IDEOs
Centro de Investigación
y Producción Científica

IMPACTO DEL ESTILO DE VIDA EN LA SALUD



Jessy Gonzales Pérez, Luz Karen Quintanilla Morales, Alicia Bartra Reátegui, Pedro Vargas Rodríguez, Jasmany Corimayta Gutierrez, María Elena Farro Roque, Keller Sánchez Dávila, Kterine Ríos Lozano, María de los Ángeles Llamo Barboza, Julia Paola Hernández-Celis Vallejos, Domingo Hernandez Celis

Impacto del estilo de vida en la salud

Editor

IDEOs
Centro de Investigación
y Producción Científica

Impacto del estilo de vida en la salud

Jessy Gonzales Pérez, Luz Karen Quintanilla Morales, Alicia Bartra Reátegui, Pedro Vargas Rodríguez, Jasmany Corimayta Gutierrez, María Elena Farro Roque, Keller Sánchez Dávila, Kterine Ríos Lozano, María de los Ángeles Llamo Barboza, Julia Paola Hernández Celis Vallejos, Domingo Hernández Celis

Editado por

CENTRO DE INVESTIGACIÓN & PRODUCCIÓN CIENTÍFICA IDEOS E.I.R.L

Dirección: Calle Teruel 292, Miraflores, Lima, Perú.

RUC: 20606452153

Primera edición digital, Noviembre 2026

Libro electrónico disponible en www.tecnohumanismo.online

ISBN: 978-612-5166-96-8

Registro de Depósito legal N°: 2026-15572

ISBN 978-612-5166-96-8

9 786125 166968

CC BY

Jessy Gonzales Pérez

https://orcid.org/0000-0002-2081-7056

jgonzalesperez@unsm.edu.pe

Maestra en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

Médico Cirujano

Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú

Luz Karen Quintanilla Morales

https://orcid.org/0000-0003-4951-2296

lquintanilla@unsm.edu.pe

Doctora en Ciencias de la Enfermería

Lic. Enfermería

Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú

Alicia Bartra Reátegui

https://orcid.org/0000-0003-2425-9220

abartra@unsm.edu.pe

Doctora en Gestión Universitaria

Química Farmacéutica

Universidad Nacional de San Martin, Tarapoto – Perú

Pedro Vargas Rodríguez

https://orcid.org/0000-0002-8398-4468

pvargas@unsm.edu.pe

Maestro en Investigación y Docencia

Obstetra

Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú

Jasmany Corimayta Gutierrez

https://orcid.org/0009-0001-3415-4281

jcorimayta@unsm.edu.pe

Maestro en Urgencias y Emergencias Médicas

Médico cirujano (especialidad en Neurocirugía)

Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú

María Elena Farro Roque

https://orcid.org/0000-0001-5163-786X

mefarro@unsm.edu.pe

Doctora en Gestión Universitaria

Licenciada en Nutrición

(Especialista en Nutrición Clínica con mención en Nutrición Oncológica)

Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú

Keller Sánchez Dávila

https://orcid.org/0000-0003-3911-3806

ksanchezd@unsm.edu.pe

Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad

Obstetra

Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú

Kterine Ríos Lozano

https://orcid.org/0000-0002-0671-8844

krios@unsm.edu.pe

Maestra Gestión de los servicios de salud

Licenciada en Enfermería

Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú

María de los Ángeles Llamo Barboza

https://orcid.org/0000-0003-4111-7056

llamomaria833@gmail.com

Estudiante de Medicina Humana de quinto año

Universidad Nacional de San Martín, Tarapoto – Perú

Julia Paola Hernández Celis Vallejos

https://orcid.org/0000-0001-6221-7422

julita.261290@gmail.com

Contadora Pública

Maestra en Finanzas

Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima – Perú

Domingo Hernández Celis

https://orcid.org/0000-0002-9759-4436

dhernández@unfv.edu.pe

Contador Público

Maestro en Auditoría Contable y Financiera

Doctor en Contabilidad}

Doctor en Economía

Doctor en Administración

Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima – Perú

ÍNDICE

RESEÑA 7

INTRODUCCIÓN 9

CAPÍTULO I 12

1.1. Referentes teóricos del estilo de vida 14

1.1.1. Enfoques conceptuales y evolución del término. 16

1.1.2. Perspectivas clásicas y modernas (Adler, Lalonde, OMS, Cockerham, etc.). 18

1.1.3. Factores biosocioculturales que configuran los hábitos. 24

1.1.4. Modelos psicológicos y conductuales del estilo de vida saludable. 27

1.1.5. Determinantes sociales y culturales del comportamiento saludable. 33

1.2. Nociones básicas del estilo de vida 38

1.2.1. Conceptualización según la OMS y otros autores. 39

1.2.2. Tipología del estilo de vida: saludable y no saludable. 42

1.2.3. Factores que integran el estilo de vida: 46

1.2.4. Dimensiones fisiológicas y psicosociales. 70

1.2.5. Promoción de estilos de vida saludables: estrategias, programas y políticas públicas. 74

1.2.6. Modelos bíblico-filosóficos de vida saludable (principios de salud en la Biblia, visión adventista y ética del cuidado). 78

CAPÍTULO II 84

2.1. Referentes teóricos sobre la salud 85

2.1.1. Evolución histórica del concepto de salud. 87

2.1.2. Enfoques filosóficos, psicológicos, biológicos y sociales. 89

2.1.3. Definiciones contemporáneas de la OMS y OPS. 92

2.1.4. Enfoques del proceso salud-enfermedad. 96

2.1.5. Determinantes del estado de salud: modelo de Lalonde y perspectivas actuales. 100

2.2. Nociones básicas de la salud 105

2.2.1. Dimensiones de la salud: física, mental, social y espiritual. 106

2.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud. 110

2.2.3. Factores que deterioran la salud (laborales, sociales, ambientales). 114

2.2.4. La salud en la sociedad moderna: bioética, estrés, longevidad y bienestar integral. 117

2.2.5. La interacción entre estilo de vida y estado de salud: evidencia científica reciente..... 121

CAPÍTULO III 127

3.1. Metodología del estudio 128

3.1.1. Tipo y diseño de investigación (correlacional y comparativo)..... 130

3.1.2. Población y muestra (Centro de Influencia y Consultorio Nutrigénesis)... 132

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión. 134

3.1.4. Consideraciones éticas y principios bioéticos. 136

3.1.5. Variables y operacionalización:..... 137

3.1.6. Instrumentos: 140

3.1.7. Validación y confiabilidad de los instrumentos. 144

3.2. Resultados y análisis.....146

3.2.1. Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas..... 147

3.2.2. Resultados descriptivos de variables y dimensiones 154

3.2.3. Análisis inferencial de las variables 161

3.2.4. Hipótesis general 162

3.3. Discusión de resultados frente al marco teórico.....176

3.4. Implicaciones prácticas para la promoción de salud. 180

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES 187

4.1. Conclusiones generales y específicas. 190

4.2. Reflexiones sobre la relación entre estilo de vida, espiritualidad y salud integral. 193

4.3. Aportes teóricos y metodológicos de la investigación. 195

4.4. Recomendaciones para instituciones, profesionales y políticas de salud. 198

4.5. Proyecciones para futuras líneas de investigación. 201

REFERENCIAS 207

RESEÑA

Impacto del estilo de vida en la salud es una obra científica y reflexiva que explora, con rigor y profundidad, la relación entre los hábitos cotidianos y el bienestar integral del ser humano. Basado en un estudio realizado en Tarapoto, Perú, este libro analiza cómo las dimensiones del estilo de vida —alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual— influyen de manera directa y significativa en el estado general de salud de las personas.

