

Nivel socioeconómico y estilo de vida de los adultos intermedios de la Asociación de Viviendas del “Vallecito” de La Era. Lurigancho – Chosica, Lima

Socioeconomic level and lifestyle of middle-aged adults in the Housing Association of the “Vallecito” of La Era. Lurigancho - Chosica, Lima

Granados Vallejos, Erika Tatiana; Calderón Dávila, Kelly; Valencia Orrillo, Esther

EP Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión

Recibido 10 de agosto del 2015-Aceptado 20 de noviembre del 2015

Resumen

El objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre el nivel socioeconómico y el estilo de vida de los participantes de la Asociación de Viviendas del “Vallecito” de La Era. El estudio es de diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional. Participaron 150 adultos entre 25 y 54 años. Se utilizó el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida de Nola Pender (1996) y el Cuestionario sobre Prácticas y Actitudes de Arrivillaga, Salazar, y Correa (2010), adaptado por Contreras (2012), y el Cuestionario de Niveles Socioeconómicos en base a los indicadores del APEIM. Con respecto a los resultados, se encontró que la mayor parte de la población, que pertenece al nivel socioeconómico bajo y marginal, presenta una alimentación y actividad física no saludable, con una $p < 0.05$. Se concluye que existe una asociación significativa entre nivel socioeconómico y estilo de vida en seis de las ocho dimensiones, excepto en sueño y apoyo interpersonal.

Palabras clave: Estilo de vida, nivel socioeconómico, adulto intermedio.

Abstract

The aim of the present study is to determine the association between the socioeconomic level and the lifestyle of the participants of the Housing Association of the “Vallecito” of La Era. The study is non-experimental, cross-sectional and correlational. 150 adults aged 25 to 54 participated. We used the Nola Pender Lifestyle Profile Questionnaire (1996) and the Arrivillaga, Salazar, and Correa Questionnaire on practices and attitudes (2010) adapted by Contreras (2012) and the Socioeconomic Levels questionnaire based on the indicators of APEIM. Regarding the results, it was found that the majority of the population belonging to the low and marginal socioeconomic level presented an unhealthy diet and physical activity, with a $p < 0.05$. We conclude that there is a significant association between socioeconomic status and lifestyle in six of the eight dimensions except sleep and interpersonal support.

Keywords: lifestyle, socioeconomic level, adult intermediate.

Introducción

El estilo de vida es el conjunto de comportamientos y hábitos que pueden ser modificados, los cuales determinan el estado de salud de las personas. Por otro lado, el nivel socioeconómico es la medida que combina la parte económica y sociológica, el cual está en base a un grupo de variables definidas a partir de estudios realizados por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados. No existen suficientes estudios sobre los estilos de vida asociados a los niveles socioeconómicos, por lo que esta investigación aportará información relevante

Correspondencia al autor:

email: erigrava1612@gmail.com; kellycalderon@upeu.edu.pe

al campo científico. Los estilos de vida están considerados dentro de la teoría del proceso salud- enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

A nivel mundial se encontró que, dentro de los principales estilos de vida, se encuentra la práctica de actividad física. De lo cual más del 75% de las personas adultas informan que no realizan esta actividad en forma regular (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Por otro lado, Itassen y Tonsom (2000), refieren que gracias a las mejoras, en el estilo de vida y la atención sanitaria, las personas se encuentran en plenitud de sus facultades físicas y mentales. Sin embargo, con el pasar de los años es común que empiecen a acumular patologías degenerativas y crónicas que antiguamente iban apareciendo antes, pero que se vieron retrasadas gracias a la práctica de estilos saludables.

En la actualidad, el mundo enfrenta una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud, más de las terceras partes de defunciones se atribuyen a la desnutrición, siendo la pobreza una de las principales causas (Organización Mundial de la Salud, 2010). Asimismo, señala que el sobrepeso y obesidad son el sexto factor principal de defunción en el mundo. Cada año fallecen 3.4 millones de personas adultas. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuidos al sobrepeso y obesidad. La prevalencia global de trastornos del sueño es de aproximadamente del 46 al 50%. Se ha encontrado que las personas tienden a minimizar las patologías del descanso debido a falta de información. Trastornos que pueden prevenirse cumpliendo buenos hábitos para dormir evitando el alcohol, el sobrepeso, obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco, etc. (Infobae, 2014).

Se ha encontrado que el estrés está ligado a la mala práctica de los estilos de vida. Se estima que hay alrededor de 770 nuevos casos diarios relacionados con el estrés laboral que se presentan, por lo general, en adultos de países con ingresos socioeconómicos bajos y medios. A su vez, el estrés es uno de los factores de riesgo para contraer enfermedades crónicas (Organización Mundial de la Salud, 2013).

World Health Organization (2011) refiere que las enfermedades no trasmisibles están relacionadas con la falta de responsabilidad en salud de la población y son la primera causa de mortalidad a nivel mundial. Los cuatro grandes tipos de enfermedades no trasmisibles son: cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes que son las causantes de 3 de cada 5 defunciones en el mundo. No obstante, las muertes prematuras por estas enfermedades se pueden evitar con cambios en las políticas e iniciativas, no solo en el ámbito de la salud, sino en otros sectores. La adopción de estilos de vida adecuados y promoción de responsabilidad y control de la propia salud son medidas eficaces que permitirán salvar la vida y evitar sufrimientos a millones de personas.

En el Perú, un estudio realizado por Arellano (2005) señala que la práctica de los estilos de vida está relacionada con la tradición, muestra que existe una relación directa entre la modernidad y el nivel de ingreso para los estilos de vida saludables. Según datos estadísticos, del INEI (2013), se encontró que tan solo el 51.1% de la población total practica actividad física irregular o regularmente activa, con la finalidad de mejorar los estilos de vida. En el 2011 el Ministerio de Salud publicó un informe del estado nutricional, estudio realizado juntamente con el INEI dentro del marco de las Encuestas Nacionales de Hogares, donde se encontró que el 41.2% de las mujeres tiene un estado nutricional normal, mientras que el 34.4% presenta sobrepeso y el 18.1% obesidad (Instituto Nacional de Estadística e Investigación, 2013). Asimismo, se encontró un aumento en el porcentaje de la presencia de enfermedades crónicas del año 2011 al 2012, siendo que la población masculina presenta algún problema de salud crónico (32.6%), mientras que la población femenina demuestra un porcentaje más elevado (40.7%) (Instituto Nacional de Estadística e Investigación, 2013). Estos datos se relacionan con investigaciones las cuales señalan que el desarrollo de enfermedades crónicas, especialmente enfermedades del corazón, accidentes cerebro vasculares, diabetes, obesidad, síndrome metabólico y algunos tipos de cáncer comparten factores de riesgo semejantes a los de la exposición prolongada a tres conductas modificables también relacionadas con el estilo de vida, una dieta poco saludable y la inactividad física (Al-Maskari, 2010).

En la Asociación de Viviendas del “Vallecito” de La Era, del distrito de Lurigancho, se realizó la recolección de datos a través de la ficha familiar (FF), en la que se encontró lo siguiente: En relación a riesgo

individual se encontró que la presencia de enfermedades crónicas equivalen a un 7.87% (HTA) y un 3.47% (diabetes). Asimismo, el cáncer equivale a un 1.39%, mientras que el porcentaje de personas que consumen alcohol o drogas es de 2.31%. Datos que se relacionan con la práctica de estilos de vida no saludables. Se observó que en el “Vallecito”, el área geográfica y los escasos espacios son poco favorables para la práctica de actividad física. Si bien es cierto que la comunidad cuenta con una losa deportiva, esta es utilizada muchas veces de manera incorrecta (en ciertas ocasiones para fumar y tomar bebidas alcohólicas). Asimismo, se encontró que existe un inadecuado manejo de residuos sólidos. El bajo acceso a farmacias y escaso abastecimiento del C.S. para cobertura de toda la población, lo que podría estar afectando la salud de los pobladores. Por lo general, los pobladores tienen un nivel educativo básico. Agregado a esto los insuficientes recursos económicos que pueden dificultar el acceso a los servicios de salud. El 53.73% de la población tiene un ingreso económico menor a 284 N. S. por miembro de familia.

