

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ESTILO DE VIDA EN LÍDERES RELIGIOSOS DE LIMA, PERÚ

Daniel Richard Pérez¹

Resumen

Objetivo. Determinar la relación entre la percepción del Estado de Salud y el Estilo de Vida en una población de líderes adventistas. **Método.** Tipo de estudio descriptivo-correlacional con diseño no experimental de corte transversal, llevado a cabo con 192 líderes religiosos. Los instrumentos aplicados fueron: Encuesta General de Salud de MOS (SF-12) y Cuestionario (modificado) de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) utilizados por su alto grado de confiabilidad y validez (Alfa ce Cronbach) de ,818 y ,923 respectivamente. El análisis factorial exploratorio (KMO) fue de ,828 y ,851. **Resultados:** Se encontró que los líderes religiosos del sexo femenino perciben mejor su Estado de Salud (40,0%) y manifiestan un mejor Estilo de Vida (31,4%): Las variables sexo, edad, estado civil, región de procedencia, título alcanzado y área de desempeño no se relacionan con el Estilo de Vida ni con la percepción del Estado de Salud; únicamente tienen relación significativa con el Estilo de Vida las variables institución donde labora (0.031). Existe diferencias entre la actividad física, autocuidado, confianza en Dios y relaciones interpersonales respecto a la institución donde labora, siendo los líderes de la MICOP, APCS Y UPeU los que realizan mayor actividad física; APCE y UPeU, mejor autocuidado; APCE, UPeU y APCS, mayor confianza en Dios. Solo la UPeU se destaca en relaciones interpersonales. Existe diferencia ($p=0,089<0,10$) entre la institución donde labora y el rol emocional, siendo los obreros de la APCE, APCS Y UPEU los que manifiestan un mejor rol emocional. **Conclusión:** El Estilo de Vida solo se relaciona con la institución donde laboran los líderes religiosos. También existe relación entre el rol emocional y la institución donde labora. Por último, los líderes de la UPeU manifiestan tener mejores relaciones interpersonales.

Palabras clave: Estado de salud, estilo de vida, líderes religiosos

¹Doctor en Teología y Salud Pública. Profesor de Teología, Investigación y Salud Pública en la Facultad de Teología de la Universidad Peruana Unión; Lima, Perú. Email: danielr@upeu.edu.pe

PERCEPTION OF HEALTH STATUS AND LIFESTYLE IN RELIGIOUS LEADERS OF LIMA, PERU

Abstract

Aim: To determine the relationship between the perception of Health and Lifestyle in a population of Adventist leaders. **Methodology:** It's a descriptive-correlational study with no experimental cross-sectional design, conducted with 192 religious leaders. The instruments used were: General Health Survey (MOS SF-12) and Questionnaire (modified) Profile Lifestyle (PEPS-I) used for its high degree of reliability and validity (Alfa ce Cronbach) of ,818 and ,923 respectively. The exploratory factor analysis (KMO) FUW of ,828 and ,851. **Results:** It was found that female religious leaders better perceive their health status (40.0%) and manifest a better lifestyle (31.4%): The variables sex, age, marital status, region of origin, title reached and performance area are not related to the Lifestyle or the perception of the state of health; only they have significant relationship with variables Lifestyle institution where he works (0.031). There are differences between physical activity, self-care, trust in God and interpersonal relationships regarding the institution where he works, being leaders MICOP, APCS and UPeU those doing more physical activity; APCE and UPeU, better self-care; APCE, UPeU and APCS, greater trust in God. UPeU only excels in interpersonal relationships. There is a difference ($p=0.089 < 0.10$) between the institution where he works and emotional role, being the workers of the APCE, APCS and UPeU those who show better emotional role. **Conclusion:** Lifestyle only relates to the institution where religious leaders working. There is also a relationship between emotional role and the institution where he works. Finally, UPeU leaders say they have better interpersonal relationships.

