alimenticios.

	Totalmente		En		De acuerdo		Totalmente de	
	en		desacuerdo				acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	N	%
HABITOS ALIMENTICIOS								
Entre más flaco, más sano.	40	32.5	49	39.8	21	17.1	13	10.6
Entre más grasocita la comida más sabrosa.	41	33.3	44	35.8	29	23.6	9	7.3
El agua es importante para la salud.	15	12.2	1	0.8	17	13.8	90	73.2
Las comidas rápidas permiten aprovechar más el tiempo.	44	35.8	45	36.6	24	19.5	10	8.1
Las dietas son lo mejor para bajar de peso.	20	16.3	43	35.0	48	39.0	12	9.8

Fuente: Base de datos.

En la dimensión Hábitos Alimenticios de la matriz de creencias, la mayoría de encuestados respondieron estar Totalmente de Acuerdo en que “el agua es importante para la salud” (73.2%), mencionaron estar De Acuerdo con la premisa “las dietas son lo mejor para bajar de peso” (39.0%) y respondieron estar En Desacuerdo con las premisas “entre más flaco más sano” (39.8%), “las comidas rápidas permiten aprovechar más el tiempo” (36.6%) y “entre más grasocita la comida más sabrosa” (35.8%) (Tabla N° 07).

Tabla N° 08: Creencias sobre consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS							
Dejar de fumar es cuestión de voluntad.	19	15.4	6	4.9	32	26.0	66	53.7
Tomar trago es menos dañino que consumir droga.	31	25.2	44	35.8	33	26.8	15	12.2
El licor es dañino para la salud.	27	22.0	6	4.9	41	33.3	49	39.8
Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas.	53	43.1	36	29.3	20	16.3	14	11.4

Fuente: Base de datos.

En la dimensión Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas de la matriz de creencias, la mayoría de encuestados respondieron estar Totalmente de Acuerdo en que “dejar de fumar es cuestión de voluntad” (53.7%) y en que “el licor es dañino para la salud” (39.8%); mencionaron estar en Desacuerdo con la premisa “tomar trago es menos dañino que consumir drogas” (35.8%) y respondieron estar Totalmente En Desacuerdo con la premisa “se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas” (43.1%) (Tabla N° 08).

Tabla N° 09: Distribución porcentual de los encuestados según creencias sobre el sueño.

	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	SUEÑO							
Dormir bien alarga la vida.	18	14.6	10	8.1	66	53.7	29	23.6
Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien.	19	15.4	28	22.8	54	43.9	22	17.9
Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura).	25	20.3	34	27.6	44	35.8	20	16.3

Fuente: Base de datos.

En la dimensión Sueño de la matriz de Creencias, la mayoría de encuestados respondieron estar De Acuerdo en que “dormir bien alarga la vida” (53.7%), “si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien” (43.9%) y en que “sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas” (35.8%) (Tabla N° 09).

Tabla N° 10: Distribución porcentual de los encuestados según componentes y tipos de prácticas.

	Saludables		No Saludables	
	n	%	n	%
Total	99	80.49	24	19.51
Condición, actividad física y deporte	44	35.77	79	64.23
Recreación y manejo del tiempo libre.	97	78.86	26	21.14
Autocuidado y cuidado medico	92	74.80	31	25.20
Hábitos alimenticios	82	66.67	41	33.33
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	122	99.19	1	0.81
Sueño	43	34.96	80	65.04

Fuente: Base de datos.

De acuerdo a los tipos de prácticas pesquisados en la presente investigación, se halló que el porcentaje global de conductas saludables fue de 80.49% (99), identificándose mayores frecuencias de este tipo de prácticas en las dimensiones Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras drogas con el 99.19% (122) de los encuestados, en Recreación y Manejo del Tiempo Libre con el 78.86% (97), en Autocuidado y Cuidado Médico con el 74.80% (92) y en Hábitos Alimenticios con el 66.67% (82); se hallaron mayores frecuencias de conductas No Saludables en las dimensiones Sueño con el 65.04% (80) de los entrevistados y en Condición, Actividad Física y Deporte con el 64.23% (79) (Tabla N° 10, Gráfico N° 02).

Gráfico N° 02: Distribución porcentual de los encuestados según componentes y tipos de prácticas.