Fernández y Méndez (2007) sostienen que el estilo de vida es el medio de contacto directo con agentes patógenos y nocivos e indirectamente el fumar, consumir alcohol, la forma de alimentarse o el nivel de actividad física producen cambios en el organismo que pueden afectar la salud. Otro estudio relacionado señaló que los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad, en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto maduro (Barrón, Ojeda, & Vera, 2006).

Nola Pender señala que el estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza, a lo largo de la vida, y que se proyecta directamente en la salud. Asimismo, refiere que ‘hay que promover la vida saludable ya que es primordial antes que los cuidados porque, de ese modo, hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora el futuro’ (Cadena, 2011).

Arrivillaga, Salazar, & Correa (2010) refieren que estilo de vida incluye conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones del individuo para mantener o mejorar su salud. Por otro lado, Morales (1999) define a los estilos de vida como el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consis-

tente y mantenida en su vida cotidiana, y que puede ser pertinente para el mantenimiento de la salud o que lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad.

La OMS – OPS (2007) señala que los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de una persona. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud considera que los estilos de vida saludables son componentes importantes de intervención para la promoción de la salud. “La salud se crea y se vive en la vida cotidiana, siendo el resultado de los cuidados propios y a los demás, sumado a la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, asegurando que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”. De los conceptos expuestos podemos afirmar que los estilos de vida se definen en base a la forma cómo cada uno decide vivir, realizando las cosas que decidimos hacer.

Las definiciones de nivel socioeconómico son diversas, dependiendo del contexto o lugar en el que sean medidos. Vera y Vera (2013) refiere que el estatus o nivel socioeconómico (NSE) es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y la posición económica y social individual o familiar, en relación a otras personas. Además, es un indicador importante en todo estudio demográfico. La Real Academia Española (2014) señala al nivel como el grado o altura que alcanzan ciertos aspectos de la vida social. De igual manera Larousse (2014) define a socioeconómico como las relaciones económicas y sociales de una colectividad. El nivel socioeconómico de una persona u hogar no se define a partir de sus ingresos, sino en función a un grupo de variables (definidas a partir de estudios realizados por la APEIM). Las variables consideradas para construir un índice de niveles socioeconómico (NSE) consideran las siguientes características: jefe del hogar, que comprende el nivel educativo, seguro de salud e ingresos familiares mensuales entre el N° de miembros del hogar y la vivienda, entre ellos la tenencia de artefactos, personas por habitación, tipo de vivienda y de piso.

La teoría de Dorothea Orem se publicó por primera vez en 1971. Define al autocuidado como una actividad aprendida por la persona y orientada hacia un objetivo. Por lo tanto, es una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y bienestar. Existen varias clases de autocuidados, derivados de las necesidades básicas del individuo como

el alimento, el descanso, el oxígeno, etc., los asociados al proceso de desarrollo de la niñez, embarazo, vejez, etc. y los derivados del estado de salud (Instituto Catalán de Salud, 2002). Asimismo, Bertman, Snyder, Koziar y Erb (2008) sostienen que Dorothea Orem señala que el autocuidado incluye tres conceptos relacionados: autocuidados, déficit de autocuidados y sistemas de enfermería. El concepto de autocuidado se refiere a aquellas actividades que realiza un individuo independientemente a lo largo de su vida para promover el bienestar personal. La mayoría de los adultos cuidan de sí mismos, mientras que los lactantes y las personas debilitadas por la enfermedad o discapacidad necesitan ayuda en sus actividades de autocuidado. Por otro lado, Piña et al (2004) refieren que Dorothea Orem considera al ser humano biológico, psicológico y en interacción con su medio con la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás.

Con relación a la función de enfermería, este modelo busca actuar de modo complementario en relación a las personas, familias y comunidades en la realización de los autocuidados, manteniendo el equilibrio entre las habilidades de cuidarse y las necesidades del autocuidado. El objetivo del modelo de Orem es que el individuo sea capaz de llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Por todo lo expuesto, el objetivo del presente trabajo es determinar la asociación entre el nivel socioeconómico y el estilo de vida de los adultos intermedios de la Asociación de Viviendas del "Vallecito" de la Era. Lurigancho – Chosica, Lima – Perú.

Método

El presente trabajo de investigación es de diseño no experimental, de corte transversal y de alcance correlacional. Según el informe del diagnóstico situacional de dicha comunidad la población total del 5to sector y Vallecito es de 330 adultos, de los cuales participaron 100 adultos intermedios entre 25 y 54 años, escogidos mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó el cuestionario sobre estilo de vida de Contreras (2012), el que fue elaborado en base al Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida de Nola Pender (1996) y el cuestionario sobre Prácticas y Actitudes de Arrivillaga, Salazar y Correa (2010).

El cuestionario consta de 61 ítems, los cuales considerarán las 8 conductas de estilo de vida (dimensiones). Las opciones de respuestas por cada ítem se midieron a través de la escala de Likert: nunca, a veces, frecuentemente y siempre. Con una puntuación de 1 a 4, donde 1 corresponde "nunca" y 4 "siempre". El cuestionario fue validado por juicio de expertos.

Posteriormente se realizó el análisis factorial exploratorio con ítems de cada una de las dimensiones, utilizando como método de estimación los componentes principales y el método de rotación varimax para 8 números fijos de factores, encontrando una medida de adecuación muestral de Keiser – Meyer – Olkin de .522 y la prueba de esfericidad de Baslett, con valores 3121.034 (df=1830; p=.000), mostrando que es posible reducir los ítems a dimensiones mediante el análisis factorial. La confiabilidad del instrumento se evaluó a través de la prueba de alfa de Cronbach, arrojando un coeficiente total de .877 quedando expedito para ser aplicado a la muestra.

El Cuestionario de Niveles Socioeconómicos ha sido elaborado teniendo en cuenta los indicadores utilizados en la fórmula de NSE por la APEIM, en base a los ítems de la Encuesta Nacional a los Hogares (ENAH) que realiza el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Las autoras de esta investigación han elaborado una tabla de puntajes en base al marco teórico, el cual servirá de referencia para otros trabajos de investigación.

El cuestionario tiene como objetivo medir el Nivel Socioeconómico (NSE) de una determinada población, teniendo en cuenta las siguientes categorías: alto, medio, bajo/inferior y marginal (Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados, 2005). Consta de quince preguntas que se dividen en tres ítems a desarrollar: datos generales (1, 2, 3); características del jefe del hogar (4, 5, 6); características del hogar (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15). Se realizó la prueba de correlación Tau-b de Kendall, ya que ambas variables del estudio son ordinales y presentan una distribución de la población anormal, según la prueba de distribución normal o distribución de Gauss.

Resultados

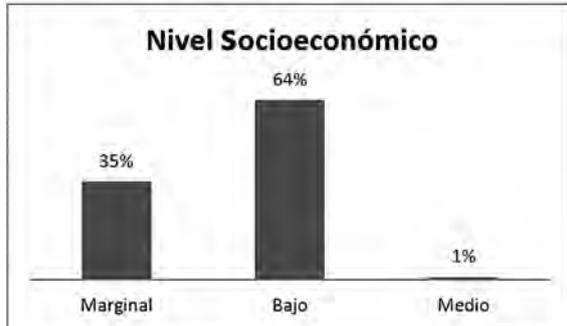


Figura 1. Nivel socioeconómico de los pobladores del “Vallecito”, Lima.

En la figura 1 se observa que, en la muestra estudiada, la mayor parte de la población pertenece al NSE bajo con un 64%, seguido de un 35% de nivel marginal y solo un 1% pertenece al NSE medio.