Keywords: Health Status, Lifestyle, Religious leaders

Introducción

Kenneth Cooper, creador del famoso Instituto Aeróbico de Dallas, afirmó: “Ahora ya no morimos de una enfermedad, sino que morimos por la forma en que vivimos”.¹ Esta declaración corrobora los numerosos informes de la OMS y la OPS al manifestar que los problemas globales de salud que predominan en la actualidad, y que son las primeras causas de morbimortalidad, son el resultado de las conductas de salud que comprometen la salud de la población.²

El fenómeno de la globalización y los cambios demográficos y socioeconómicos ocurridos desde fines del siglo XX y comienzos del XXI, han modificado notoriamente el comportamiento de las personas, dando lugar a nuevos patrones epidemiológicos en el que disminuyen las enfermedades infecto-contagiosas y se incrementan las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT).³

Este hecho motiva la realización del presente trabajo cuyo objetivo es encontrar la relación de la percepción del *Estado de Salud* con el *Estilo de Vida* en una población de líderes religiosos adventistas.

Estado de Salud, se define como la “percepción subjetiva que tiene la persona sobre su estado de salud general”.⁴ Se distinguen 5 niveles: Mala, Regular, Buena, Muy buena y Excelente. Los epidemiólogos tradicionales conceptualizan *Estado de Salud* como “presencia de enfermedad” o “ausencia de enfermedad”, el cual es una definición muy simple debido a que los criterios de diagnóstico cambian muy rápido a medida que au-

¹Daniel Richard, *Educación para la salud* (Lima: Editorial Imprenta Unión, 2013).

²Nola, J. Pender, *El modelo de la promoción de la salud* (Connecticut: Appleton & Lange, 1996).

³Organización Panamericana de la Salud, “Calidad de vida y Estilo de vida”, *Rev Panam Salud Publica* 3/1 (1998): 20-35.

⁴Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad Política social e Igualdad, 2009.

mentan los conocimientos y mejoran las técnicas.⁵ Si bien en la mayoría de los países la esperanza de vida se ha incrementado por la baja mortalidad infantil; sin embargo, esta situación no necesariamente indica que el Estado de Salud de las personas haya mejorado.⁶

Sobre *Estilo de Vida*, existen diversas definiciones debido a las distintas disciplinas que utilizan el término; aun así, la OMS la define como: “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”.⁷ Otra definición es la enunciada por Nancy Milio quien la conceptualiza como “el conjunto de patrones de conducta, escogidas a partir de las alternativas que están disponibles a las personas, de acuerdo a sus circunstancias socioeconómicas y a las facilidades con las cuales son capaces de escoger entre las distintas opciones”.⁸ Esta definición resalta elementos importantes como son: la forma como el individuo interactúa con su medioambiente, su vida diaria, sus valores, actitudes, opiniones, patrones de comportamiento e intereses; es decir, el *modus vivendi* de la persona.

Finalmente, los resultados del estudio permiten incrementar el conocimiento sobre la percepción del Estado de Salud y la Calidad de Vida en una muestra *sui generis* como son los líderes religiosos, que a su vez servirá como línea de base para la implementación de estrategias orientadas a la promoción de la salud con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas y la sociedad en general.

⁵R. J. Prineas et al., *The Minnesota Codo Manual or Electrocardiographic Findings: Standards and Procedures for Measurement and Classification* (Stoneham, MA: Butterworth, 1982).

⁶A. L. González-Celis, “Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos” (Tesis de doctorado, México: Facultad de Psicología, UNAM, 2002).

⁷[I. Kickbusch], World Health Organization, “Life-Styles and Health”, *Social Science & Medicine* 22/2 (1986) 117-124.

⁸N. Milio, *Promoting Health through Public Policy* (Philadelphia: FA Davis. 1981).

Materiales y método

La investigación es de tipo descriptiva correlacional. Busca relacionar los constructos Percepción del Estado de Salud y Estilo de Vida en una población de 192 líderes de la Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD) de tres campos misioneros y una institución educativa: Asociación Peruana Central Sur (APCS), Asociación Peruana Central Este (APCE), Misión Centro Oeste del Perú (MICOP) y Universidad Peruana Unión (UPeU) sede Lima. El estudio tiene un diseño no experimental y de corte transversal.