A través de un enfoque interdisciplinario que combina la evidencia empírica con fundamentos teóricos de la Organización Mundial de la Salud, la psicología, la sociología y la filosofía cristiana, el autor propone una visión **bio-psico-socio-espiritual** del bienestar. Este enfoque supera los límites del paradigma biomédico tradicional y plantea la salud como una experiencia de equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu.

El libro se estructura bajo la lógica del **"navegante"**, guiando al lector desde una introducción contextualizada sobre la problemática sanitaria global, hasta un marco teórico robusto dividido en dos grandes capítulos: uno dedicado al **estilo de vida** y otro a la **salud**. Posteriormente, el texto presenta un **caso de estudio científico**, sustentado en metodologías validadas (Cuestionario Integral de Estilo de Vida de Huapaya, 2016, y SF-36 de Salud General), cuyos resultados revelan una correlación significativa entre los hábitos personales y el bienestar percibido.

Más allá de los datos y las tablas, esta obra destaca por su **profundo contenido humanista y espiritual**. El autor integra la dimensión teológica y bíblica del cuidado de la vida, reconociendo que la salud no es solo un derecho, sino también una responsabilidad moral y una expresión de gratitud hacia el Creador. En esta línea, el libro propone una filosofía del vivir saludable como una forma de adoración y servicio.

El texto concluye con **reflexiones finales, aportes teóricos y metodológicos, recomendaciones prácticas y proyecciones para futuras investigaciones**, constituyéndose en un valioso referente para profesionales de la salud, educadores, líderes comunitarios y estudiantes interesados en la promoción de la salud integral.

Impacto del estilo de vida en la salud invita a repensar la forma en que vivimos, trabajamos, sentimos y creemos. Es una obra que une ciencia y espiritualidad, teoría y práctica, razón y fe, ofreciendo al lector no solo conocimiento, sino también inspiración para vivir con propósito, equilibrio y esperanza.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el mundo ha sido testigo de un alarmante deterioro de la salud poblacional como consecuencia de transformaciones profundas en los modos de vida. Los avances tecnológicos, el ritmo acelerado de la modernidad, la industrialización de los alimentos y los nuevos patrones de consumo han generado estilos de vida cada vez más alejados de los principios de equilibrio físico, mental y espiritual. Este cambio global ha traído consigo un incremento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles, que hoy representan más del sesenta por ciento de las muertes en el planeta. El cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y los trastornos metabólicos se han convertido en los mayores desafíos de la salud pública, no solo por su impacto en la mortalidad, sino también por las secuelas físicas, psicológicas y sociales que producen.

A nivel mundial, estas enfermedades afectan por igual a hombres y mujeres de todas las edades y condiciones económicas, pero golpean con mayor fuerza a las poblaciones de ingresos medios y bajos. En el contexto latinoamericano, la situación se agrava debido a la escasa cultura preventiva y a la limitada accesibilidad a los servicios de salud. El Perú no es ajeno a esta realidad: cada año se diagnostican decenas de miles de nuevos casos de cáncer y otras enfermedades crónicas, muchas de las cuales podrían evitarse mediante hábitos saludables. Los estilos de vida inadecuados —marcados por el sedentarismo, las dietas desequilibradas, el consumo de tabaco y alcohol, y la falta de descanso y autocuidado— han ido desplazando progresivamente los patrones de vida activos, naturales y socialmente integradores que caracterizaban a generaciones anteriores.

La vida moderna ha modificado los comportamientos cotidianos hasta el punto de alterar la percepción del bienestar. Las largas jornadas laborales, la saturación informativa, las tensiones emocionales y la desestructuración del entorno familiar contribuyen a debilitar la salud integral de las personas. Sin embargo, junto a estos desafíos emergen nuevas oportunidades para repensar el papel del individuo en el cuidado de su propia salud. Adoptar un estilo de vida saludable se convierte, en este contexto, no solo en una elección personal, sino en un compromiso ético y social con uno mismo y con la comunidad.

Las enfermedades crónicas no transmisibles tienen una relación directa con los hábitos y conductas aprendidas. Diversos estudios demuestran que más de un tercio de estos padecimientos podrían prevenirse si la población adoptara prácticas saludables sostenidas en el tiempo. Esto implica revalorar la alimentación natural, el ejercicio físico regular, el descanso reparador, la moderación en el consumo de sustancias nocivas y la promoción de la salud mental y espiritual. En el fondo, la salud no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que abarca un estado de bienestar integral que equilibra cuerpo, mente y espíritu.

El propósito central de este libro es profundizar en la comprensión del vínculo entre el estilo de vida y el estado de salud, partiendo de una mirada científica y a la vez humanista. Su contenido se sustenta en una investigación realizada en la ciudad de Tarapoto, Perú, en el año 2018, donde se analizó la relación entre ambas variables en tres grupos distintos: participantes de centros de influencia adventistas y no adventistas, y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis. A partir de los resultados obtenidos, se busca ofrecer una reflexión crítica y constructiva sobre los desafíos actuales de la promoción de la salud en contextos comunitarios.

La relevancia de abordar esta temática se justifica en varios niveles. Desde el plano teórico, permite consolidar un cuerpo de conocimientos interdisciplinarios que integran la medicina preventiva, la psicología, la nutrición y la espiritualidad como dimensiones complementarias del bienestar humano. En el aspecto social, la investigación revela realidades que pueden orientar a las familias, instituciones educativas y religiosas hacia la adopción de estilos de vida más saludables y sostenibles. En el campo metodológico, constituye un aporte valioso al validar instrumentos de medición aplicables en contextos latinoamericanos, considerando las particularidades culturales y ambientales de la región amazónica. Finalmente, desde la perspectiva institucional, los hallazgos ofrecen insumos prácticos para que los centros de salud y organizaciones comunitarias diseñen programas de promoción del bienestar basados en evidencia.