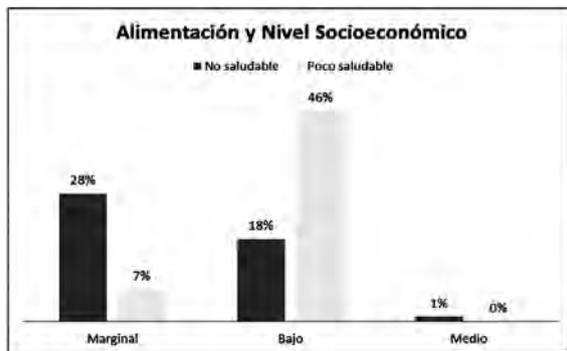


Figura 2. Nivel socioeconómico asociado al estilo de vida en la dimensión de alimentación de los pobladores del Vallecito, Lima.

En la figura 2 se observa que el 53% de la población total mantiene un estilo de vida poco saludable, de los cuales el 46% pertenece al nivel bajo y el 7% al nivel marginal. No se encontró participantes con estilo de vida saludable.

Tabla 1

Prueba de Tau-b de Kendall – Nivel socioeconómico y estilo de vida: dimensión de alimentación.

	Valor	P
Tau-b de Kendall	.459	.000
N casos válidos	100	

En la tabla 1 se observa que existe asociación entre el puntaje total de nivel socioeconómico y estilo de vida en la dimensión de alimentación, siendo la $p < 0.05$ (.000).



Figura 3. Nivel socioeconómico asociado al estilo de vida en la dimensión de actividad física de los pobladores del Vallecito, Lima.

En la figura 3 se muestra que el 31% de los participantes del NSE bajo tienen un estilo de vida no saludable, asimismo el 30% es poco saludable y solo un 3% saludable. Por otro lado, el nivel marginal presentó un estilo de vida no saludable (26%).

Tabla 2

Prueba de Tau-b de Kendall – Nivel socioeconómico y estilo de vida: dimensión de actividad física.

	Valor	P
Tau-b de Kendall	.269	.003
N casos válidos	100	

En la tabla 2 el análisis correlacional mostró que existe asociación entre el NSE y estilo de vida en la dimensión de actividad física, siendo la $p < 0.05$ (.003).

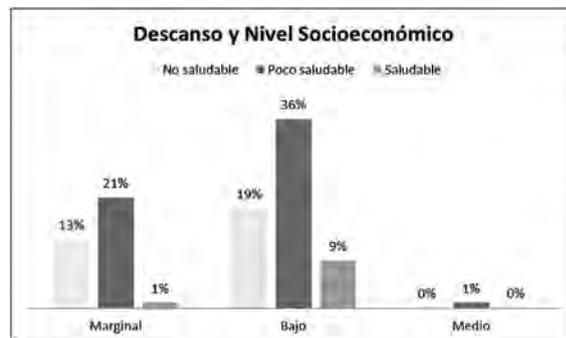


Figura 4. Nivel socioeconómico asociado al estilo de vida en la dimensión de descanso de los pobladores del Vallecito, Lima.

En la figura 4 se observa que la mayoría de la población posee un estilo de vida poco saludable (58%) de los cuales el 36% pertenece al NSE bajo, seguido del 21% perteneciente al NSE marginal. A su vez el 9% del nivel socioeconómico bajo presenta un estilo de vida saludable.

Tabla 3

Prueba de Tau-b de Kendall – Nivel socioeconómico y estilo de vida: dimensión descanso

	Valor	P
Tau-b de Kendall	,135	,133
N de casos válidos	100	

En la tabla 3, en relación al análisis correlacional, se encontró que no existe asociación entre el puntaje total de NSE y estilo de vida en la dimensión de descanso, siendo la $p > 0.05$ (.133).

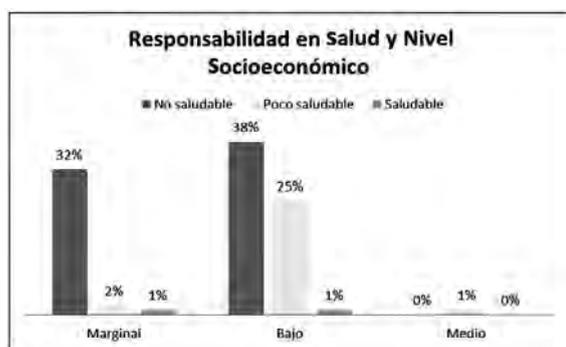


Figura 5. Nivel socioeconómico asociado al estilo de vida en la dimensión de responsabilidad en salud de los pobladores del Vallecito, Lima.

En la figura 5 se observa que el 38% de los participantes que pertenecen al NSE bajo tienen un estilo de vida no saludable, seguido de un 32% del NSE marginal. Por otro lado, los participantes con un estilo de vida poco saludable representan al 28% de la población, de los cuales el 25% pertenece al NSE bajo y el 2% al NSE marginal.

Tabla 4

Prueba de Tau-b de Kendall – Nivel socioeconómico y estilo de vida: dimensión de responsabilidad en salud.

	Valor	P
Tau-b de Kendall	,340	,000
N de casos válidos	100	

En la tabla 4, respecto al análisis correlacional, se encontró que existe asociación entre el puntaje NSE y estilo de vida en la dimensión de responsabilidad en salud, siendo la $p < 0.05$ (.000).

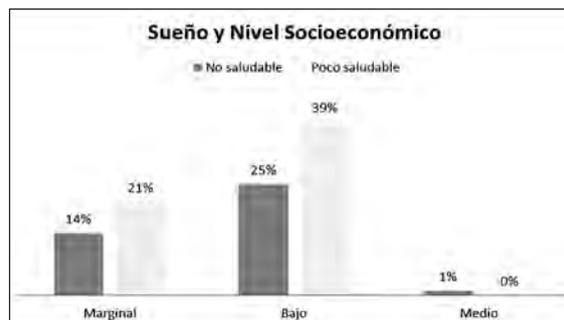


Figura 6. Nivel socioeconómico asociado al estilo de vida en la dimensión de sueño de los pobladores del Vallecito, Lima.

En la figura 6 la mayor parte de la población (60%) tiene un estilo de vida poco saludable, siendo que el 39% pertenece al NSE bajo, seguido de un 21% del NSE marginal. Mientras que el 40% de la población total presenta un estilo de vida no saludable, de los cuales el 25% corresponde al NSE bajo y el 14% del nivel marginal.

Tabla 5

Prueba de Tau-b de Kendall – Nivel socioeconómico y estilo de vida: dimensión de sueño.

	Valor	p
Tau-b de Kendall	-,016	,870
N casos válidos	100	

En la tabla 5 el análisis correlacional muestra que no existe asociación entre el puntaje de NSE y estilo de vida en la dimensión de sueño, siendo la $p > 0.05$ (.870).

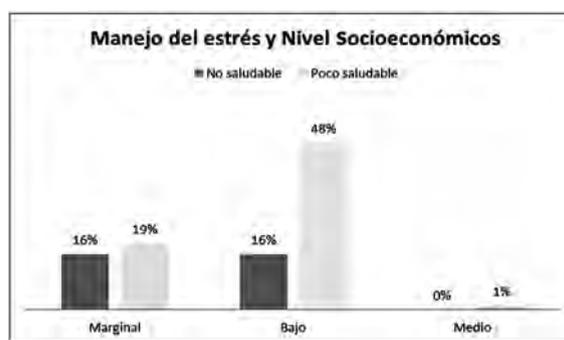


Figura 7. Nivel socioeconómico asociado al estilo de vida en la dimensión de manejo del estrés de los pobladores del Vallecito, Lima.

En la figura 7 se muestra que el 48% de los participantes del NSE bajo tienen un estilo de vida poco saludable en la dimensión del manejo del estrés, seguido de un 19% del NSE marginal.

Tabla 6

Prueba de Tau-b de Kendall – Nivel socioeconómico y estilo de vida: dimensión de manejo de estrés.