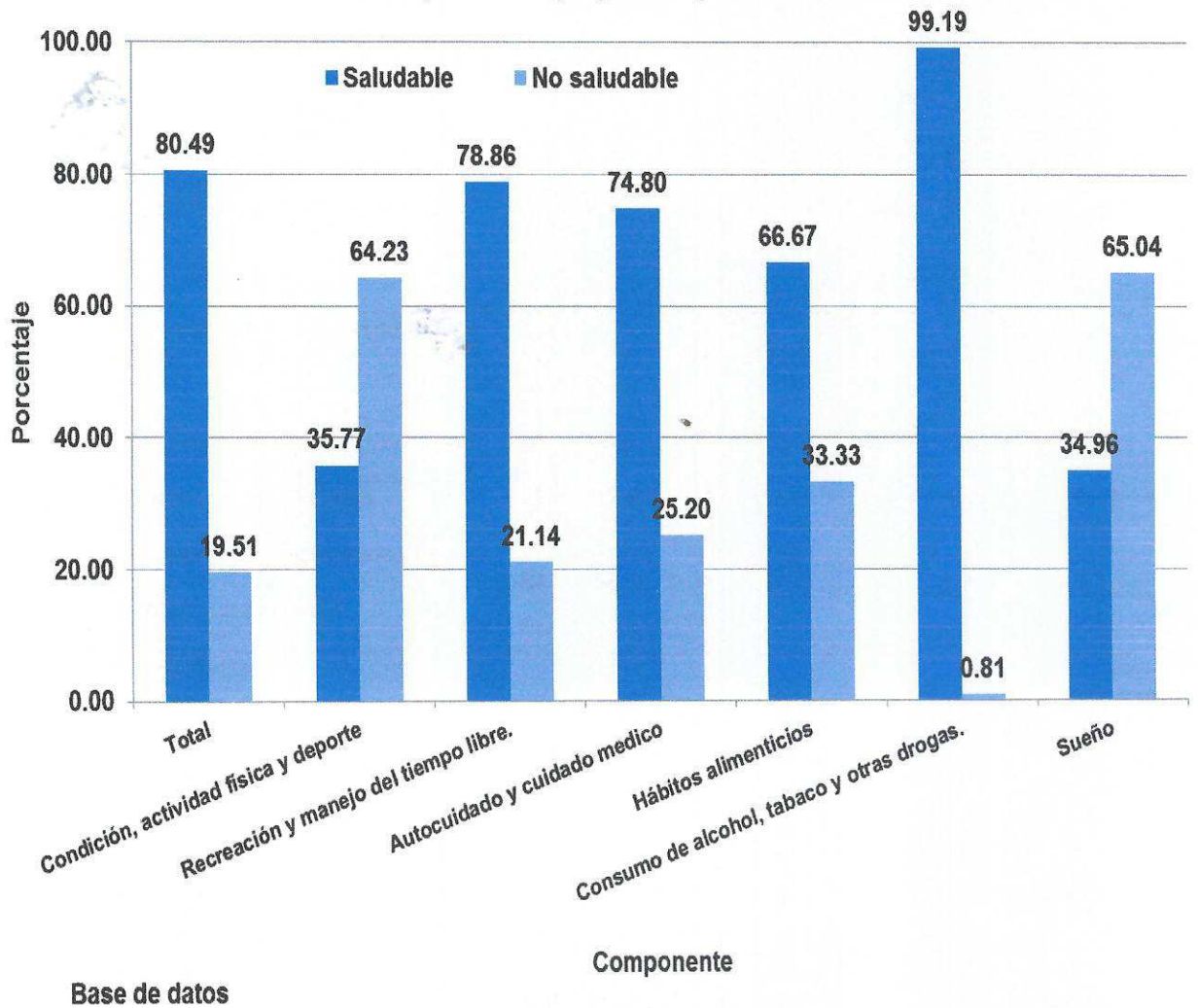


Tabla N° 11: Prácticas según condición, actividad física y deporte.

	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
CONDICION, ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE								
Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte.	5	4.1	74	60.2	26	21.1	18	14.6
Termina el día con vitalidad y sin cansancio.	11	8.9	80	65.0	24	19.5	8	6.5
Mantiene el peso corporal estable.	22	17.9	31	25.2	39	31.7	31	25.2
Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.	84	68.3	34	27.6	4	3.3	1	0.8

Fuente: Base de datos.

En la dimensión Condición, Actividad Física y Deporte de la matriz de prácticas, la mayoría de encuestados respondieron que nunca “participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión” 84 (68.3%), que algunas veces “terminan el día con vitalidad y sin cansancio” 80 (65.0%), que algunas veces “hacen ejercicio, caminan, trotan o juegan algún deporte” 74(60.2%), y que frecuentemente “mantienen el peso corporal estable” 39 (31.7%) (Tabla N° 11).

Tabla N° 12: Prácticas de recreación y manejo del tiempo libre.

	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE.								
Incluye momentos de descanso en su rutina diaria.	4	3.3	59	48.0	36	29.3	24	19.5
Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre.	2	1.6	27	22.0	54	43.9	40	32.5
En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear).	3	2.4	43	35.0	58	47.2	19	15.4
Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales.	1	8.1	50	40.7	38	30.9	23	18.7

Fuente: Base de datos.

En la dimensión de Recreación y Manejo del Tiempo Libre de la matriz de prácticas, la mayoría de encuestados respondieron que algunas veces “incluyen momentos de descanso en su rutina diaria” 59 (48.0%), que frecuentemente “en su tiempo libre realizan actividades de recreación, cine, leer, pasear” 58 (47.2%), que frecuentemente “comparten con su familia y/o amigos el tiempo libre” 54 (43.9%) y que algunas veces “destinan parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales” 50 (40.7%) (Tabla N° 12).

Tabla N° 13: Prácticas de autocuidado y cuidado médico.

	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO								
Va al médico por lo menos una vez al año.	5	4.1	39	31.7	25	20.3	54	43.9
Cuando se expone al sol, usa protectores solares.	24	19.5	37	30.1	28	22.8	34	27.6
Se automedican y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.	42	34.1	47	38.2	23	18.7	11	8.9
Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor.	3	2.4	10	8.1	44	35.8	63	51.2

Fuente: Base de datos.

En la dimensión de Autocuidado y Cuidado Médico de la matriz de prácticas, la mayoría de encuestados respondieron que siempre “obedecen las leyes de tránsito, sea como peatón o como conductor” 63 (51.2%), que siempre “van al médico por lo menos una vez al año” 54 (43.9%), que algunas veces “se automedican y/o acuden al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales” 47 (38.2%) y que algunas veces “usan protectores solares cuando se exponen al sol” 37 (30.1%) (Tabla N° 13).