El alcance del presente libro trasciende los límites de un estudio local. Aunque el caso analizado corresponde a Tarapoto, las conclusiones reflejan patrones universales que pueden replicarse en distintos entornos sociales. La investigación se centra en

adultos mayores de edad pertenecientes a comunidades religiosas y civiles, buscando establecer una correlación entre los hábitos cotidianos y la percepción de salud física y mental. No se pretende generalizar los resultados a toda la población, sino más bien ofrecer un punto de partida para reflexionar sobre cómo las decisiones personales repercuten en el equilibrio integral del ser humano.

Desde un enfoque analítico y propositivo, este trabajo invita a reconocer que la salud es el reflejo acumulativo de cada elección diaria. A través de la interacción entre ciencia, ética y espiritualidad, se propone recuperar el sentido original del bienestar como expresión de vida plena. El mensaje esencial que atraviesa todo el libro es que la prevención, la educación para la salud y la adopción consciente de un estilo de vida equilibrado son las herramientas más poderosas para alcanzar una existencia con propósito, vitalidad y esperanza.

CAPÍTULO I

EL ESTILO DE VIDA: FUNDAMENTOS, DIMENSIONES Y ENFOQUES CONTEMPORÁNEOS

El concepto de *estilo de vida* se ha consolidado en las últimas décadas como un eje central para comprender el bienestar humano. En una época marcada por la aceleración tecnológica, la globalización y los cambios sociales vertiginosos, las formas en que las personas viven, se alimentan, trabajan, descansan y se relacionan con su entorno determinan en gran medida su salud y su calidad de vida. Así, el estilo de vida no solo constituye un conjunto de costumbres o hábitos personales, sino un sistema de comportamientos aprendidos, influenciados por la cultura, el entorno social, la educación, la economía y las creencias individuales.

Comprender el estilo de vida implica ir más allá de los aspectos visibles del comportamiento cotidiano. Supone analizar la estructura de valores, decisiones y significados que dan forma a la existencia diaria. Cada persona expresa a través de su estilo de vida una forma particular de responder al mundo: cómo administra su tiempo, cómo se alimenta, cómo se vincula con los demás, cómo enfrenta el estrés o cómo cultiva su espiritualidad. En este sentido, el estilo de vida se convierte en un reflejo de la interacción entre la biología, la psicología y la sociedad, donde el individuo ejerce una responsabilidad activa en la construcción de su propio bienestar.

Desde una perspectiva científica, los estudios de la Organización Mundial de la Salud y de numerosos investigadores han demostrado que los estilos de vida inadecuados son la causa principal de las enfermedades crónicas que afectan a la población mundial. La inactividad física, la mala alimentación, el consumo excesivo de sustancias dañinas y el descuido de la salud mental son factores que, combinados, deterioran progresivamente el equilibrio corporal y emocional. Sin embargo, esta misma evidencia confirma que adoptar un estilo de vida saludable puede prevenir más del 30%

de las enfermedades más comunes de la actualidad, prolongando la longevidad y mejorando la calidad de vida.

El estilo de vida saludable, por tanto, no puede considerarse un privilegio, sino una necesidad vital. Implica asumir hábitos conscientes, sostenibles y coherentes con el propósito de alcanzar el bienestar integral. Esto abarca tanto las dimensiones fisiológicas —como la alimentación equilibrada, la actividad física, el descanso y la temperancia— como las dimensiones psicosociales y espirituales —como la estabilidad emocional, la salud mental y la esperanza espiritual—. Cada una de estas áreas influye de manera significativa en el mantenimiento de la salud y en la capacidad del ser humano para disfrutar de una vida plena y funcional.

En el ámbito filosófico y ético, el estilo de vida también se asocia a la responsabilidad que cada individuo tiene frente a su propio cuerpo y al entorno en el que vive. Cuidar la salud personal se traduce en cuidar la vida misma, y con ello, en cuidar la vida de los demás. Esta visión integral encuentra sustento en diversas tradiciones culturales y religiosas, especialmente en aquellas que conciben al ser humano como un ser bio-psico-espiritual, cuya armonía depende de la correcta relación entre el cuerpo, la mente y el espíritu.

En el caso particular de la filosofía adventista del estilo de vida, se destaca la conexión entre la fe, la salud y la práctica de principios naturales que promueven el equilibrio integral. Este enfoque considera la salud como un don divino y, al mismo tiempo, como una responsabilidad que exige conocimiento, disciplina y gratitud hacia el Creador. Alimentarse correctamente, descansar, respirar aire puro, beber agua limpia, disfrutar del sol, ejercitar el cuerpo, controlar las emociones y fortalecer la fe constituyen, en conjunto, los pilares de un estilo de vida restaurador y preventivo.

Desde una mirada sociocultural, el estudio del estilo de vida permite comprender la relación entre los hábitos cotidianos y los contextos en los que las personas se desarrollan. Factores como la urbanización, el acceso a la información, las desigualdades económicas y la influencia de los medios de comunicación moldean los comportamientos de salud y generan contrastes entre grupos sociales. En sociedades modernas, muchas veces las exigencias laborales, el estrés y las limitaciones de tiempo

provocan que las personas adopten rutinas poco saludables, priorizando la productividad sobre el bienestar.

Por ello, estudiar el estilo de vida implica no solo describir conductas, sino analizar estructuras sociales y culturales que las sustentan. De este modo, se convierte en una herramienta de diagnóstico y de transformación social. Promover estilos de vida saludables no es únicamente tarea del sistema sanitario, sino de la educación, la familia, las comunidades religiosas y las políticas públicas.

En suma, el estilo de vida constituye el punto de encuentro entre la ciencia, la ética y la espiritualidad. Es una expresión dinámica del modo en que cada ser humano entiende su existencia, orienta sus decisiones y proyecta su salud. Comprender sus fundamentos y dimensiones es esencial para avanzar hacia una sociedad más consciente, equilibrada y saludable, donde la prevención y la promoción del bienestar sean pilares de un desarrollo humano integral.

1.1. Referentes teóricos del estilo de vida

El estudio del *estilo de vida* como categoría científica ha evolucionado de manera significativa a lo largo del último siglo. Inicialmente concebido como un concepto de uso común para describir las costumbres o hábitos de las personas, con el tiempo se transformó en un constructo multidimensional que integra factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Su análisis permite comprender cómo las decisiones cotidianas influyen de forma directa en la salud y el bienestar, pero también cómo esas decisiones están condicionadas por el entorno en el que el individuo se desenvuelve.

Desde los primeros aportes teóricos de Alfred Adler, quien a inicios del siglo XX introdujo el término *lifestyle* en la psicología individual para referirse al patrón de conducta que guía la vida de cada persona, el concepto ha experimentado una profunda expansión. Posteriormente, distintas disciplinas como la sociología, la medicina preventiva y la salud pública lo adoptaron para explicar las diferencias en el estado de salud entre grupos sociales, reconociendo que el modo en que se vive —y no solo las condiciones biológicas o económicas— es un determinante crucial del bienestar.