	Valor	p
Tau-b de Kendall	,220	,030
N casos válidos	100	

En la tabla 6, respecto al análisis correlacional, se encontró que existe asociación entre el puntaje total de NSE y estilo de vida en la dimensión de manejo de estrés, siendo la $p < 0.05$ (.030)

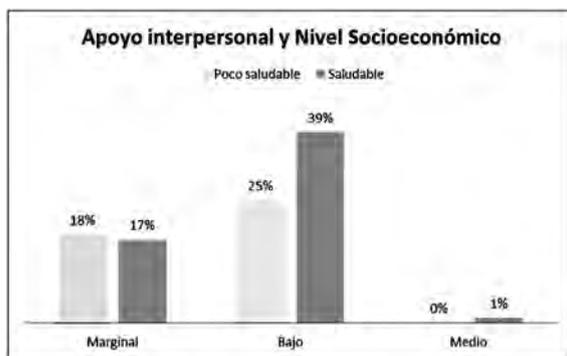


Figura 8. Nivel socioeconómico asociado al estilo de vida en la dimensión de apoyo interpersonal de los pobladores del Vallecito, Lima.

En la figura 8 se evidencia que el 57% de la población total presenta un estilo de vida saludable en la dimensión de apoyo interpersonal, de los cuales el 39% pertenece al NSE bajo y el 17% al NSE marginal. Asimismo, el 25% tiene un estilo de vida poco saludable y es del NSE bajo.

Tabla 7

Prueba de Tau-b de Kendall – Nivel socioeconómico y estilo de vida: dimensión de apoyo interpersonal.

	Valor	p
Tau-b de Kendall	,134	,117
N casos válidos	100	

En la tabla 7 se observa que no existe asociación entre el puntaje de NSE y estilo de vida en la dimensión de apoyo interpersonal, siendo la $p > 0.05$ (.117).

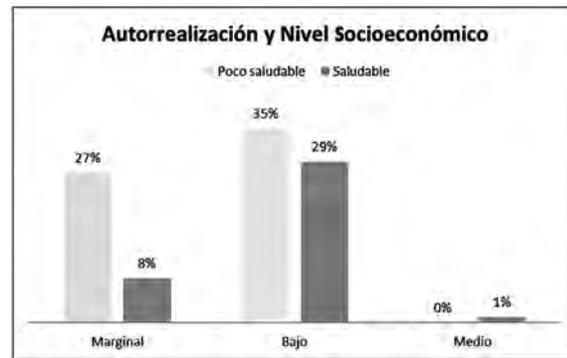


Figura 9. Nivel socioeconómico asociado al estilo de vida en la dimensión de autorrealización de los pobladores del Vallecito, Lima.

La figura 9 muestra que el 35% de los participantes del NSE bajo tienen un estilo de vida poco saludable en la dimensión de actualización, seguido de un 27% del NSE marginal. Asimismo, en el estilo de vida saludable, el mayor porcentaje corresponde a los participantes de NSE bajo (29%) y el 8% al NSE marginal.

Tabla 8

Prueba de Tau-b de Kendall – Nivel socioeconómico y estilo de vida: dimensión de autorrealización

	Valor	P
Tau-b de Kendall	,241	,010
N casos válidos	100	

En la tabla 8, respecto al análisis correlacional, se encontró que sí existe asociación entre el puntaje total de NSE y estilo de vida en la dimensión de autorrealización, siendo la $p > 0.05$ (.010).

Discusión

El estilo de vida es un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud. Asimismo, refiere que hay que promover la vida saludable, ya que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora el futuro (Raile, 2011). Por otro lado, Guerrero y León (2010) entienden por estilo de vida el modo de vivir “estar en el mundo”, expresado en el comportamiento, las costumbres y también moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales. Cid, Merino E., y Stiepovich B. (2006) realizaron un estudio sobre factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de la salud,

donde identificaron que los factores personales que se relacionaban con el estilo de vida eran sexo, edad, acceso a salud, ocupación, estado de salud percibida, autoeficacia y autoestima. Mientras que las variables escolaridad, religión, estado marital e ingresos no tuvieron relación en este estudio.

A pesar de la suficiente información científica, sobre estilos de vida, no se encontró una asociación entre el estilo de vida y los NSE. Sin embargo, Darias (2011) investigó sobre los determinantes socioeconómicos y la salud, donde encontró que el género y el sexo, constructos sociales, determinan diferencias en los determinantes de la salud. Asimismo, a medida que desciende el nivel educativo y actividad económica, los hombres y mujeres presentan mayor riesgo de consumo de alcohol y presenta a la educación como un factor importante en la adopción de una vida sana. Por otro lado, Blaxter (1990) manifiesta que existe una asociación entre el nivel educativo y los comportamientos de salud, por lo que las personas con mayor educación y mejores calificaciones desarrollan conductas orientadas a mejorar su salud, lo que se refleja en una dieta adecuada, menos fumadores y mayor práctica de ejercicio físico. Del mismo modo, Siegrist (2000) refiere que los grupos sociales más desventajados poseen mayor inseguridad laboral, presentan más separaciones y divorcios, fuman más, comen inadecuadamente y realizan menos ejercicio físico. Todas estas diferencias de salud entre estratos sociales se denominan "Desigualdades sociales en salud" y pueden definirse como "diferencias en salud injustas producidas socialmente y de forma sistemática en su distribución a través de la población" (Dahlgren, G.; Whitehead, 2006).

Los resultados de este estudio demuestran que existe una asociación significativa en todas las dimensiones del estilo de vida saludable con el NSE, excepto en las dimensiones de descanso con una $p=.133$, sueño con una $p=.870$ y apoyo interpersonal con una $p=.117$, corroborando así la hipótesis de investigación. Si bien es cierto, el ingreso económico es una variable que puede modificarse con el paso del tiempo y que a su vez puede influir en el resto de variables socioeconómicas (tenencias de artefactos, características de la vivienda, etc.), no es suficiente para modificar inmediatamente el estilo de vida.

El nivel socioeconómico representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida. En México el NSE se mide a través de la regla Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mer-

cado y Opinión Pública (AMAI) 10X6. Esta regla es un índice que clasifica a los hogares en seis niveles, considerando nueve características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto (AMAI, 2011). De la misma forma, la APEIM (2013) refiere que el NSE de una persona u hogar no se define a partir de sus ingresos sino en función a un grupo de variables. Asimismo, la AMAI considera que el Nivel Socioeconómico está determinado por el bienestar del hogar y no necesariamente significa un nivel de ingreso, un estilo de vida o un estatus social (AMAI, 2011). Un estudio sobre niveles socioeconómicos señala que en el Perú solo uno de cada tres peruanos corresponde a los NSE A, B y C. En la población urbana es algo más de la mitad y en el ámbito rural solo uno de cada 10. A excepción de Lima, en las otras cuatro macrorregiones (Norte, Centro, Sur y Selva) los NSE D y E representan más del 70% de la población de hogares (IPSOS, 2007). El mismo estudio también menciona que alrededor del 55% de hogares del Perú vive en ciudades con más de 20 mil habitantes. En esta población, un tercio de los hogares es de nivel socioeconómico (NSE) C, es decir, tiene un ingreso familiar promedio de 1,300 soles mensuales y destina el 46% de este para la alimentación. Otro tercio es de NSE D, con 850 soles mensuales como ingreso familiar y el 54% lo usan en la alimentación. El ingreso familiar en un hogar limeño es 40% superior al de un hogar promedio del resto de grandes ciudades. Del 2003 a la fecha, la brecha entre el ingreso declarado y el ingreso necesario para vivir se ha reducido a la mitad. (IPSOS, 2007). Los resultados del presente estudio muestran que la mayor parte de la población pertenece al NSE bajo y al NSE marginal y solo un 1% pertenece al NSE.