Tabla N° 14: Distribución porcentual de los encuestados según hábitos alimenticios.

HABITOS ALIMENTICIOS	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consume entre cuatro a ocho vasos de agua al día?	5	4.1	43	35.0	40	32.5	35	28.5
Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?.	7	5.7	44	35.8	49	39.8	23	18.7
Consume refrigerios (cebiche, causa, papa a la huancaína, gaseosas, galletas, sándwiches) entre las comidas)?.	20	16.3	64	52.0	29	23.6	10	8.1
Come pescado y pollo, más que carnes rojas?.	17	13.8	30	24.4	42	34.1	34	27.6
Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, "hotdog")?.	32	26.0	88	71.5	3	2.4	0	0.0

Fuente: Base de datos.

En la dimensión de Hábitos Alimenticios de la matriz de prácticas, la mayoría de encuestados respondieron que algunas veces "consumen comidas rápidas" 88 (71.5%), que algunas veces "consumen refrigerios entre las comidas" 64 (52.0%), que algunas veces "Consume entre cuatro a ocho vasos de agua al día" 43 (35.0%), que frecuentemente "limitan su consumo de grasas" 49 (39.8%) y que frecuentemente "comen pescado y pollo más que carnes rojas" 42 (34.1%) (Tabla N° 14).

Tabla N° 15: Prácticas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	N	%	n	%	n	%	n	%
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS.								
Fuma cigarrillo o tabaco?	102	82.9	14	11.4	5	4.1	2	1.6
Consume licor al menos dos veces en la semana?	81	65.9	38	30.9	2	1.6	2	1.6
Cuando empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar?	22	17.9	8	6.5	11	8.9	82	66.7
Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, hachís, entre otras)?	119	96.7	2	1.6	2	1.6	0	0.0
Dice "no" a todo tipo de drogas?	25	20.3	0	0.0	0	0.0	98	79.7

Fuente: Base de datos.

En la dimensión de Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas de la matriz de prácticas, la mayoría de encuestados respondieron que nunca “consumen drogas” 119 (96.7%), que nunca “fuman cigarrillos o consumen tabaco” 102 (82.9%), que nunca “consumen licor al menos dos veces por semana” 81(65.9%), que siempre “dicen no a todo tipo de drogas” 98 (79.7%) y que siempre “cuando empiezan a beber pueden reconocer en que momento deben parar” 82(66.7%). (Tabla N° 15).

Tabla N° 16: Prácticas según características del sueño.

	Nunca		Algunas veces		Frecuentemente		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SUEÑO								
Duerme al menos 7 horas diarias?	13	10.6	36	29.3	38	30.9	36	29.3
Trasnocha?	16	13.0	78	63.4	25	20.3	4	3.3
Duerme bien y se levanta descansado?	7	5.7	47	38.2	48	39.0	21	17.1
Utiliza pastillas para dormir?	111	90.2	10	8.1	2	1.6	0	0.0

Fuente: Base de datos.

En la dimensión Sueño de la matriz de prácticas, la mayoría de encuestados respondieron que nunca “utilizan pastillas para dormir” 111(90.2%), que algunas veces “trasnocha” 78 (63.4%), que frecuentemente “duermen bien y se levantan descansados” 48 (39.0%) y que frecuentemente “duermen al menos 7 horas diarias”38 (30.9%). (Tabla N° 16).

Tabla N° 17: Distribución de los encuestados según tipos de creencias y grupos etarios.

Grupo etários	Total		Saludable		No Saludable	
	n	%	n	%	n	%
21 - 25	2	1.63	2	1.85	0	0.00
26 - 30	8	6.50	7	6.48	1	6.67
31 - 35	19	15.45	14	12.96	5	33.33
36 - 40	9	7.32	9	8.33	0	0.00
41 - 45	15	12.20	14	12.96	1	6.67
46 - 55	30	24.39	26	24.07	4	26.67
56 a más	40	32.52	36	33.33	4	26.67
Total	123	100.00	108	100.00	15	100.00

Fuente: Base de datos.

En el análisis bivariado realizado para establecer la relación entre los atributos generales y los tipos de creencias hallados en los trabajadores pesquisados se pudo determinar una mayor frecuencia de creencias saludables en el grupo etáreo mayor de 41 años de edad (70.36%) con relación a las creencias No saludables las más altas proporciones se hallaron en el colectivo de 31 a 35 años de edad (33.33%), (Tabla N° 17)

Tabla N° 18: Distribución de los encuestados según tipos de creencias y grupos ocupacionales.

Grupo ocupacional	Total		Saludable		No Saludable	
	n	%	n	%	n	%
Médicos	37	30.08	37	34.26	0	0.00
Enfermera	29	23.58	29	26.85	0	0.00
Técnico de enfermería	16	13.01	14	12.96	2	13.33
Técnico de servicio	13	10.57	10	9.26	3	20.00
Técnico administrativo	6	4.88	3	2.78	3	20.00
Tecnólogo médico	5	4.07	5	4.63	0	0.00
Administrativo profesional	3	2.44	2	1.85	1	6.67
Técnicos de transporte	2	1.63	0	0.00	2	13.33
Obstetriz	2	1.63	2	1.85	0	0.00
Digitador	2	1.63	2	1.85	0	0.00
Auxiliar de servicio	2	1.63	0	0.00	2	13.33
Químico farmacéutico	2	1.63	2	1.85	0	0.00
Trabajadores sociales	2	1.63	0	0.00	2	13.33
Odontólogos	1	0.81	1	0.93	0	0.00
Nutricionista	1	0.81	1	0.93	0	0.00
Total	123	100.00	108	100.00	15	100.00

Fuente: Base de datos.