A mediados del siglo XX, el Informe Lalonde (1974) marcó un punto de inflexión al proponer un modelo integral de los determinantes de la salud, donde el *estilo de vida* aparecía junto con la biología humana, el ambiente y los servicios de salud como uno de los cuatro factores fundamentales. Este planteamiento abrió paso a una nueva visión de la medicina y de la salud pública, centrada no solo en la atención de la enfermedad, sino en la prevención y la promoción del autocuidado. Desde entonces, la conducta personal se entiende como un componente dinámico que puede modificar significativamente el curso de la salud de un individuo o de una población.

En las décadas siguientes, autores como Cockerham, Pender, Becoña y otros especialistas en ciencias del comportamiento aportaron marcos teóricos que vinculan el estilo de vida con los modelos de comportamiento de salud. Estos modelos sugieren que las conductas saludables no surgen de manera espontánea, sino que son el resultado de la interacción entre la motivación personal, las creencias, las percepciones de riesgo y el contexto sociocultural. De este modo, los hábitos de alimentación, la práctica de ejercicio, el descanso, la recreación o la espiritualidad se conciben como expresiones de una red compleja de decisiones y aprendizajes adquiridos a lo largo de la vida.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud ha reforzado la idea de que los estilos de vida son conductas aprendidas, modificables y determinantes en la aparición de las enfermedades no transmisibles. Este enfoque ha transformado la perspectiva de los sistemas sanitarios contemporáneos, que ahora promueven políticas de *empoderamiento individual* y *responsabilidad compartida* en el mantenimiento de la salud. En este contexto, la educación para la salud y la promoción de entornos saludables son estrategias esenciales para alcanzar un desarrollo humano sostenible.

Los referentes teóricos del estilo de vida, por tanto, no solo aportan definiciones conceptuales, sino que también proporcionan una base metodológica y ética para comprender el modo en que las personas deciden vivir. Cada marco teórico —ya sea desde la psicología, la sociología o la salud pública— coincide en un principio esencial: el ser humano posee la capacidad de transformar sus hábitos y, con ello, su calidad de vida. Analizar estas perspectivas permite integrar la dimensión científica del comportamiento con la dimensión moral y espiritual del ser humano, otorgando al concepto de estilo de vida un sentido verdaderamente integral.

1.1.1. Enfoques conceptuales y evolución del término.

El concepto de *estilo de vida* ha experimentado una notable evolución desde sus primeras formulaciones en el ámbito de la psicología hasta convertirse en una categoría fundamental dentro de la salud pública y las ciencias sociales. En su sentido más amplio, el término se refiere al **conjunto de comportamientos, actitudes y hábitos que caracterizan la forma en que las personas viven**, influyendo directamente en su bienestar físico, mental y social. Estos comportamientos son resultado de una interacción compleja entre los factores individuales, familiares, culturales y ambientales que moldean la existencia cotidiana de cada ser humano.

Históricamente, el término se origina en el pensamiento psicológico de **Alfred Adler (1929)**, quien introdujo la noción de *Lebensstil* para designar el patrón coherente de conducta mediante el cual el individuo enfrenta los desafíos de la vida. Para Adler, el estilo de vida es una manifestación del sentido subjetivo que cada persona atribuye a su existencia, influenciado por las experiencias tempranas y las metas personales. De esta forma, el estilo de vida no se limita a los actos observables, sino que constituye una expresión del modo en que el sujeto interpreta el mundo y se relaciona con él.

En el campo sociológico, el concepto adquirió una dimensión colectiva con **Max Weber (1904)**, quien lo vinculó a las prácticas sociales que distinguen a los grupos dentro de una estructura económica y cultural. Desde esta perspectiva, el estilo de vida no solo refleja decisiones personales, sino también las condiciones materiales y simbólicas que definen la pertenencia a un determinado grupo o clase. Posteriormente, **Pierre Bourdieu (1979)** profundizó esta idea al definir los estilos de vida como expresiones del *habitus*, es decir, de las disposiciones aprendidas que orientan las preferencias, gustos y modos de actuar en la vida cotidiana.

Ya en la segunda mitad del siglo XX, el concepto fue adoptado por la **salud pública** para explicar las diferencias en los niveles de bienestar y mortalidad entre poblaciones. El **Informe Lalonde (1974)**, elaborado por el gobierno de Canadá, marcó un hito al identificar el *estilo de vida* como uno de los cuatro determinantes principales de la salud, junto con la biología humana, el medio ambiente y los servicios de salud. Según este modelo, “el estilo de vida se refiere a las decisiones que toma el individuo y

que afectan su salud, sobre las cuales tiene cierto grado de control" (Lalonde, 1974, citado en Bennassar, 2011). Este enfoque transformó la visión biomédica tradicional, centrada en la enfermedad, hacia un modelo preventivo basado en la conducta y la responsabilidad personal.

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)**, el estilo de vida puede entenderse como "una manera de vivir basada en patrones de conducta identificables, determinados por la interacción entre las características personales, las relaciones sociales y las condiciones socioeconómicas y ambientales". Esta definición amplía la comprensión del término, al integrar los aspectos conductuales y sociales que inciden en la salud y al reconocer que no todas las costumbres o prácticas de vida son saludables. La OMS (2016) subraya que un estilo de vida saludable es aquel que favorece el equilibrio físico, mental y social, promoviendo la longevidad y reduciendo el riesgo de enfermedades crónicas.

Autores como **Herrera y Sabogal (2015)** explican que el estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia del sujeto como "un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o grupos informales". En este sentido, la persona tiende a reproducir las prácticas sociales y culturales de su entorno, incorporando rutinas que pueden ser beneficiosas o perjudiciales para su salud. En la misma línea, **Gómez y Rondón (2017)** sostienen que "practicar un estilo de vida saludable es sinónimo de buena salud y de prevención de afecciones", al considerar que cerca del 50% de las enfermedades no son hereditarias, sino consecuencia de hábitos inadecuados.

A nivel conceptual, el estilo de vida ha sido abordado desde diversos **enfoques disciplinares**. El **enfoque psicológico** lo concibe como un patrón individual de conducta motivado por necesidades, percepciones y valores personales. El **enfoque sociológico** lo entiende como el resultado de la interacción entre estructura social y cultura, expresado en los modos de consumo y de comportamiento colectivo. Por su parte, el **enfoque médico y epidemiológico** lo considera un determinante modificable de la salud y la enfermedad, enfatizando su papel en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Finalmente, el **enfoque espiritual o humanista**, especialmente presente en la visión de la **filosofía adventista**, propone una

comprensión integral del ser humano como unidad bio-psico-socio-espiritual, donde la salud se interpreta como armonía entre cuerpo, mente y espíritu (Pinzón, 2013).