La alimentación saludable favorece un buen estado de salud y disminuye el riesgo de enfermedades crónicas, por lo que debe contener la cantidad necesaria de nutrientes. Una alimentación saludable es la que permite el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de la salud (Calañas-Continente & Bellido, 2006). Asimismo, Calderón, Moreno, Rojas y Barboza (2005) identificaron que, así como la pobreza limita la capacidad de la compra de alimentos, también los hábitos inadecuados de alimentación, la falta de conocimientos e información son factores importantes que afectan el consumo de una dieta adecuada y saludable. Del mismo modo, Calañas-Continente y Bellido, (2006) afirman que las necesidades alimentarias se ven influenciadas por factores como el sexo, edad, estado fisiológico, composición corporal, la actividad física y las características específicas de cada indivi-

duo. Esta afirmación concuerda con los resultados de este estudio, donde se consideró el ingreso económico y el nivel educativo como parte de los indicadores para determinar los NSE. Encontrándose, así una asociación significativa entre el NSE y la dimensión de alimentación con una $p=.000$. Siendo que un poco más de la mitad de los participantes presentan una alimentación poco saludable, de los cuales la mayor parte es del NSE bajo, cabe resaltar que no se encontró participantes con alimentación saludable. En este sentido, el INEI (2014) estableció a nivel nacional un monto mínimo de 155 N.S por persona, como costo promedio mensual para suplir la Canasta Básica Alimentaria, la cual está en base a los 110 productos de mayor consumo obtenidos a partir de la ENAHO, distribuyéndose en 103 productos alimenticios consumidos dentro del hogar y 7 fuera del hogar. Lo que implica que, en un hogar con cinco personas, el costo mensual de la canasta será de 755 N.S. Teniendo en cuenta un porcentaje significativo de los participantes de este estudio tiene un ingreso económico que oscila entre los 420 N.S. y 840 N.S., además la mayoría de las familias están compuesta entre 4 y 7 miembros, los recursos podrían ser insuficientes para suplir la Canasta Básica Alimentaria (CBA), principalmente en los niveles socioeconómicos bajo y marginal, lo que se evidenció en una alimentación poco o nada saludable. Resultados que son concordantes con una investigación realizada por Del Ángel-Pérez y Villagómez-Cortés (2014). Donde estudiaron 120 hogares marginales con el objetivo de presentar un panorama de la calidad de la dieta en hogares de colonias populares de Veracruz-Boca del Río, encontrándose carencias de tipo alimentario en el 10% de la muestra, debido a que el ingreso económico no les permitía obtener una canasta básica alimentaria y en el 28% de los hogares, con características de pobreza, el ingreso era insuficiente para adquirir la canasta alimentaria y cubrir los gastos de salud y educación. Asimismo, Calderón, Moreno, Rojas y Barboz (2005) señalaron que la falta de acceso a los alimentos es uno de los determinantes de la inseguridad alimentaria en la población peruana, los bajos ingresos y los elevados precios, así como la falta de empleo, influyen sobre la capacidad de compra de los pobres, llevándolos a consumir alimentos con menor contenido nutricional. A pesar de que existe suficiente información científica que relaciona el bajo ingreso económico con una alimentación poco o nada saludable, este no es el único factor determinante, por lo que el acceso a alimentos de calidad o el poseer una dieta saludable no puede solucionarse solo incrementando los ingresos de la población.

La actividad física es considerada como uno de los factores que interviene en el estado de salud de las personas y, a su vez, es la principal estrategia en la prevención de la obesidad (Vélez, Vidarte, Sandoval, & Alfonso, 2011) que implica acciones y movimientos incluyéndose actividades de la vida diaria (Organización Panamericana de la Salud, 2007). Asimismo, existen factores que se relacionan con la práctica de actividad física, los cuales fueron identificados en un estudio realizado por Rodríguez (2013) donde encontraron la mayor educación formal, el mayor ingreso económico y el vivir en zonas urbanas se relacionan positivamente con la práctica de actividad física regular y con el tiempo dedicada a la misma. Pero una jornada laboral extensa, lapsos más amplios de transporte y el contar con pareja sentimental, llevan a una menor demanda de tiempo de AF y, asimismo, la tendencia de AF se reduce conforme la persona alcanza la edad de la jubilación. Los resultados, en la dimensión de actividad física, muestran que la mayor parte de los participantes que tienen un estilo de vida no saludable pertenecen a los NSE bajo y marginal. Asimismo, el NSE bajo presenta, en menor proporción, un estilo poco saludable y saludable, encontrándose así una asociación estadísticamente significativa con una $p=.003$. Un estudio similar, realizado por Rodríguez (2013), identificó que un aumento de mil pesos en el ingreso mensual implica un incremento de casi 1.2 minutos de AF semanal y un aumento de 0.0044% de probabilidad, cada año adicional de educación formal implica un aumento de 5.3 minutos de AF semanal y un 2.1% más de probabilidad de ser una persona físicamente activa y residir en una zona urbana significa una media de 10.3 minutos más de AF por semana y una probabilidad de 3.8 mayor de realizarla. Del mismo modo, un estudio sobre niveles de actividad física y desigualdades por sexo y condición socioeconómica, realizado por González, Sarmiento, Lozano, Ramírez y Grijalba (2014) mostró diferencias en los resultados en adultas de sexo femenino, en el ítem de “realiza actividad física en su tiempo libre”, con el 23,2 % de desigualdad entre el nivel del Sisbén más bajo y el más alto. En el ítem de “camina como medio de transporte”, se observó solo el 2,1% de la desigualdad entre niveles. Mientras que el sexo masculino presentó un 10.9% de desigualdad, en el ítem de actividad física en tiempo libre, entre el nivel del Sisbén más bajo y el más alto. Los niveles de Sisbén se utilizaron para determinar los NSE, siendo 1 el más bajo y 6 el nivel más alto. Por otro lado, este estudio identificó que existe un porcentaje significativo de participantes que no han completado la educación básica, lo que podría estar relacionado

con los insuficientes conocimientos sobre la importancia de la práctica de actividad física. En un estudio sobre las dimensiones del ocio en zonas rurales, se encontró que la práctica de actividad física tiene connotaciones diferentes en relación a zonas urbanizadas. Lo que puede estar condicionado por la oferta y servicios existentes en dichas poblaciones, en su mayoría, casi despobladas de equipamientos (Rebollo, 2003). Concluyendo que la práctica saludable de actividad física está asociada con el nivel socioeconómico de los participantes; sin embargo, este no es el único factor predisponente, siendo que la edad, sexo y el lugar de residencia también pueden relacionarse indirectamente con esta dimensión. Indicadores que no han sido tomados en cuenta para determinar el nivel socioeconómico.

El descanso, considerado también como tiempo de ocio, es el período donde el individuo está libre de obligaciones profesionales, familiares y sociales, con un fin satisfactorio en sí mismo (García-Cueto & Cerro, 1990), libre de ocupaciones obligatorias, tales como trabajo e incluso el cuidado propio o dormir (Moreira, 2013). En la dimensión de descanso, los resultados muestran que, por lo general, los participantes poseen un estilo de vida 'poco saludable' siendo mayor en el NSE bajo, asimismo, estos presentan un mayor porcentaje en la categoría 'no saludable', con respecto al NSE marginal. Por lo que no se observan diferencias considerables con el NSE, evidenciándose así que no existe asociación significativa con un $p=.133$. Rebollo (2003) realizó un estudio sobre dimensiones del ocio en sociedades rurales. Donde analizó las características del ocio, tiempo libre y el deporte. Se identificó los siguientes factores que se relacionan al tiempo de ocio: edad, estado civil, situación laboral. Encontrando que los participantes que dispone de más tiempo para las actividades de ocio son los niños y personas mayores de 70 años; los viudos, separados y divorciados; los que no trabajan y dejaron de trabajar. Donde las actividades practicadas que más destacan, en este medio rural, son: ver televisión, escuchar radio y leer, estar con los amigos, pareja y familia. Con respecto a la situación laboral, Zamora y Cruz (2011) identificaron, en un grupo de conductores de carga, que tenían bajo nivel educativo y condiciones de trabajo con jornadas laborales no establecidas; que sus espacios de descanso se veían afectados, ya que dependían de sus horarios de trabajo, los cuales son muy reducidos. Sin embargo, las exigencias laborales a las que se somete todo individuo pueden afectar la disponibilidad de tiempo para el descanso, sin diferencias significativas entre los

NSE. Cabe resaltar que los ítems, incluidos en esta dimensión, están más orientados a la separación de un tiempo para el descanso que en sí a las actividades de ocio o descanso a ser ejecutadas. Por lo que son de fácil cumplimiento para la población en general y no implican costos económicos para ser realizadas. Es por ello que muy independientemente del NSE al que pertenezca el individuo este puede separar un tiempo para el descanso. Asimismo, García-Cueto y Cerro, (1990) afirman que las actividades realizadas en el tiempo de ocio y los lugares escogidos por un individuo parecen estar relacionados más con las características personales y sociales del propio sujeto. Esto lo afirma en la investigación que realizaron sobre características individuales y tipo de ocio, donde se encontró que en un grupo de varones mayores de 20 años, económicamente independientes, cuya preferencia se basaba en un tipo de ocio nocturno, caro y tranquilo. Por lo que el ingreso económico de los participantes estaría asociado con la elección de las actividades durante el tiempo de descanso, mas no al tiempo dedicado a este.

La salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida (Mejía, Sánchez, & Tamayo, 2007). Los resultados de la investigación muestran que los participantes del NSE bajo, por lo general, tienen un estilo de vida no saludable y en proporciones similares un estilo de vida 'poco saludable', mostrando que la insuficiente práctica saludable en la responsabilidad de salud estaría asociado en el NSE bajo y marginal con una $p=.000$. Resultados similares fueron encontrados por Martínez S. y Leal F (2005) cuyo objetivo fue examinar el cuidado de la salud de la población urbana en condiciones de pobreza. Donde identificó que las limitaciones que existen para tener acceso a bienes y servicios (alimentación, vestido, vivienda, escuela, transporte, etc.), al igual que las escasas posibilidades para el cuidado de su salud (medidas de higiene personal, de los alimentos, de la vivienda y del ambiente) tienen influencia en la salud de la población con bajo nivel de ingreso económico. De igual modo, otro estudio realizado por Gonzáles (2012) sobre el análisis de las conductas de salud de la población, inmigrante latinoamericana adulta de la ciudad de Sevilla, señala que el 68% de la muestra había ido alguna vez al médico. Asimismo, Martínez S. y Leal F. (2005) señalan que los hogares, con menor nivel de ingreso económico, suelen recurrir con menor frecuencia a la atención médica que los que tienen mayores ingresos. Unos de los indicadores de responsabilidad en

la salud es la automedicación, que es la Federación Farmacéutica Internacional y la Industria Mundial de la Automedicación Responsable ha definido como ‘el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de las personas’ (Escobar & Pico, 2013). La cual forma parte de los comportamientos de autocuidado y se considera como un comportamiento de riesgo para la salud (Kregar & Filinger, 2005). En este estudio se encontró que la mayoría de los participantes refieren que “frecuentemente se automedicaban”. Estos resultados son similares al estudio de González I. (2014), donde encontró que, por lo general, las personas del NSE bajo son las que más recurren a la automedicación.

Los resultados del estudio muestran que, en la población estudiada, no existe una asociación entre el nivel socioeconómico y la dimensión de sueño del estilo de vida con una $p = .870$. En la dimensión de sueño, el mayor porcentaje de participantes, que tienen un estilo de vida poco saludable, pertenecen al nivel socioeconómico bajo, mientras que los que tienen un estilo de vida “no saludable” corresponden, en menor porcentaje, al NSE y marginal. Lezcano, Vieto, Morán, Donadío, y Carbonó (2014) definen al sueño como un estado fisiológico y cíclico que aparece cada 24 horas, alternándose con la vigilia. En esta investigación, la mayoría de los participantes refirieron que frecuentemente duermen al menos 7 horas. Aunque la distribución promedio de horas necesarias para un adecuado estado de vigilia, se han descrito entre 7 y 9 horas (Lezcano, Vieto, Morán, Donadío, & Carbonó, 2014). Esto concuerda con la investigación realizada por Dávila (2010) quien refiere que dormir menos de 6 horas aumenta notablemente el riesgo de padecer enfermedades. Afirmando esta investigación, Allan Hobson, director del laboratorio de neurofisiología de la Escuela de Medicina de Harvard, sostiene que la falta de horas de sueño puede predisponer a la aparición de enfermedades, tales como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad o pérdida de memoria (Miró, Iáñez, & Cano - Lozano, 2002). La falta de asociación en esta dimensión, donde se encontró que un porcentaje significativo de los participantes refieren que a veces duermen 7 horas, podría estar relacionado con el insomnio, el exceso de trabajo nocturno, el estrés, bienestar psicológico entre otros (Martínez S. & Leal F., 2005). Al respecto, Lezcano, Vieto, Morán, Donadío, y Carbonó (2014) refieren que las personas con trabajos nocturnos o aquellas que permanecen despiertas, por largos períodos, son personas susceptibles a sufrir déficit de sueño (Escobar y otros, 2008). Estas investigaciones resultan concordantes con la situación de

la población estudiada, ya que, en su mayoría, estos trabajan en horarios nocturnos y ven afectado las horas de sueño. De la misma forma que el trabajo nocturno, el estrés genera déficit de sueño, esto debido a la poca capacidad para afrontar los sucesos de la vida, físicos y/o psicológicos, así lo manifiesta Del Río Portilla (2006). Otro factor que influye en la cantidad son las dificultades de bienestar psicológico. En este estudio, los participantes del nivel socioeconómico bajo refirieron que frecuentemente “tratan de olvidar sus problemas a la hora de dormir”, mientras que el nivel socioeconómico marginal a veces lo hace. La cantidad necesaria de sueño, en el ser humano, está condicionada por factores que dependen del organismo, del ambiente y del comportamiento (Miró, Cano-Lozano, & Buela-Casal, 2005). Cabe resaltar que el mayor porcentaje de los participantes refirieron que “a veces le cuesta trabajo quedarse dormido”. La Organización Mundial de la Salud revela que el 10% de la población refiere síntomas de insomnio (Edinger & Means, 2005). Cañones, Aizpiri, Barbado, Fernández y Estrella (2003) revelan que alrededor del 35% de la población ha presentado, en algún momento de su vida, una alteración del sueño (insomnio u otros), siendo la población adulta prevalente en un rango entre 4% y 50%. Un estudio similar refirió que, en la población general adulta, existe una prevalencia entre 15% y 35% (Rosales, Egoavil, La Cruz, & De Castro, 2007).

El estrés constituye una condición a la que todos los seres humanos se ven expuestos en algún momento o circunstancia de su vida (Hernández, Ehrenzweing, & Navarro, 2009). Esta investigación muestra que el mayor porcentaje de los participantes que pertenecen a los niveles socioeconómicos bajo - marginal tienen un estilo de vida “poco saludable”. Asimismo, existe asociación entre el nivel socioeconómico y la dimensión de manejo de estrés del estilo de vida con un $p = .030$. El estrato social es uno de los factores donde influyen en el estrés. El modelo psicosocial hace referencia al efecto psicológico que causa la experiencia estresante de trabajar y vivir en una posición social desfavorable (Theorell, Berkman, & Kawachi, 1999). Esto lo afirma Rojas (2011) en un estudio sobre pobreza y estrés psicológico en Latinoamérica, donde muestra el estigma que implica ser pobre. El estrés psicológico que sufren las personas, en condiciones de pobreza en los países latinoamericanos, determina que el bajo ingreso perjudica el bienestar psicológico. La angustia psicológica de las personas que viven con menos de 2,5\$ diarios (nivel socioeconómico bajo - marginal) es más alta que los individuos que

conforman el nivel socioeconómico medio - alto (De la Torre, 2012). En estudios realizados, en países en vías de desarrollo, se encontró que la salud psicológica de las poblaciones se ve afectada debido a la baja situación económica, según lo señalan (Anand & Lee, 2011). El trauma del estrés padecido al principio de la vida deja un impacto indeleble: incluso cuando se consigue ser rico, la mente y el cuerpo seguirán escuchando el eco estresante de la pobreza (Punset, 2006).