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados se aplicaron los cuestionarios mencionados que en su parte inicial incluyó la siguiente información demográfica: sexo, edad, estado civil, máximo título alcanzado, región de procedencia, número de hijos, peso, talla, institución donde labora, y años de servicio en la IASD.

La información fue recopilada mediante dos instrumentos: (1) *Cuestionario sobre Estado de Salud SF-12*, y (2) *Cuestionario (modificado) de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)* de Pender, 1996; complementado con el *Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida* de Arrivillaga y Salazar.⁹

El *Cuestionario sobre Estado de Salud (SF-12)*, es la versión reducida del SF-36, originalmente denominado Medical Outcomes Survey (MOS) Short-Form General Health Survey (SF-12).

El SF-12 fue adaptado al español por Alonso, Prieto y Antó,¹⁰ e incluye 12 preguntas que evalúa la percepción que la persona tiene sobre su estado de salud en ocho aspectos: Función física (2 ítems), Rol físico (2 ítems), Dolor corporal (1 ítem), Salud general (1 ítem),

⁹M. Arrivillaga y I. Salazar, “Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos”, *Rv. Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* 13/1 (2005): 19-36.

¹⁰J. Alonso, L. Prieto y J. M. Antó, *La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos* (Barcelona: Med Clin, 1995), 104:771-6.

Vitalidad (1 ítem), Función social (1 ítem), Rol emocional (2 ítems), y Salud mental (2 ítems). Las alternativas de respuestas del SF-12 están diseñadas en un formato tipo LIKERT en escala ordinal y con diversas valoraciones de respuestas tales como: Mala (1), Regular (2), Buena (3), Muy buena (4), Excelente (5); Sí, me limita mucho (1), Sí, me limita un poco (2) y No, no me limita nada (3); Sí (1) y No (2); Nada (1), Un poco (2), Regular (3), Bastante (4), Mucho (5); Nunca (1), Solo alguna vez (2), Algunas veces (3), Muchas veces (4), Casi siempre (5), y Siempre (6). Para evaluar la fiabilidad y validez del instrumento se aplicó a 223 líderes de otros campos e instituciones adventistas de Perú entre los 22 y 68 años, la consistencia de sus dimensiones se muestra con un alfa de Cronbach global de 0.81. La evaluación de la estructura factorial y de constructo de los instrumentos se realizaron con el análisis factorial exploratorio, observando que en los tres instrumentos el coeficiente KMO toma valores superiores a 0.80, indicando que los ítems pueden reducirse a dimensiones, además la varianza total explicada al reducir sus dimensiones explican más del 45% y la mayoría de los ítems ingresan en sus respectivas dimensiones.

El Cuestionario sobre Estilo de Vida consta de 77 preguntas distribuidas en siete dimensiones, que evalúa el nivel de prácticas de los principales hábitos de estilo de vida en los siguientes aspectos: Actividad física y deporte (5 ítems), Recreación y descanso (15 ítems), Autocuidado (10 ítems), Hábitos alimenticios (20 ítems), Confianza en Dios (5 ítems), Relaciones interpersonales (9 ítems) y Bienestar psicológico (13 ítems). Las alternativas de respuestas del cuestionario de estilo de vida fueron diseñadas en un formato tipo LIKERT en escala ordinal y con 4 valoraciones de respuestas: Nunca (1), Algunas veces (2), A menudo (3), y Siempre (4). Para evaluar la fiabilidad y validez del instrumento se aplicó a 223 líderes de instituciones adventistas de otros campos de Perú entre los 22 y 68 años, la consistencia de sus dimensiones se muestra con un alfa de Cronbach global de 0.92 que

es valorado como alto o consistente; se hizo lo mismo con los siete componentes del instrumento: 0.803, 0.696, 0.883, 0.767, 0.652, 0.799, y 0.870 respectivamente.

Resultados

Características sociodemográficas

La tabla 1 describe las principales características sociodemográficas de la población estudiada.