De manera complementaria, **White (1945, 1949)** señala que la verdadera salud se alcanza mediante la obediencia a las leyes naturales y divinas, promoviendo un estilo de vida basado en los "remedios naturales": aire puro, luz solar, alimentación saludable, descanso, ejercicio, agua, temperancia y confianza en el poder divino. Este enfoque reconoce que la espiritualidad, lejos de ser un aspecto accesorio, constituye una fuerza motivadora esencial para adoptar y mantener hábitos saludables.

En el ámbito contemporáneo, el estilo de vida es comprendido como un fenómeno **multidimensional y dinámico** que refleja tanto la libertad de elección del individuo como la influencia del contexto social. La modernidad, con sus cambios tecnológicos, económicos y culturales, ha generado transformaciones profundas en los patrones de alimentación, descanso y actividad física, modificando la relación del ser humano con su propio cuerpo. La **OMS (2014)** advierte que la falta de actividad física, las dietas poco saludables y los hábitos de consumo inadecuados representan los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad en el siglo XXI.

En síntesis, la evolución del término *estilo de vida* muestra una transición desde las concepciones psicológicas individuales hacia una visión integral e interdisciplinaria. Hoy se entiende como un conjunto de comportamientos aprendidos que reflejan valores, creencias y condiciones sociales, y que influyen directamente en la calidad de vida y el estado de salud de las personas. Reconocer esta evolución permite comprender que la promoción de estilos de vida saludables no depende únicamente del conocimiento médico, sino de una educación transformadora que fomente la responsabilidad personal, la solidaridad social y el equilibrio espiritual.

1.1.2. Perspectivas clásicas y modernas (Adler, Lalonde, OMS, Cockerham, etc.).

El estudio del *estilo de vida* ha evolucionado a través de múltiples enfoques teóricos que reflejan el cambio de paradigma en la comprensión del ser humano y su relación con la salud. Desde las primeras formulaciones psicológicas del siglo XX hasta las perspectivas sociológicas y médicas contemporáneas, el concepto ha pasado de ser

una noción individual de conducta a un modelo explicativo integral del bienestar humano. Esta evolución ha permitido comprender que la salud no es un fenómeno exclusivamente biológico, sino el resultado de la interacción entre los hábitos, el entorno y los valores que orientan la vida de las personas.

Perspectiva psicológica: Alfred Adler y la génesis del término

El origen conceptual del estilo de vida se remonta al pensamiento del psicólogo austriaco **Alfred Adler (1929)**, fundador de la *psicología individual*. Adler utilizó el término *Lebensstil* —literalmente "estilo de vida"— para describir el patrón de comportamiento que caracteriza la forma particular en que cada individuo enfrenta los desafíos de la existencia. En su teoría, el estilo de vida representa la organización interna de las experiencias, motivaciones y metas que configuran la personalidad. No se trata únicamente de los hábitos observables, sino de una estructura coherente de significados que otorga dirección y propósito a la vida.

Según Adler, el ser humano no está determinado por su herencia biológica ni por sus circunstancias, sino que elige su propio camino mediante un proceso consciente de interpretación y adaptación. El estilo de vida, entonces, constituye una "unidad de pensamiento, sentimiento y acción" que guía la conducta hacia un objetivo final, consciente o inconsciente, de superación personal y contribución social. Desde esta perspectiva, la salud psicológica se alcanza cuando el individuo desarrolla un sentido de comunidad y cooperación, orientando sus hábitos hacia el bienestar propio y colectivo.

Esta visión adleriana tiene una notable vigencia en el pensamiento contemporáneo, ya que introduce una noción fundamental: la conducta humana es un acto intencionado y significativo. Así, la modificación del estilo de vida no se logra solo mediante la imposición de normas externas, sino a través de un proceso interno de cambio en los valores, las creencias y las metas vitales.

Perspectiva sociológica: Max Weber, Pierre Bourdieu y la estructura social del estilo de vida

El campo de la **sociología** amplió la noción de estilo de vida más allá de lo individual, al concebirlo como un fenómeno colectivo determinado por las condiciones

materiales y culturales. **Max Weber (1904)** introdujo el término *Lebensführung* ("conducta de vida") para analizar cómo las diferencias en la posición social y en las creencias religiosas determinan los modos de vivir. En su obra *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, Weber observó que los valores religiosos influyen en las actitudes hacia el trabajo, el consumo y el bienestar, estableciendo patrones de conducta que se transmiten socialmente.

Más adelante, **Pierre Bourdieu (1979)** retomó y profundizó esta línea teórica en *La distinción: crítica social del juicio del gusto*, al definir los estilos de vida como expresiones del *habitus*, entendido como el conjunto de disposiciones adquiridas a través de la socialización. El habitus, según el autor, orienta las preferencias, los gustos y los comportamientos de las personas, de modo que cada grupo social desarrolla prácticas y estilos de vida específicos. Desde esta perspectiva, los estilos de vida se configuran como un reflejo de la estructura social, pero también como una forma de diferenciación simbólica entre clases y culturas.

Este enfoque sociológico permitió comprender que los hábitos relacionados con la salud —como la alimentación, la actividad física o el consumo de sustancias— no son decisiones puramente individuales, sino comportamientos moldeados por las condiciones sociales, económicas y culturales. De este modo, la desigualdad social se expresa también en desigualdades en salud, ya que los estilos de vida dependen del acceso a la educación, los recursos y los valores predominantes en la comunidad.

Perspectiva médica y sanitaria: el modelo de Lalonde y los determinantes de la salud

Una de las contribuciones más decisivas en la evolución del concepto proviene del **modelo de determinantes de la salud** propuesto por **Marc Lalonde (1974)** en Canadá. En su informe *A New Perspective on the Health of Canadians*, Lalonde argumentó que los factores que determinan el estado de salud de las personas no se limitan al sistema sanitario, sino que dependen de cuatro componentes principales: la biología humana, el ambiente, los servicios de salud y el estilo de vida.

El informe definió el *estilo de vida* como "el conjunto de decisiones tomadas por el individuo que afectan su salud y sobre las cuales tiene cierto grado de control" (Lalonde, 1974, citado en Bennassar, 2011). Este planteamiento revolucionó las políticas sanitarias, desplazando el énfasis de la atención curativa hacia la prevención y la promoción de la salud. Según la evidencia presentada, los estilos de vida poco saludables —como el sedentarismo, el tabaquismo o las dietas inadecuadas— explicaban un alto porcentaje de las muertes prematuras.