El grupo ocupacional de médicos cirujanos (34.26%) y enfermeras (26.85%) (Tabla N° 18); y con relación a las creencias No saludables las más altas proporciones en los grupos de trabajadores técnicos de servicios (20.00%) y técnicos administrativos (20.00%).

Tabla N° 19: Distribución de los encuestados según tipos de prácticas y grupos etarios.

Grupos etarios	Total		Saludables		No saludables	
	n	%	n	%	n	%
21 - 25	2	1.63	1	1.01	1	4.17
26 - 30	8	6.50	6	6.06	2	8.33
31 - 35	19	15.45	18	18.18	1	4.17
36 - 40	9	7.32	9	9.09	0	0.00
41 - 45	15	12.20	10	10.10	5	20.83
46 - 55	30	24.39	24	24.24	6	25.00
56 a más	40	32.52	31	31.31	9	37.50
Total	123	100.00	99	100.00	24	100.00

Fuente: Base de datos.

Al analizar la relación entre los atributos generales y los tipos de prácticas hallados en los trabajadores pesquisados se pudo determinar una mayor frecuencia de prácticas saludables en el grupo etáreo mayor de 41 años de edad (65.65%) (Tabla N° 19) y con relación a las creencias No saludables las más altas proporciones se hallaron en el colectivo de mayores de 56 años de edad (37.50%).

Tabla N° 20: Distribución de los encuestados según tipos de prácticas y grupos ocupacionales.

Grupo Ocupacional	Total		Saludable		No Saludable	
	n	%	n	%	n	%
Médicos	37	30.08	33	33.33	4	16.67
Enfermera	29	23.58	27	27.27	2	8.33
Técnico de enfermería	16	13.01	13	13.13	3	12.50
Técnico de servicio	13	10.57	9	9.09	4	16.67
Técnico administrativo	6	4.88	4	4.04	2	8.33
Tecnólogo médico	5	4.07	4	4.04	1	4.17
Administrativo profesional	3	2.44	3	3.03	0	0.00
Técnicos de transporte	2	1.63	0	0.00	2	8.33
Obstetriz	2	1.63	1	1.01	1	4.17
Digitador	2	1.63	1	1.01	1	4.17
Auxiliar de servicio	2	1.63	0	0.00	2	8.33
Químico farmacéutico	2	1.63	1	1.01	1	4.17
Trabajadores sociales	2	1.63	1	1.01	1	4.17
Odontólogos	1	0.81	1	1.01	0	0.00
Nutricionista	1	0.81	1	1.01	0	0.00
Total	123	100.00	99	100.00	24	100.00

Fuente: Base de datos.

Una mayor frecuencia de prácticas saludables en el grupo ocupacional de médicos cirujanos (33.33%) y enfermeras (27.27%) (Tabla N° 20); con relación a las creencias No saludables las más altas proporciones se hallaron en el grupo de trabajadores técnicos de servicios (16.67%)

Tabla N° 21: Propiedades psicométricas de las matrices de prácticas y de creencias.

Estadístico		Matriz de creencias	Matriz de Practicas
Coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach		0.864	0.669
Medida de adecuación muestral de Kaiser – Meyer - Olkin (KMO)		0.878	0.600
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi cuadrado (X ²)	2965.43	975.85
	Grados de libertad	276	325
	Significación estadística (p-valor)	Significativo (<0.001)	Significativo (<0.001)

Al analizar la relación entre los atributos generales y los tipos de prácticas hallados en los trabajadores pesquisados se pudo determinar una mayor frecuencia de prácticas saludables en el grupo etáreo mayor de 41 años de edad (65.65%) (Tabla N° 19) y en el grupo ocupacional de médicos cirujanos (33.33%) y enfermeras (27.27%) (Tabla N° 20); con relación a las creencias No saludables las más altas proporciones se hallaron en el colectivo de mayores de 56 años de edad (37.50%), y en el grupo de trabajadores técnicos de servicios (16.67%).