Tabla 1. *Entorno demográfico 1*

Características sociodemográficas	n	%
1. Sexo		
Hombre	157	81.8%
Mujer	35	18.2%
2. Estado civil		
Soltero(a)	13	6.8%
Casado(a)	176	92.1%
Viudo(a)	2	1.0%
Divorciado(a)	0	0.0%
3. Región de procedencia		
Costa	82	43.4%
Sierra	77	40.7%
Selva	30	15.9%
4. Máximo título/grado alcanzado		
Título técnico	14	7.4%
Bachiller	38	20.0%
Título universitario	75	39.5%

Maestría	51	26.8%
Doctorado	12	6.3%
5. Institución donde labora		
APCE	62	32.3%
MICOP	32	16.7%
UPeU	42	21.9%
APCS	56	29.2%
6. Área de desempeño profesional actual		
Pastoral	117	62.2%
Administrativa	17	9.0%
Educativa	35	18.6%
Salud	2	1.1%
Otro	17	9.0%

n = 192

La tabla 2, muestra la media, desviación estándar, mínimo y máximo de: edad, número de hijos, peso, talla, y años de servicio en la IASD.

15

Tabla 2. *Entorno demográfico 2*

	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	44	12	31	68
Número de hijos	2	1	0	5
Peso	71	11	49	108
Talla	1,66	0,07	1,50	1,87
Años de servicio en la IASD	16,33	1,75	1	43

n= 192

Distribución de las características demográficas respecto al Estilo de Vida y el Estado de Salud

En la tabla 3 se observa que la mayoría de damas manifiestan tener un mejor Estado de Salud (40,0%) y un mejor Estilo de Vida (31,4%) en relación a los varones.

Tabla 3. *Estilo de vida y estado de salud respecto al sexo*

	Hombre % del n			Mujer % del n		
	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>
Estado de Salud	36,9%	44,6%	18,5%	40,0%	34,3%	25,7%
Estilo de Vida	26,8%	39,5%	33,8%	31,4%	48,6%	20,0%

n = 192

16

Según la tabla 4, las personas viudas (100%) y solteras (61,5%) perciben mejor su Estado de Salud; casi lo mismo ocurre en cuanto al Estilo de Vida.

Tabla 4. *Estilo de vida y estado de salud respecto al estado civil*

Soltero(a) % del n		Estado civil			
		<i>Soltero(a)</i>	<i>Casado(a)</i>	<i>Viudo(a)</i>	<i>Divorciado(a)</i>
		% del n	% del n	% del n	% del n
Estilo de Vida	Bajo	38,5%	31,3%	0,0%	0,0%
	Medio	30,8%	41,5%	50,0%	0,0%
	Alto	30,8%	27,3%	50,0%	0,0%

Estado de Salud	Bajo	0,0%	21,6%	0,0%	0,0%
	Medio	38,5%	43,2%	0,0%	0,0%
	Alto	61,5%	35,2%	100,0%	0,0%

n = 192

La tabla 5 presenta un Estado de Salud más alto para los de la costa (41,5%) y la selva (36,7%), repitiéndose en mismo fenómeno en relación al Estilo de Vida.

Tabla 5. *Estilo de vida y estado de salud respecto a la región de procedencia*

		Región de procedencia		
		<i>Costa</i>	<i>Sierra</i>	<i>Selva</i>
		% del n	% del n	% del n
Estilo de Vida	Bajo	31,7%	31,2%	30,0%
	Medio	37,8%	44,2%	40,0%
	Alto	30,5%	24,7%	30,0%
Estado de Salud	Bajo	19,5%	20,8%	13,3%
	Medio	39,0%	44,2%	50,0%
	Alto	41,5%	35,1%	36,7%

n = 192

En la tabla 6 se percibe que el Estado de Salud y el Estilo de vida están en sus niveles más altos en quienes al alcanzado el grado doctoral (58,3% - 35,3%) y la maestría (41,7% - 39,2%). Ello es corroborado por numerosos estudios en los se muestra que a mayor nivel de estudios mejor calidad de vida, ya que el nivel de estudio es un requisito para alcanzar un mejor empleo y mejores ganancias.