A partir de este modelo, numerosos países adoptaron estrategias de intervención basadas en la educación sanitaria y la modificación de conductas. El paradigma de Lalonde sentó las bases de la medicina preventiva contemporánea, destacando que la responsabilidad de la salud es compartida entre el individuo y la sociedad, pero que la autonomía personal es un factor determinante en la mejora del bienestar.

Perspectiva institucional y global: la OMS y la salud como estilo de vida

En el marco de la **salud internacional**, la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** desempeñó un papel crucial en la consolidación del estilo de vida como componente esencial del bienestar. Desde 1948, la OMS define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". Esta definición, de carácter holístico, fue ampliada en décadas posteriores para incorporar la dimensión de la conducta.

En su informe de 2014, la OMS afirmó que el estilo de vida es "una manera de vivir basada en diferentes comportamientos individuales, determinados por la interacción entre factores personales, sociales y ambientales". Asimismo, en el documento de 2016 sobre hábitos alimentarios y actividad física, el organismo advierte que la inactividad, el exceso de grasas y azúcares, y el consumo de sustancias nocivas representan los principales riesgos para la salud global. Según sus estimaciones, adoptar un estilo de vida saludable podría reducir en un 43% la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (Antón, Gómez y Rondón, 2017).

La OMS promueve, por tanto, una visión integral que considera que la salud se construye día a día a través de decisiones personales y colectivas. En esta línea, el estilo

de vida saludable se concibe como la combinación de hábitos equilibrados en la alimentación, la actividad física, el descanso, el manejo emocional y la conexión espiritual, elementos que actúan en sinergia para mantener el bienestar.

Perspectiva sociomédica contemporánea: William Cockerham y la teoría estructural del comportamiento

En las últimas décadas, el sociólogo estadounidense **William Cockerham (2005)** ha desarrollado una de las teorías más influyentes sobre el estilo de vida y la salud. Su modelo integra los aportes de la sociología, la epidemiología y la psicología social, proponiendo una síntesis entre estructura social y agencia individual.

Cockerham sostiene que el estilo de vida debe entenderse como "una serie de prácticas de salud que las personas adoptan y mantienen en el contexto de su posición social" (*Health and Lifestyles*, 2005). En su teoría, las decisiones individuales están condicionadas por los recursos económicos, el capital cultural y las oportunidades estructurales. Así, aunque cada individuo posee un margen de libertad para decidir cómo vivir, sus elecciones están influenciadas por las normas sociales, la educación, el trabajo y el ambiente en el que se desenvuelve.

Esta perspectiva aporta una comprensión más realista del comportamiento humano: las personas no siempre eligen estilos de vida poco saludables por falta de información, sino porque las condiciones estructurales limitan sus opciones. Por ello, las políticas de salud deben centrarse no solo en modificar conductas, sino también en crear entornos que favorezcan decisiones saludables.

Perspectiva conductual y preventiva: Becoña, Pender y la promoción de la salud

Desde la **psicología de la salud** y la **medicina preventiva**, diversos autores han desarrollado modelos que vinculan el estilo de vida con la motivación y la percepción del riesgo. **Becoña, Vázquez y Oblitas (2004)** definen las *conductas saludables* como "aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad". En su propuesta, el estilo de vida saludable se

forma a partir de hábitos aprendidos, reforzados por experiencias positivas y sostenidos mediante apoyo social.

De manera similar, **Nola Pender (1982)**, con su *Modelo de Promoción de la Salud*, plantea que los estilos de vida saludables emergen de un proceso de aprendizaje continuo, donde la autoeficacia y la percepción de beneficio determinan la adopción de conductas positivas. En este modelo, la educación para la salud y el fortalecimiento de la motivación personal se convierten en estrategias claves para generar cambios sostenibles.

Perspectiva espiritual y humanista: el enfoque integral del ser humano

Una visión complementaria proviene de los enfoques espirituales, especialmente de la filosofía **adventista del séptimo día**, que concibe al ser humano como una unidad bio-psico-socio-espiritual. Según **White (1945, 1949)**, el bienestar integral se alcanza mediante la armonía con las leyes naturales y divinas, reflejada en la práctica de los llamados "ocho remedios naturales": aire puro, luz solar, alimentación saludable, agua, ejercicio, descanso, temperancia y confianza en el poder divino. Este modelo, conocido también como *enfoque de salud adventista*, ha sido ampliamente estudiado por su impacto positivo en la longevidad y la prevención de enfermedades.

De acuerdo con **Pinzón (2013)**, este paradigma reconoce al ser humano como administrador de su vida y responsable ante Dios de mantener una existencia equilibrada. La salud no es vista solo como un objetivo médico, sino como una forma de adoración y gratitud hacia el Creador. Este enfoque espiritual complementa las visiones científicas al integrar la dimensión moral y trascendental de la salud.

El recorrido histórico y conceptual del término *estilo de vida* evidencia una convergencia entre los distintos enfoques teóricos. La perspectiva psicológica aporta el sentido subjetivo y motivacional; la sociológica, el contexto estructural y cultural; la médica, los determinantes biológicos y preventivos; la conductual, los mecanismos de aprendizaje y cambio; y la espiritual, la dimensión ética y trascendente del bienestar.

En conjunto, estas perspectivas coinciden en un principio esencial: **el estilo de vida es una construcción compleja, dinámica y modificable**, resultado de la

interacción entre el individuo, la sociedad y su entorno. La evolución del concepto refleja el tránsito desde modelos centrados en la enfermedad hacia paradigmas orientados al bienestar integral, donde la salud es entendida como el equilibrio entre cuerpo, mente, conducta y espíritu.

1.1.3. Factores biosocioculturales que configuran los hábitos.

El estilo de vida, entendido como el conjunto de comportamientos cotidianos que moldean la existencia humana, no surge de manera aislada ni espontánea. Se configura progresivamente a través de la interacción entre factores **biológicos, psicológicos, sociales y culturales**, los cuales influyen en las decisiones, las actitudes y las costumbres que determinan la salud y el bienestar. Estos factores, interdependientes entre sí, conforman lo que se denomina una *estructura biosociocultural del comportamiento,* donde cada individuo reproduce, adapta o transforma los hábitos que aprende en su entorno vital.

En primer lugar, los **factores biológicos** constituyen la base natural sobre la que se asientan los comportamientos humanos. La herencia genética, el funcionamiento del sistema nervioso, las hormonas, el metabolismo y la estructura corporal condicionan, en parte, las preferencias y limitaciones del individuo. Sin embargo, la biología no determina por completo el estilo de vida: ofrece un marco de posibilidades dentro del cual la persona ejerce su libertad para decidir. En este sentido, **Herrera y Sabogal (2015)** señalan que el estilo de vida es un "proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o grupos informales", lo que implica que, aunque existan predisposiciones biológicas, los hábitos son esencialmente adquiridos y modificables.