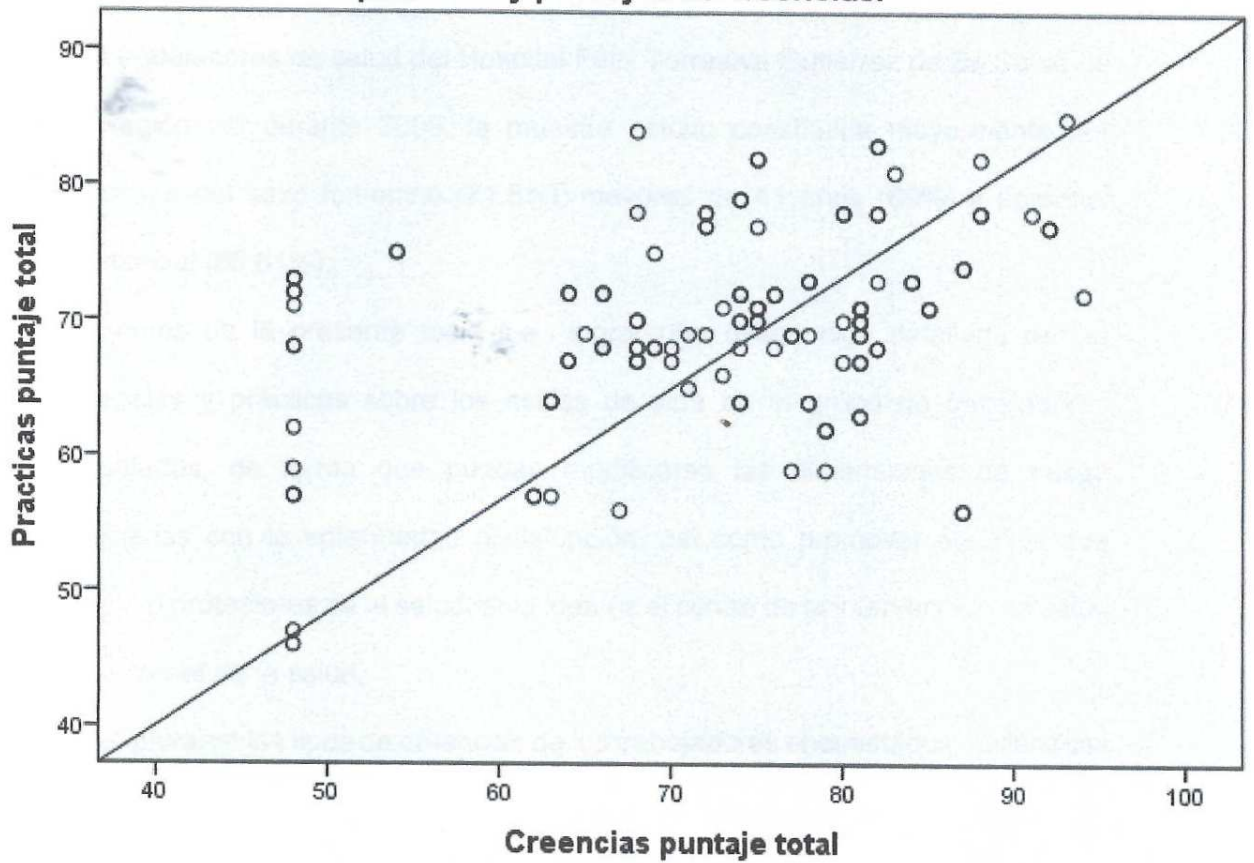
Tabla N° 22: Coeficiente de correlación de Pearson ($p \leq 0.05$) entre el puntaje de prácticas y el puntaje de creencias de los encuestados.

Variable	Estadístico	Creencias puntaje total
	N	123
Practicas puntaje total	Coeficiente de Correlación de Pearson	0.375
	Significación estadística (p-valor)	Significativa ($\leq 0,01$).

Fuente: Base de datos.

Existe una correlación directa moderada ($r = 0.375$) significativa ($p \leq 0,01$) entre el puntaje de creencias y el puntaje de prácticas, pudiendo concluirse que a mayor puntaje de creencias (creencias saludables) se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables) en la población estudiada (Tabla N° 22, Gráfico N° 03).

Gráfico N° 03: Diagrama de dispersión de las correlaciones entre puntajes de prácticas y puntajes de creencias.



Fuente: Base de datos

6.2 DISCUSION DE RESULTADOS

En la presente tesis se investigaron las creencias y prácticas en una muestra de 123 trabajadores de salud del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez de Es Salud de la Región Ica durante 2009; la muestra estuvo constituida mayormente por personas del sexo femenino (71.5%), mayores de 41 años (69%) y personal asistencial (66.61%).

El interés de la presente tesis fue lograr una descripción detallada de las creencias y prácticas sobre los estilos de vida en el grupo de trabajadores estudiados, de forma que puedan modificarse las dimensiones de riesgo asociadas con la enfermedad o disfunción, así como promover aquellos que resultan protectores de la salud; esta idea es el centro de la intervención en salud protectores de la salud.

Se exploraron los tipos de creencias de los trabajadores encuestados, hallándose que las creencias saludables fueron las más prevalentes (87.80%); este hallazgo indica que los entrevistados tiene una alta percepción sobre la posibilidad de reducir las amenazas contra su salud, una alta percepción sobre la eficacia de las medidas concretas para reducir dichas amenazas y además la convicción de que los beneficios de dichas medidas superan los esfuerzos personales y materiales de su observación.

En la dimensión recreación y manejo de tiempo libre se halló la más alta frecuencia de creencias saludables (96.75%), con una alta percepción positiva de los aspectos recreacionales grupales (familiares y amigos), del descanso y de la importancia del trabajo. En cuanto al tema de los hábitos alimenticios, la

segunda dimensión en frecuencia de creencias saludables (95.12%), se pudo observar una gran aceptación del agua como un alimento altamente beneficioso (87%), y posiciones intermedias de percepción (iguales proporciones de las categorías De acuerdo y En desacuerdo) sobre la ingestión de alimentos grasos, las "comidas rápidas", las dietas y la figura corporal, lo que indicarían que si bien es cierto el porcentaje global de la dimensión fue alto, sin embargo, la tendencia fue hacia las opiniones de indefinición sobre las tres últimas percepciones.