Tabla 6. *Estilo de vida y estado de salud respecto al máximo título alcanzado*

		Máximo título/grado alcanzado				
		<i>Título técnico</i>	<i>Bachiller</i>	<i>Título universitario</i>	<i>Maestría</i>	<i>Doctorado</i>
		% del n	% del n	% del n	% del n	
Estilo de Vida	Bajo	50,0%	44,7%	29,3%	21,6%	16,7%
	Medio	42,9%	36,8%	41,3%	43,1%	41,7%
	Alto	7,1%	18,4%	29,3%	35,3%	41,7%
Estado de Salud	Bajo	42,9%	18,4%	12,0%	23,5%	16,7%
	Medio	28,6%	47,4%	50,7%	37,3%	25,0%
	Alto	28,6%	34,2%	37,3%	39,2%	58,3%

n = 192

18

Según la tabla 7, la mayoría de los líderes de la MICOP (40,6%) y la UPEU (38,1%) manifiestan un mejor Estado de Salud; en cuanto al Estilo de Vida, se destacan la UPEU (40,5%) seguido de la APCS (33,9%).

Tabla 7. *Estilo de vida y estado de salud respecto a la institución donde labora*

		Institución donde labora			
		APCS	APCE	MICOP	UPEU
		% del n	% del n	% del n	% del n
Estilo de Vida	Bajo	37,5%	27,4%	37,5%	23,8%
	Medio	28,6%	54,8%	43,8%	35,7%
	Alto	33,9%	17,7%	18,8%	40,5%
Estado de salud	Bajo	23,2%	19,4%	12,5%	21,4%
	Medio	41,1%	43,5%	46,9%	40,5%
	Alto	35,7%	37,1%	40,6%	38,1%

n = 192



La tabla 8 muestra que el mejor Estado de Salud es manifestado por los líderes del área de salud (50%) seguido del área administrativa (41.2%); en cuanto a Calidad de Vida, mejor están los del área de salud (50%) seguido del área educativa (37,1%).

Tabla 8. *Estilo de vida y estado de salud respecto al área de desempeño profesional*

		Área de desempeño profesional actual				
		Pastoral	Administrativa	Educativa	Salud	Otro
		% del n	% del n	% del n	% del n	% del n
Estilo de Vida	Bajo	36,8%	41,2%	14,3%	0,0%	23,5%
	Medio	35,0%	41,2%	48,6%	50,0%	64,7%
	Alto	28,2%	17,6%	37,1%	50,0%	11,8%
Estado de salud	Bajo	21,4%	17,6%	20,0%	0,0%	11,8%
	Medio	40,2%	41,2%	45,7%	50,0%	58,8%
	Alto	38,5%	41,2%	34,3%	50,0%	29,4%

n = 192

Pruebas de relación entre las características demográficas, el Estilo de Vida y el Estado de Salud

La tabla 9 muestra que existe relación significativa entre el Estilo de Vida y la institución donde labora (0,031); también existe relación aunque no tan significativa, entre el estado civil y el Estado de Salud (0,076).

Tabla 9. Prueba Chi-cuadrada de la relación entre características demográficas, Estado de Salud y Estilo de Vida

Características demográficas	Estilo de vida			Estado de salud		
	Chicua- drado	gl	Sig	Chicua- drado	gl	Sig
Sexo	2,534	2	0,282	1,541	2	0,463
Estado civil	1,631	4	0,803 ^{a,b}	8,464	4	0,076 ^{a,b}
Región de procedencia	0,946	4	0,918	1,759	4	0,780
Máximo título/grado alcanzado	11,747	8	0,163 ^a	11,703	8	0,165 ^a
Institución donde labora	13,892	6	0,031 ^{*b}	1,616	6	0,951 ^b
Área de desempeño profesional actual	13,372	8	0,100 ^{a,b}	3,009	8	0,934 ^{a,b}