Los **factores psicológicos** desempeñan un papel decisivo en la configuración de los hábitos. Las creencias, emociones, motivaciones y experiencias influyen en la adopción de conductas saludables o de riesgo. La autoestima, el autocontrol, la percepción del bienestar y la resiliencia determinan la forma en que una persona enfrenta las presiones del entorno y las tentaciones de los estilos de vida no saludables. Por ejemplo, las personas con alta percepción de autoeficacia tienden a mantener rutinas de ejercicio y alimentación equilibrada, mientras que quienes experimentan estrés

crónico o depresión suelen presentar hábitos desordenados, como la alimentación compulsiva o el sedentarismo.

Desde la **dimensión social**, el estilo de vida se conforma a partir de las normas, valores y expectativas que la sociedad impone o refuerza. La familia, la escuela, los grupos de pares y los medios de comunicación actúan como agentes socializadores que transmiten modelos de conducta. **Gómez y Rondón (2017)** afirman que "los estilos de vida se aprenden e imitan en el contexto social", y que las personas tienden a reproducir los hábitos de aquellos grupos con los que se identifican. De este modo, los comportamientos saludables o perjudiciales pueden extenderse dentro de una comunidad, convirtiéndose en prácticas culturalmente normalizadas.

La familia, por ejemplo, cumple un rol formativo esencial. Los primeros hábitos alimenticios, de higiene, de descanso y de relación interpersonal se adquieren en el hogar, donde los adultos modelan comportamientos que los niños internalizan como naturales. Un entorno familiar que fomenta la actividad física, la alimentación balanceada y la comunicación afectiva crea bases sólidas para el desarrollo de un estilo de vida saludable. Por el contrario, las dinámicas familiares disfuncionales —marcadas por el estrés, la violencia o la negligencia— suelen generar patrones de comportamiento que favorecen los hábitos nocivos.

Los **factores económicos** también ejercen una influencia determinante. El nivel de ingresos, el acceso a la educación y los recursos materiales condicionan las posibilidades de elegir alimentos saludables, realizar actividades recreativas o acceder a servicios de salud. En los sectores de bajos ingresos, el costo elevado de los productos naturales o los horarios laborales extensos pueden limitar las prácticas saludables, promoviendo el consumo de alimentos ultraprocesados y la vida sedentaria. En este sentido, el **Informe Lalonde (1974)** y la **OMS (2014)** reconocen que el estilo de vida está directamente vinculado al nivel socioeconómico, ya que las oportunidades de adoptar hábitos saludables dependen de las condiciones estructurales del entorno.

Desde la perspectiva **cultural**, los estilos de vida se construyen a través de los valores, creencias, costumbres y tradiciones compartidas por una comunidad. La cultura define lo que se considera "normal" o "deseable" en relación con la alimentación, el

descanso, la actividad física o el consumo de sustancias. Por ejemplo, en muchas culturas latinoamericanas, la alimentación abundante y calórica es vista como símbolo de bienestar y hospitalidad, mientras que el ejercicio físico puede percibirse como una actividad secundaria o de lujo. Estas percepciones influyen directamente en la adopción de hábitos y, por ende, en la salud colectiva.

Asimismo, los **factores religiosos y espirituales** ejercen una influencia profunda en la configuración del estilo de vida. Las creencias religiosas orientan los comportamientos relacionados con el cuerpo, la alimentación, el consumo de sustancias y las relaciones interpersonales. En el caso de la **filosofía adventista del séptimo día**, por ejemplo, el estilo de vida se asocia a la obediencia a principios divinos que promueven la salud integral. **White (1945)** enfatiza que "la enfermedad es el resultado de infringir las leyes de la naturaleza", mientras que **White (1949)** añade que los verdaderos remedios se hallan en los elementos naturales provistos por Dios —el aire, el agua, la luz solar, el descanso, la temperancia y la fe—, los cuales deben formar parte del hábito diario. Este enfoque espiritual considera la salud como un don divino y al ser humano como administrador responsable de su cuerpo y mente (Pinzón, 2013).

Por otro lado, los **factores ambientales y tecnológicos** también moldean los hábitos contemporáneos. El acceso a dispositivos electrónicos, la urbanización acelerada y el uso excesivo de medios digitales han reducido las oportunidades de actividad física y descanso adecuado. La vida moderna, caracterizada por la inmediatez y el consumo rápido, fomenta patrones sedentarios, estrés crónico y trastornos del sueño. **Maquera y Quilla (2015)** advierten que las conductas inadecuadas derivadas del estilo de vida actual —como la falta de ejercicio y las dietas desequilibradas— se reflejan en el aumento de enfermedades crónicas, trastornos mentales y degenerativos, entre ellos el Alzheimer.

A nivel comunitario, los estilos de vida están también influenciados por el grado de **cohesión social y participación colectiva**. Las comunidades que promueven actividades recreativas, programas de educación en salud y valores solidarios tienden a generar entornos que refuerzan los hábitos positivos. Por el contrario, las sociedades fragmentadas, con escaso sentido de pertenencia y baja interacción social, suelen fomentar el aislamiento, el consumo de sustancias y el descuido personal.

El **modelo de Lalonde (1974)** y los aportes de la **OMS (2016)** han enfatizado la importancia de los factores conductuales en la determinación del estado de salud, subrayando que el cambio de hábitos requiere la integración de políticas públicas, educación comunitaria y compromiso personal. De acuerdo con **Becoña, Vázquez y Oblitas (2004)**, la promoción de conductas saludables implica "conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud, entendiéndose por conductas saludables aquellas acciones que repercuten positivamente en el bienestar físico y en la longevidad".

En suma, los **factores biosocioculturales** actúan como una red interconectada que da forma a los estilos de vida. Cada persona construye sus hábitos a partir de la interacción entre su biología, su mente, su entorno social y su cultura. Estos factores no solo influyen en la elección de conductas, sino también en la percepción del bienestar y en la motivación para cambiar. Comprenderlos permite reconocer que la promoción de un estilo de vida saludable no puede limitarse a la recomendación individual, sino que exige un abordaje integral que considere la educación, la equidad social, la ética y la espiritualidad como pilares fundamentales del desarrollo humano.

El estilo de vida, por tanto, no es una simple suma de comportamientos, sino una síntesis de influencias biológicas, psicológicas, culturales y espirituales que definen el modo en que cada persona vive, se cuida y se proyecta en el mundo. Reconocer esta complejidad es esencial para construir estrategias de salud sostenibles, capaces de transformar los hábitos desde la raíz de su formación: la interacción profunda entre el cuerpo, la mente y la sociedad.