Los resultados del estudio muestran que, en la población estudiada, no existe asociación entre el nivel socioeconómico y la dimensión de apoyo interpersonal del estilo de vida con una $p = .117$. Siendo que la mayor parte de la población presenta un estilo de vida saludable y pertenecen al NSE bajo y marginal. Herriko (2011) manifiesta que el apoyo interpersonal es una necesidad para el ser humano. Existe una serie de factores que influyen en las relaciones interpersonales. Las más importantes son la personalidad, las funciones cognitivas, el deseo y el estado afectivo. A continuación, los datos encontrados en esta investigación señalaron que el mayor porcentaje de la población total presenta un estilo de vida saludable, siendo el nivel bajo el más alto de ellos. Además, se encontró porcentajes de similares proporciones en el estilo de vida poco saludable, por lo que no se observan datos relevantes.

Diversos estudios han mostrado que los sujetos, que perciben altos niveles de apoyo interpersonal, tienen un alto autoconcepto, un estilo de afrontamiento más adecuado ante el estrés, una mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo, así como una mejor salud en general (Palomar & Cienfuegos, 2007). Sin embargo, no se encontraron estudios similares, se considera la necesidad de profundizar investigaciones para clarificar la existencia de asociación.

Los resultados del estudio se muestran que en la población estudiada existe una asociación entre el nivel socioeconómico y la dimensión de autorrealización del estilo de vida con una $p = .010$. La autorrealización se ha considerado, por lo general, como tendencia básica de la vida humana consistente en la mayor realización posible de las potencialidades únicas de la persona, de todo aquello que puede lograr (Bernal, 2002). Al respecto, Maslow menciona la existencia de una jerarquía de necesidades (fisiológicas, seguridad, aceptación social, autoestima). Aunque se satisfagan estas necesidades, las personas continúan sintiéndose frustradas o incompletas a menos que experimenten

la autoactualización (autorrealización). Es decir, que aprendan a explotar sus talentos y capacidades. La forma que adopta esta necesidad varía de una persona a otra (Roger, 1991). Maslow (citado por Boltvinik, 2003) menciona que existe el deseo de la persona por crecer y desarrollar su potencial al máximo, satisfacer sus necesidades y lograr la autorrealización.

La asociación que se encontró, en esta dimensión, refleja que el mayor porcentaje de los participantes tienen un estilo de vida "poco saludable" y pertenecen al NSE marginal. Mientras que el nivel socioeconómico bajo presenta un estilo de vida "saludable". Al respecto Moreno (citado por Dörr, 2005) realizó una investigación en la que tuvo como objetivo analizar de las diferencias en los niveles de autovaloración en personas de los niveles socioeconómicos alto, medio y bajo, encontrando que existían diferencias estadísticas considerables en el nivel de autoestima de los distintos estratos socioeconómicos tomados en su conjunto. Donde los puntajes más altos correspondieron al nivel socioeconómico alto, y los más bajos al nivel socioeconómico bajo. El proceso para alcanzar la autorrealización no es un camino fácil. Por el contrario, es una meta muy exigente que demanda tener plena conciencia y habilidades analíticas (Alva, 2013).

Conclusiones

El estudio muestra que existe asociación significativa entre nivel socioeconómico y estilo de vida (en cinco de las ocho dimensiones) de los participantes del "Vallecito". Se rechazó las hipótesis de las dimensiones de sueño y apoyo interpersonal asociadas al nivel socioeconómico. La mayor parte de los participantes entre 25 y 54 años del "Vallecito" pertenecen al nivel socioeconómico bajo. Por lo general, los participantes que presentan una alimentación poco saludable pertenecen a los NSE bajo. En la dimensión de actividad física, se encontró que la mayor parte de los participantes que tienen un estilo de vida no saludable pertenecen a los NSE bajo y marginal, encontrándose asociación significativa con el NSE. El descanso no está asociado al NSE, ya que los participantes del NSE bajo presentan un mayor porcentaje en la categoría de 'poco saludable' y 'no saludable'. Por lo general, los participantes del NSE bajo y marginal tienen un estilo de vida no saludable en la dimensión de responsabilidad en salud, evidenciándose una asociación significativa. Los participantes que tienen un estilo de vida poco saludable, en la dimensión de sueño, por lo general pertenecen al NSE bajo, mientras que

los que tienen un estilo de vida “no saludable” corresponden, en menor porcentaje, al NSE y marginal. Encontrándose que no existe asociación significativa. El manejo de estrés de los participantes, que pertenecen a los NSE bajo - marginal, por lo general es “poco saludable” evidenciando que existe una asociación significativa. No existe asociación significativa entre la dimensión de apoyo interpersonal y el NSE. Siendo que la mayor parte de la población presenta un estilo de vida saludable y pertenecen al NSE bajo y marginal. Finalmente, en la dimensión de autorrealización se encontró que existe asociación con el nivel socioeconómico, ya que en el NSE bajo la mayoría de los participantes tienen, en proporciones similares, un estilo de vida ‘poco saludable’ y ‘saludable’.

Referencias

- Alva, G. (2013). *El camino hacia la autorrealización*. *L-BEL*, 4(2), 3-5. Recuperado de: http://www.lbel.com/COM_imgCom/Articulos/ArticuloLBEL_Autorrealizacion.pdf.
- Anand, P., & Lee, S. (2011). *The economic psychology of poverty*. doi: 10.1016/j.joep.2011.01.001.
- Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública. (2011). *Niveles socioeconómicos*. Recuperado de: http://www.iiisociales.com.mx/intranetiis/webIIS/DatosArticulo.aspx?Id_Articulo=1.
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados. *Niveles socioeconómicos*. (2013). Lima: APEIM. Recuperado de: <http://apeim.com.pe/niveles.php>.
- Bernal, A. (2002). El concepto de “autorrealización” como identidad personal. Una revisión crítica. *Revista de Ciencias de la Educación*, 2(16), 11-24. Recuperado de: http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/16/art_1.pdf.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. doi: 113498927X, 9781134989270.
- Boltvinik, J. (2003). Conceptos y medición de la pobreza. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 9(38), 9-25. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11203801.pdf>.
- Calañas-Contiente, A., & Bellido, D. (2006). Bases científicas de una alimentación saludable. *Revista de Medicina*, 50(4), 7-14. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2212712>.
- Calderón, M., Moreno, C., Rojas, C., & Barboza, J. (2005). Consumo de alimentos según condición de pobreza en mujeres peruanas en edad fértil y niños menores de 12 a 35 meses de edad. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 22(1), 19 - 25. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342005000100004&script=sci_arttext.
- Cañones, J., Aizpiri, J., Barbado, J., Fernández, A., & Estrella, F. (2003). Trastornos del sueño. *Revista de Medicina General y de Familia*(59), 681-690. Recuperado de: http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_59/pdf/681-690.pdf.
- Chávez, J. (19 de Febrero de 2014). *Nivel socioeconómico en los hogares peruanos*. (Perú21, Entrevistador) Recuperado de: <http://peru21.pe/opinion/mas-hogares-suben-nivel-socioeconomico-2170681>.
- Cid, P., Merino E., J. M., & Stjepovich B., J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*, 134(12), 1491-1499. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n12/art01.pdf>.
- Contreras, F. (2012). *Principales conductas de estilo de vida asociadas a la salud mental de los docentes de la Universidad Peruana Unión*. Lima: Universidad Nacional de Federico Villareal.
- Dahlgren, G.; Whitehead, M. *Levelling up: A discussion paper on european strategies for tackling social inequities in health*. (2006). Copenhagen: World Health Organization: Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf.
- Darias, S. (2011). *Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular*. (Tesis de doctorado, Universidad de la Laguna). Recuperado de <ftp://media.bbtk.ull.es/ccssyhum/cs242.pdf>.
- Dávila, J. (2010). Sobre el sueño (y su necesidad). *Encuentros en la Biología*, 3(131), 67-69. Recuperado de: <http://www.encuentros.uma.es/encuentros131/dormir.pdf>.
- De la Torre, J. (2012). Pobreza y Estrés desde la economía del comportamiento. *Ecorfan Journal*, 3(7), 783-800. Recuperado de: <http://www.ecorfan.org/pdf/economia7.pdf>.
- Del Ángel-Pérez, A. L., & Villagómez-Cortés, J. A. (julio - diciembre de 2014). Alimentación, salud y pobreza en áreas marginadas urbanas: caso Veracruz-Boca del Río. *Estudios Sociales*, 12(44), 9-35. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-45572014000200001&script=sci_arttext.