20

Pruebas de relación entre “institución donde labora” y las dimensiones del Estilo de Vida (actividad física, autocuidado, confianza en Dios y relaciones interpersonales), y del Estado de Salud (rol emocional)

Según las tablas 10, 11 y 12 existe diferencia ($p=0,054 < 0,10$) entre la institución en la cual laboran los líderes religiosos y el Estilo de Vida que practican. Se destaca la UPeU por tener un mejor Estilo de Vida respecto a las otras instituciones de Lima; asimismo, el análisis de varianza revela que existe diferencias entre las dimensiones del Estilo de Vida: *actividad física, autocuidado, confianza en Dios, y relaciones interpersonales* respecto a las instituciones donde laboran los participantes, siendo los obreros de la MICOP, APCS Y UPeU los que realizan mayor *actividad física*; APCE y UPeU, mejor *autocuidado*, APCE, UPeU y APCS, mayor *confianza en Dios*, y solo UPeU se destaca en *relaciones interpersonales*;



además, existe diferencia ($p=0,089<0,10$) en la dimensión *rol emocional* de la Calidad de Vida, siendo los obreros de la APCE, APCS Y UPEU los que manifiestan un mejor *rol emocional*.

Tabla 10. *Análisis de varianza entre las dimensiones del Estilo de Vida y el Estado de Salud, respecto a las instituciones donde labora*

	F(3,188)	Sig.
Estilo de Vida	2,588	,054
<i>Actividad física</i>	4,937	,003
<i>Recreación</i>	,769	,513
<i>Autocuidado</i>	2,355	,073
<i>Hábitos alimenticios</i>	,885	,450
<i>Confianza Dios</i>	2,836	,039
<i>Relaciones interpersonales</i>	3,701	,013
<i>Bienestar psicológico</i>	1,060	,368
Calidad de Vida	,117	,950
<i>Función física</i>	1,366	,255
<i>Rol físico</i>	,740	,530
<i>Dolor corporal</i>	,633	,595
<i>Salud general</i>	1,596	,194
<i>Vitalidad</i>	,561	,641
<i>Función social</i>	,329	,804
<i>Rol emocional</i>	2,206	,089
<i>Salud mental</i>	,674	,569

Tabla 11. Prueba de comparaciones múltiples (Duncan) entre la institución donde labora y cuatro dimensiones del Estilo de Vida

Institución donde labora	n	Subconjunto para alfa = 0.05		Sig.	
		1	2	1	2
Estilo de vida				,308	,105
MICOP	32	219,47			
APCE	62	221,63			
APCS	56	224,68	224,68		
UPeU	42		232,45		
<i>Actividad física</i>				,254	,092
APCE	62	9,81			
MICOP	32	10,63	10,63		
APCS	56		11,88		
UPeU	42		11,90		
<i>Autocuidado</i>				,608	,051
MICOP	32	23,19			
APCS	56	23,64			
APCE	62	23,90	23,90		
UPeU	42		26,45		
<i>Confianza Dios</i>				1,000	,462
MICOP	32	15,56			
APCE	62		16,58		
UPeU	42		16,71		
APCS	56		16,95		
<i>Relaciones interpersonales</i>				,160	1,000
MICOP	32	25,44			
APCE	62	26,69			
APCS	56	26,79			
UPeU	42		28,67		

n= 192

Tabla 12 – Prueba de comparaciones múltiples (Duncan) entre la institución donde labora y la dimensión Rol emocional del Estado de Salud

Institución donde labora	n	Subconjunto para alfa = 0.05		Sig.	
		1	2	1	2
Rol emocional				1,000	,646
MICOP	32	3,28			
APCE	62		3,60		
APCS	42		3,64		
UPeU	55		3,67		

n= 192

Discusión

Con esta investigación se busca verificar la relación entre el Estado de Salud y la Calidad de Vida en una población de líderes religiosos. La relación entre estos dos constructos ha sido corroborada por una serie de estudios. Sin embargo, nuestro el caso de esta investigación también se han encontrado relaciones entre algunas dimensiones del Estilo de Vida y el Estado de Salud con la variable demográfica institución donde laboran el líder religioso.