En la dimensión Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras drogas (91.06%), las percepciones fueron más polarizadas, con una tendencia predominantemente hacia las ideas saludables en cuanto al consumo de tabaco y alcohol y a su ingestión en reuniones sociales, observándose cierta indecisión en cuanto a los efectos dañinos de las bebidas alcohólicas en relación a los efectos de las drogas.

En todas las premisas de la dimensión Condición, Actividad Física y Deporte (89.43%), hubo una aceptación global de la actividad física reconociéndola como una práctica saludable que puede mejorar la salud, que puede evitar enfermedades y que tiene una gran influencia sobre el estado de ánimo, percibiendo también que los cambios repentinos del estado ponderal son indicativos de un deterioro de la salud.

En la dimensión Auto cuidado y Cuidado Médico (86.18%) se halló que la mayoría de encuestados percibieron positivamente la responsabilidad que debe tener cada persona sobre su salud, la importancia de las consultas periódicas al médico, y la influencia de los hábitos de comportamiento y el medio ambiente

sobre la salud de las personas; y en la dimensión sueño (72.36%) se pudieron observar creencias favorables sobre el mismo y el tiempo y condiciones que se deben observar para dormir.

La frecuencia global de prácticas saludables fue de 80.49% existiendo una diferencia de 7.31 puntos porcentuales en relación con la proporción global de creencias saludables (87.80%); estos resultados indicarían que entre ambas variables existe cierto grado de concordancia, al no existir diferencias significativas entre ambos valores ($p < 0.05$); el hallazgo anterior se confirmó mediante el análisis de correlación en el cual se identificó una relación directa (positiva) entre ambos atributos, aunque de grado moderado ($r = 0.375$, $p < 0.001$); este último resultado se explica por el hecho de que existen diferencias entre las frecuencias relativas de creencias y prácticas saludables en las dimensiones condición, actividad física y deporte, recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios y sueño. En el sentido contrario se hallaron proporciones similares en las creencias y prácticas saludables de las dimensiones autocuidado y cuidado médico, y consumo de alcohol, tabaco y drogas, esta última con los más altos porcentajes de creencias y prácticas saludables (91.06% y 99.19%), lo que fundamentaría en gran parte la relación directa hallada entre ambas variables.

Todo lo expuesto previamente tiene que ver con que la conservación y recuperación de la salud está relacionada con procesos psicosociales, como aprendizaje, cognición, motivación y emoción; que se expresan de manera particular según el ciclo de vida de la persona, así como los espacios y

situaciones en los cuales se desarrollan las conductas saludables o no saludables.

Los resultados de la investigación identificaron creencias y prácticas de protección asociadas a la salud en la población de trabajadores del Hospital "Félix Torrealva Gutiérrez" de Ica, lo cual favorecerá la posterior propuesta, diseño y aplicación de programas que fomenten comportamientos saludables; dichos programas de intervención deben planearse y llevarse a cabo de forma multimodal y atendiendo distintos procesos psicológicos asociados a la adopción de estilos de vida saludables.

CONCLUSIONES

- 1) La tasa global de creencias saludables fue de 87.80% (108), identificándose mayores frecuencias de este tipo de percepciones en las dimensiones Recreación y Manejo del Tiempo Libre con el 96.75% (119) del total de encuestados, en Hábitos Alimenticios con el 95.12% (117), en Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras drogas con el 91.06% (122), en Condición, Actividad Física y Deporte con el 89.43% (110), en Autocuidado y Cuidado Médico con el 86.18% (106) y en Sueño con el 72.36%.
- 2) Los tipos de prácticas pesquisados en la presente investigación, se halló que la tasa global de conductas saludables fue de 80.49% (99), identificándose mayores frecuencias de este tipo de prácticas en las dimensiones Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras drogas con el 99.19% (122) de los encuestados, en Recreación y Manejo del Tiempo Libre con el 78.86% (97), en Autocuidado y Cuidado Médico con el 74.80% (92) y en Hábitos Alimenticios con el 66.67% (82); se hallaron mayores frecuencias de conductas No Saludables en las dimensiones Sueño con el 65.04% (80) de los entrevistados y en Condición, Actividad Física y Deporte con el 64.23% (79).

3) En general en la población estudiada se percibe con un estilo de vida más saludable que el encontrado para cada uno de los hábitos. Los hábitos de fumar, consumo adecuado de licor y peso adecuado, no se encontraron diferencias importantes con relación a los de la población general iqueña. Sólo un 36% de la población consideró que en su información académica se les capacito en forma suficiente en promoción de la salud, y un 38% que fue insuficiente o que no se les capacito, a pesar de esto se encontró una actitud positiva hacia ésta.

En general, se encontró una mejor actitud hacia la promoción de la salud en quienes tienen un estilo de vida más saludable.

RECOMENDACIONES

- Protocolizar y operativizar el componente de promoción de la salud como un elemento fundamental que debe estar involucrado en la prestación de servicios de salud
- Realizar programas de capacitación para el personal de la institución que mejoren el nivel de conocimiento y refuercen actitudes positivas hacia la promoción de la salud, con el fin de impactar en forma efectiva en la población usuaria.
- Adecuar espacios y crear programas o estructuras de apoyo institucionales, que faciliten el cambio y mejoramiento de actitudes hacia estilos de vida saludables en los funcionarios de ESSALUD.
- Realizar una evaluación que permita detectar las dificultades y carencias tanto en el recurso humano como de apoyo logístico, e implementar los cambios necesarios para el desarrollo del componente promoción de salud.
- Se recomienda a las instituciones formadoras del recurso humano en salud reformas curriculares encaminadas a producir mayores cambios en los estilos de vida de los egresados, que mejoren su estado de salud y la calidad de vida y , a su vez estén preparados para asumir el compromiso social en el ámbito de la promoción de la salud.