- Del Río Portilla, I. (2006). Estrés y Sueño. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 1(7), 15-20. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2006/rmn061d.pdf>.
- Díaz, V. (2006). Metodología de la investigación científica y bioestadística: para médicos, odontólogos y estudiantes de ciencias de la salud. doi: 9562844854, 9789562844857.
- Edinger, J., & Means, M. (2005). Overview of insomnia: Definitions, epidemiology, differential diagnosis and assessment. En M. Kryger, T. Roth, & W. Dement, *Principles and practice of sleep medicine* (págs. 700-713). Recuperado de: <http://www.us.elsevierhealth.com/sleep-medicine/principles-and-practice-of-sleep-medicine-expert-consult/9781437707311/>. New York, USA: Elsevier Saunders.
- Escobar, M., & Pico, M. (2013). Autocuidado de la salud en Jóvenes universitarios, Manizales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(2), 178-186. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028113003.pdf>.
- García-Cueto, E., & Cerro, V. (1990). Características individuales y tipo de ocio. *Facultad de Psicología*, 2(2), 173-177. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72702208>.
- González, I. (2014). *La importancia de dormir bien*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/ciencia/2014/importancia-dormir-bien-84677.html>.
- González, J. R. (2012). *Análisis de las conductas de salud de la población inmigrante latinoamericana adulta de la ciudad de Sevilla*. Sevilla, España: (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla). Recuperado de <http://fondos-digitales.us.es/tesis/tesis/1856/analisis-de-las-conductas-de-salud-de-la-poblacion-inmigrante-latinoamericana-adulta-de-la-ciudad-de-sevilla/#description>.
- González, S., Sarmiento, O., Lozano, Ó., Ramírez, A., & Grijalba, C. (2014). Niveles de actividad física de la población colombiana: desigualdades por sexo y condición socioeconómica. *Revista Biomédica*, 34(3), 447-459. Recuperado de: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2258>.
- Guerrero, L. R., & León, A. R. (2010). Estilo de vida y salud. 48, 13-19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>.
- Hernández, E., Armayones, M., Boixadós, M., Pousada, M., Guillamón, N., & Gómez, B. (2009). *Salud y Red*. Barcelona. doi, España: 8497888200, 9788497888202.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. Mexico DF: McGraw Hill.
- Herriko, E. (2011). *Las relaciones interpersonales*. Vizcaya: Universidad del País Vasco. Obtenido de <http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburuak/relacion/1.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la pobreza monetaria en el Perú al 2013. (2014). Lima: INEI. Recuperado de: http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/evolucion_de_la_pobreza_2013.pdf.
- Instituto Nacional de Estadística e Investigación. Características de los hogares y la población. (2012). Lima: INEI. Recuperado de: <http://proyectos.inei.gob.pe/ends/2012/cap01.pdf>.
- IPSOS. Niveles socioeconómicos en el Perú. (2007). Recuperado de: http://www.ipsos.pe/sites/default/files/marketing_data/MKT_Data_NSE_Peru_2007.pdf.
- Itassen, K., & Tansom, R. A. (2000). *Psicología del desarrollo: Adultes y Vejez*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kregar, G., & Filinger, E. (2005). ¿Qué se entiende por automedicación? *Acta Farm. Bonaerense*, 24(1), 130-133. Recuperado de: http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_6_2_5ROG2AU4L2.pdf.
- Lezcano, H., Vieto, Y., Morán, J., Donadio, F., & Carbonó, A. (2014). Características del sueño y su calidad en estudiantes de medicina de la Universidad de Panamá. *Revista Médico Científica*, 1(27), 3-11. Recuperado de: http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/viewFile/386/pdf_65.
- Martínez S., C., & Leal F., G. (2005). El cuidado de la salud de la población urbana en condiciones de pobreza. *Papeles de Población*, 11(43), 149 - 165. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11204308.pdf>.
- Mejía, A., Sánchez, A., & Tamayo, J. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquía, Colombia. *Revista en Salud Pública*, 9(1), 26-38. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n1/v9n1a05.pdf>.
- Miró, E., Cano- Lozano, M., & Buela- Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401401>.
- Moreira, L. (2013). *Ocio y Salud Mental: Estudio cualitativo de la evolución del ciclo vital de personas atendidas en Unidad de Hospitalización Breve*. (Tesis de licenciatura, Universidad da Coruña). Coruña. Recuperado de: http://ruc.udc.es/bitstream/2183/11549/2/MoreiraSouto_Leticia_TFG_2013.pdf.

- Moreno. (2005). *Estudio comparativo de autoconcepto en niños de diferente nivel socioeconómico*. En A. Dórr. (Tesis de maestría, Universidad de Chile): Recuperado de: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/dorr_a/sources/dorr_a.pdf.
- Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Protocolo de vida saludables y educación física en la escuela* (Vol. 8). Cali, Colombia: Escuelas Saludables.
- Organización Panamericana de la Salud. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. (2012). Washington DC: OPS. Recuperado de: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>.
- Palomar, J., & Cienfuegos, Y. I. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 1-12. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902007000200008&script=sci_arttext.
- Punset, E. (2006). ¿Hay relación entre estrés y pobreza? *Revista XLSemanal*, 58. Recuperado de: <http://www.eduardpunset.es/1507/punset-en-los-medios/punset-escribe/hay-relacion-entre-estres-y-pobreza>. Obtenido de <http://www.eduardpunset.es/wp-content/uploads/2008/09/semanal20061119.pdf>
- Raile, M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. doi: 8480867167, 9788480867160.
- Rebollo, S. (2003). Las dimensiones del ocio en las sociedades rurales. *Revista Motricidad*, 10, 191-206. Recuperado de: <http://revistamotricidad.es/openjs/index.php?journal=motricidad&page=article&op=view&path%5B%5D=97>.
- Rodríguez, R. C. (2013). Determinantes de la actividad física en México. *Estudios Sociales: Revista de Investigación Científica*, 21(41), 185-209. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-45572013000100008&script=sci_arttext.
- Roger, F. (1991). *Abraham Maslow y la psicología transpersonal*. doi: 8472451372, 9788472451377.
- Rojas, M. (2011). Poverty and psychological distress in Latin American. *Journal of Economic Psychology*(32), 206-217. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167487010000218>.
- Rosales, E., Egoavil, M., La Cruz, C., & De Castro, J. R. (2007). Somnolencia y calidad del sueño en estudiantes de medicina de una universidad peruana. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(2), 150-158. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832007000200007&script=sci_arttext.
- Siegrist, J. (2000). Place, social exchange and health: Proposed sociological framework. *Social Science & Medicine*, 51, 1283-1293. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600000927>.
- Theorell, T. c., Berkman, F., & Kawachi, I. (1999). Health and the psychosocial environment at work. *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, 105-131. Recuperado de: <http://www.macses.ucsf.edu/research/socialenviron/worksoc.php>.
- Vélez, C., Vidarte, J. A., Sandoval, C., & Alfonso, M. L. (enero-junio de 2011). Actividad física: Estrategia de promoción de la salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 202-218. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772011000100015&script=sci_arttext.
- World Health Organization. *Enfermedades no transmisibles y salud mental*. (2011). Ginebra: WHO. Recuperado de: <http://www.who.int/nmh/es/>. Recuperado el 30 de Octubre de 2014
- Zamora, M., & Cruz, A. (2011). El papel del tiempo libre en la salud de un grupo de conductores de carga. *Revista Salud de los Trabajadores*, 19(1), 47 - 56. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-01382011000100005&script=sci_arttext.