Las variables sexo, edad, estado civil, región de procedencia, título alcanzado y área de desempeño no se relacionan significativamente con el Estilo de Vida ni con la percepción del Estado de Salud; la única que si tiene relación significativa con el estilo de vida es la variable institución donde labora (0.031). Este dato difiere en parte con el estudio de Rebollo y Núñez,¹¹ quienes manifiestan que si existe relación significativa del Estado de Salud El género y el nivel educativo.

¹¹M. Rebollo y M. Núñez, *La mirada de la otra: Calidad ce vida, género y educación* (Sevilla, España: Universidad de Sevilla, 1998).

Además, el hecho de que las dimensiones del estilo de vida muestran correlaciones positivas con la calidad de vida, es corroborado por el estudio de Jacoby,¹² quien refiere que 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día o durante casi todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importantes. Asimismo, la dimensión de recreación tiene una correlación positiva con la calidad de vida, ello debido a que el 55.6% realiza algún tipo de actividad recreativa alta o media. También, los hábitos alimentarios, se correlacionan positivamente con la calidad de vida, esto podría justificarse debido a que los participantes reconocen la importancia que tiene los hábitos alimentarios en la salud. Sanabria-Ferrand¹³ señala que las personas que tienen mayores conocimientos de salud se dan cuenta que sus acciones tienen un impacto directo en la misma y se preocupan por conocer lo que necesitan para mantenerse saludables. La dimensión confianza en Dios, también evidencia una correlación positiva por ser esta una actividad habitual de los participantes del estudio que en su mayoría son pastores y líderes espirituales. Por otro lado, las dimensiones relaciones interpersonales y bienestar psicológico, muestran una correlación positiva con la calidad de vida debido a que en el ambiente laboral de los sujetos de estudio existe permanente interacción.

Por otro lado, existe una correlación negativa de las dimensiones del nivel de estrés con la calidad de vida. Esto puede darse debido a que los participantes mayoritariamente tienen un estilo de vida saludable que se evidencia por la práctica permanente de buenos hábitos de salud, lo que hace que el estrés laboral y el cansancio emocional disminuya considerablemente o se evidencie en un porcentaje minoritario. Finalmente, se observa que la dimensión autocuidado de la variable estilo de vida no se

¹²Enrique Jacoby, Fiona Bull y Andrea Neiman, “Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomenar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas”, *Rev. Panamericana de Salud Pública* 14/4 (2003): 223-225.

¹³P. Sanabria-Ferrand, L. González y D. Urrego, “Estilos de vida saludables en profesionales colombianos de la salud. Estudio Exploratorio”, *Revista Médica* 15/2 (2007): 207-217.

relaciona con la calidad de vida, posiblemente porque es una variable que está íntimamente ligada con otras dimensiones del estilo de vida.

Conclusión

Por los resultados obtenidos se concluye que:

1) El sexo femenino presenta mejor estilo de vida, asimismo muestra que el sexo masculino posee más alto nivel de estrés laboral, además se presenta más alto nivel de calidad de vida en el sexo masculino

2) La mayoría de los participantes tienen un estilo de vida, nivel de estrés y calidad de vida en el nivel medio y bajo, independientemente de los factores demográficos.

3) Existe correlación negativa y significativa entre las dimensiones de estilo de vida y las dimensiones de nivel de estrés; asimismo, las dimensiones del estilo de vida muestran correlaciones positivas con la calidad de vida; al mismo tiempo se observa que la dimensión autocuidado del estilo de vida no se relaciona con la calidad de vida.

4) Finalmente, las distintas ecuaciones de regresión múltiple muestran que las dimensiones del estilo de vida (bienestar psicológico, hábitos alimenticios y relaciones interpersonales) se relacionan de manera positiva y estadísticamente significativa con la calidad de vida; en tanto que las dimensiones, cansancio físico, autocuidado y realización personal se relacionan de manera negativa pero estadísticamente significativa.

Recibido: 11/10/2015

Aceptado: 15/01/2016