FUENTES DE INFORMACION

1. **Instituto Argentino para el desarrollo sustentable, Proyecto estilo de vida más saludable. Argentina 2013[Monografía en Internet].**
Disponibile en
:<http://www.iadsargentina.org/pdf/Informe%20Final%20TIGRE.pdf>
2. **Garcia J,Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá, Tesis doctoral**
Agosto 2011 disponible en
:<http://www.bdigital.unal.edu.co/4112/1/5973912011.pdf>
3. **Garzon GonzalesT , Chacon Garcia, Rodrigo Yudego . Análisis de la calidad de la vida laboral y los factores relacionados en una unidad de atención primaria de salud.Rev.calid asist.2010 Nov-Dec; 25 (6)**
:334-40. doi: 10.1016/j.cali.2010.07.001. Epub 2010 21 de septiembre,
disponible en :[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chacón García A\[Author\]&cauthor=true&cauthor_uid=20863733](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Chacón+García+A[Author]&cauthor=true&cauthor_uid=20863733).
4. **Giraldo Osorio Alexandra, Toro Rosero María Yadira, Macías Ladino Adriana María, Valencia Garcés Carlos Andrés, Palacio Rodríguez Sebastián. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables.Colombia. Hacia promoc. Salud [serial on the Internet]. 2010 July [cited 2014 May 20]; 15(1): 128-143. Disponible**

en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en

5. **Amanda J. , Cheryl A. , Mark F H. Actitudes, normas y controles que influyen en la gestión de los factores de riesgo del estilo de vida en la práctica general[serial on the Internet]. 2009 Disponible en :[http://www.biomedcentral.com /1471-2296/10/59](http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/59)<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/59>.**
6. **Fuentes Ceruti Javiera. Modelo de cambio conductual orientado a la promoción de estilos de vida saludable en la organización. Tesis para optar título de psicólogo. Santiago. Universidad de Chile. 2009**
7. **Arrivillaga M., Salazar I. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. [serial on the Internet]. 2005. Disponible en :
http://javeriana.edu.co/redcups/Investigacion_Creencias_y_%20Estilos_de_vida.pdf.**
8. **Grimaldo, M. Estilo de vida saludable en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud Lima. Pensamiento Psicológico, Psicología y Salud, Vol. 22, Núm. 1: 75-87, enero-junio de 2012. Disponible en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/22-1/Mirian%20Pilar%20Grimaldo%20Muchotrigo.pdf>**
9. **Grimaldo, M. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Pensamiento**

Psicológico, Volumen 8, No. 15, 2010, pp. 17-38 Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80115648003>.

10. Cáceres Diéguez Aglae, Cruz Baranda Silvia Sofía. Superación profesional en la Atención Primaria de Salud: una estrategia didáctica propiciadora de estilos de vida saludables. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2014 Mar 25]; 15(1): 130-137. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000100018&lng=es.

11. Sanabria-ferrand pablo-alfonso, gonzález q. Luis a., Urrego M. Diana Z. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos: estudio exploratorio. rev.fac.med [revista en la Internet]. 2007 Jul [citado 2015 Mar 06]; 15(2): 207-217. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562007000200008&lng=es.

12. UNESCO. Un Mundo de Ciencia. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/natural-sciences/resources/periodical/a-world-of-science/>. Consultado el 18 de abril del 2013.

13. OMS. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la

OMS. Disponible en:

http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

14. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la salud.

Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006

Disponible en:

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

15. García Ubaque, Juan Carlos. Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en

Bogotá. Tesis doctoral. Bogotá. Universidad Nacional De Colombia.

2011

16. Palomares Estrada, Lita. Estilos de vida saludables y su Relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. Tesis de magister en gestión y docencia en alimentación y nutrición. Lima. Universidad peruana de ciencias aplicadas. 2014

17. Álvarez LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto.

Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 95-101. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>

18. Álvarez Pérez Adolfo Gerardo, García Fariñas Anai, Rodríguez Salvá Armando, Bonet Gorbea Mariano, De Vos Pol, Van Der Stuyft Patrick. Los estudios organizacionales en el abordaje de los determinantes de la

salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Nov 10]; 47(1): . Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100006&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100006&lng=es)

- 19. Ministerio de Salud. Documento técnico: lineamientos para la vigilancia de la salud de los Trabajadores. . Disponible en:**

http://www.digesa.minsa.gob.pe/norma_consulta/Linamientos_de_VST.pdf

- 20. Álvarez Pérez Adolfo Gerardo, García Fariñas Anai, Rodríguez Salvá Armando, Bonet Gorbea Mariano, De Vos Pol, Van Der Stuyft Patrick. Los estudios organizacionales en el abordaje de los determinantes de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Nov 10] ; 47(1): . Disponible en:**

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100006&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100006&lng=es)

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO DE PRACTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una "X" la casilla que describa mejor su comportamiento. Conteste sinceramente. No existe respuestas buenas y malas.

Sexo masculino _____ femenino _____

Edad 16 a 20 _____ 21 a 25 _____ 26 a 30 _____ 31 a 35 _____ 36 a 40 _____ 41 a 45 _____ 46 a 55 _____ 56 a mas _____

Grado de instrucción _____

PRACTICAS		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
CONDICION, ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE					
1	Hace ejercicio, camina, trote o juega algún deporte.				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio.				
3	Mantiene el peso corporal estable.				
4	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión.				
RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE.					
5	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria.				
6	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre.				
7	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear).				
8	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales.				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO					
9	Va al médico por lo menos una vez al año.				
10	Cuando se expone al sol, usa protectores solares.				
11	Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
12	Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor.				
HABITOS ALIMENTICIOS					
13	Consume entre cuatro a ocho vasos de agua al día?				
14	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
15	Consume refrigerios (cebiche, causa, ppa a la huancaina, gaseosas, galletas, sandwiches) entre las comidas?				
16	Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
17	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS.					
18	Fuma cigarrillo o tabaco?.				
19	Consume licor al menos dos veces en la semana?.				
20	Cuando empieza a beber puede reconocer en que momento debe parar?.				
21	Consume drogas (marihuana, cocaína, basuco, extasis, achis, entre otras)?				
22	Dice "no" a todo tipo de drogas?.				
SUEÑO					
23	Duerme al menos 7 horas diarias?.				
24	Trasnocha?.				
25	Duerme bien y se levanta descansado?.				
26	Utiliza pastillas para dormir?.				

CREENCIAS		Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
CONDICION , ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE					
27	La actividad física ayuda a mejorar la salud.				
28	Al hacer ejercicio se puede evitar algunas enfermedades.				
29	Con el ejercicio mejora el estado de ánimo.				
30	Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud.				
RECREACION Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE					
31	Es importante compartir actividades de recreación con la familia y amigos.				
32	El trabajo es lo más importante en la vida.				
33	La recreación es para los que no tienen mucho trabajo.				
34	El descanso es importante para la salud.				
AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO					
35	Cada persona es responsable de su salud.				
36	Solo cuando se esta enfermo se debe ir al médico.				
37	Los factores ambientales (el sol, la contaminación , el ruido) influyen en la salud.				
38	El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento.				
HABITOS ALIMENTICIOS					
39	Entre más flaco, más sano.				
40	Entre más grasocita la comida más sabrosa.				
41	El agua es importante para la salud.				
42	Las comidas rápidas permiten aprovechar más el tiempo.				
43	Las dietas son lo mejor para bajar de peso.				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS					
44	Dejar de fumar es cuestión de voluntad.				
45	Tomar trago es menos dañino que consumir droga.				
46	El licor es dañino para la salud.				
47	Se disfruta más una rumba si se consume licor o drogas.				
SUEÑO					
48	Dormir bien alarga la vida.				
49	Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien.				
50	Sólo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilación, luz, temperatura).				

ANEXO N° 02

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuáles nivel de creencias y prácticas sobre estilo de vida saludable en el personal de salud del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez 2009?	Determinar el Nivel de creencias y prácticas sobre estilo de vida saludable en el personal de salud del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez. 2009	Determinar el nivel de creencias sobre estilos de vida saludables en el personal del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez.	El personal de salud del hospital Félix Torrealva Gutiérrez. tiene un mayor puntaje de (creencias saludables) se observa un mayor puntaje de prácticas (prácticas saludables)	X = Nivel de prácticas saludable	Saludables No saludable	Cuestionario	Personal De salud que labora en el hospital Félix Torrealva Gutierrez.
		Conocer las prácticas sobre estilos de vida saludables que el personal de salud del Hospital Félix Torrealva Gutiérrez.	El personal de salud del hospital del hospital Félix Torrealva Gutiérrez. tiene un menor puntaje de creencias (creencias saludables) se observa un menor puntaje de prácticas	x = Nivel de creencias saludables .	Saludables No saludable	Cuestionario	Personal De salud que labora en el hospital Félix Torrealva Gutiérrez.

ANEXO N° 03
PROPUESTA DE INTERVENCION

Espacio Saludable

Objetivos:

- ✓ Mejorar estilos de vida saludables en profesionales de la salud.
- ✓ Disminuir sobrepeso y obesidad a través de alimentación saludable y actividad física en profesionales de la salud.

Modelo de Negocio (Business Canvas)

Alianzas	Actividades Claves	Propuesta de Valor	Relación con el Cliente	Segmentos de Clientes
Ministerio de Salud (MINSA). Hospitales del MINSA. Colegios Profesionales de la Salud.	1. Acondicionamiento de espacio saludable. 2. Seguimiento y control por especialistas.	Espacio Saludable: Ambiente acondicionado en el lugar laboral donde se puede realizar actividad física y a la vez ver videos motivadores sobre prácticas de estilos de vida saludables. Accesible las 24 horas del día.	Personal, de uno a uno (conocemos a nuestros clientes).	Profesionales de la salud que laboran en hospitales del MINSA.
	Recursos Claves		Canales de Distribución	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nutricionista y Entrenador ✓ Ambiente ✓ Equipos 		Visitas personales a la directiva de hospitales del MINSA, EsSalud y Clínicas. Sensibilización a los profesionales de la salud. Publicidad y Marketing (medios comunicación, redes sociales y página web)	
Estructura de Costos		Flujos de Ingreso		
Inversión Inicial Gastos de Administración. Gastos de Ventas. Gastos de Operaciones.		Asistencia de 30 profesionales de la salud diariamente al espacio saludable. El costo por sesión por utilizar el espacio saludable es de 50 nuevos soles.		