1.1.4. Modelos psicológicos y conductuales del estilo de vida saludable.

El estudio del *estilo de vida saludable* desde la psicología y las ciencias del comportamiento se fundamenta en la idea de que la salud no depende únicamente de factores biológicos o ambientales, sino también de los procesos cognitivos, emocionales y motivacionales que orientan la conducta. Desde mediados del siglo XX, múltiples teorías psicológicas han intentado explicar por qué las personas adoptan —o no— hábitos saludables, y cómo estos pueden modificarse mediante estrategias de intervención conductual, educativa y social.

El enfoque conductual y psicológico concibe el estilo de vida como un **patrón de conductas aprendidas, sostenidas por refuerzos internos y externos**, que pueden modificarse a través de la educación, la motivación y el cambio de creencias. En este sentido, los hábitos saludables no son el resultado del azar ni de una simple decisión momentánea, sino de procesos de aprendizaje continuo, condicionamiento y autorregulación que se desarrollan a lo largo del ciclo vital.

Fundamentos psicológicos del estilo de vida saludable

Los modelos psicológicos del comportamiento en salud se sustentan en tres pilares conceptuales: la percepción del riesgo, la motivación para el cambio y la autoeficacia. Desde esta óptica, el estilo de vida se configura como un proceso dinámico en el que la persona evalúa las consecuencias de sus acciones, ajusta sus creencias y adopta conductas en función de los beneficios esperados.

En la teoría **cognitivo-conductual**, se entiende que los hábitos de salud son respuestas aprendidas a través de la experiencia y mantenidas por refuerzos positivos (como el bienestar o la aceptación social) o negativos (como la evitación del malestar). Por tanto, para promover un estilo de vida saludable se requiere modificar los patrones de pensamiento disfuncionales y reemplazar las conductas perjudiciales por otras que favorezcan la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

Estos autores destacan que “la promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud, entendiéndose por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad”. En otras palabras, la conducta saludable no solo es preventiva, sino también transformadora, ya que redefine la relación del individuo consigo mismo y con su entorno.

Teoría del aprendizaje social (Albert Bandura)

Uno de los modelos más influyentes en la psicología del comportamiento en salud es la **teoría del aprendizaje social** o *teoría social cognitiva* desarrollada por **Albert Bandura (1977)**. Esta teoría sostiene que la conducta humana se aprende por

observación e imitación de modelos significativos —padres, maestros, figuras públicas o pares—, pero que su mantenimiento depende de la autoeficacia percibida, es decir, de la creencia en la propia capacidad para ejecutar las acciones necesarias y alcanzar los resultados deseados.

Según Bandura, las personas adoptan hábitos saludables cuando confían en su capacidad para controlar su comportamiento y obtener recompensas significativas. En el ámbito del estilo de vida, la autoeficacia se manifiesta en la confianza para mantener una dieta equilibrada, practicar ejercicio físico o abandonar el consumo de sustancias nocivas, incluso frente a la presión social o emocional.

Este enfoque resalta el papel de los **procesos cognitivos autorregulatorios**, como la planificación, la autoevaluación y la retroalimentación. El cambio de estilo de vida no se limita, entonces, a la modificación de una conducta específica, sino que requiere la formación de una identidad saludable y de un sentido de competencia personal. Bandura advierte que los programas de salud deben centrarse tanto en la educación como en el fortalecimiento de la autoestima y la motivación intrínseca.

Modelo de creencias en salud (Rosenstock y Becker)

Otro de los modelos clásicos que ha influido en el estudio del estilo de vida saludable es el **Modelo de Creencias en Salud** (*Health Belief Model*), formulado por **Rosenstock (1966)** y ampliado posteriormente por **Becker (1974)**. Este modelo plantea que la probabilidad de que una persona adopte conductas preventivas depende de cuatro percepciones fundamentales: la **susceptibilidad percibida** a enfermar, la **gravedad percibida** de la enfermedad, los **beneficios percibidos** de la acción preventiva y las **barreras percibidas** que dificultan el cambio.

De acuerdo con este enfoque, el estilo de vida saludable surge cuando el individuo reconoce el riesgo personal de mantener hábitos nocivos y valora las ventajas de modificar su conducta. Sin embargo, las percepciones erróneas o las barreras cognitivas —como la falta de tiempo, el escepticismo o la negación del riesgo— pueden obstaculizar el cambio. Por ejemplo, una persona puede saber que fumar es perjudicial,

pero si subestima su vulnerabilidad o cree que el beneficio de dejarlo es mínimo, difícilmente cambiará su hábito.

El modelo de creencias en salud ha servido de base para numerosos programas de prevención, al destacar la importancia de la educación sanitaria y la comunicación persuasiva. En el contexto de esta investigación, se relaciona directamente con las dimensiones del estilo de vida —alimentación, actividad física, descanso y temperancia—, ya que todas implican decisiones conscientes orientadas por percepciones de riesgo y beneficio.

Modelo transteórico del cambio conductual (Prochaska y DiClemente)

El **modelo transteórico del cambio**, desarrollado por **Prochaska y DiClemente (1983)**, ofrece una visión procesual del cambio de conducta. Según este modelo, la adopción de un estilo de vida saludable no ocurre de manera inmediata, sino que atraviesa **cinco etapas progresivas**:

1. **Precontemplación** (no se percibe el problema),
2. **Contemplación** (reconocimiento del problema y disposición al cambio),
3. **Preparación** (intención y planificación del cambio),
4. **Acción** (ejecución de nuevas conductas) y
5. **Mantenimiento** (consolidación y prevención de recaídas).

Este modelo resalta la importancia de acompañar al individuo en cada fase, adaptando las intervenciones psicológicas y educativas al nivel de disposición al cambio. Por ejemplo, no se puede motivar con éxito a una persona sedentaria a realizar ejercicio intenso si aún no ha reconocido los riesgos de su inactividad. En la práctica, este modelo ha demostrado ser útil en programas de cesación de tabaco, control de peso y promoción de actividad física.

La principal fortaleza del enfoque transteórico radica en su reconocimiento de que **el cambio de estilo de vida es un proceso continuo**, influido por la autoconfianza, el apoyo social y las experiencias previas. Esta comprensión evita los enfoques

coercitivos y promueve intervenciones personalizadas, que respetan el ritmo y la autonomía de cada individuo.

Modelo de promoción de la salud (Nola Pender)

La enfermera y teórica **Nola Pender (1982)** amplió la perspectiva conductual con su *Modelo de Promoción de la Salud*, el cual integra los factores cognitivos, emocionales y ambientales que influyen en la adopción de hábitos saludables. Pender plantea que las personas actúan no solo para evitar enfermedades, sino para **alcanzar niveles óptimos de bienestar**.

En su modelo, las variables más relevantes son la percepción de beneficios y barreras, la autoeficacia, la afectividad positiva y las influencias interpersonales. El comportamiento saludable se promueve cuando el individuo anticipa resultados positivos, se siente capaz de actuar y recibe apoyo social para sostener el cambio. Este modelo introduce además una visión holística del ser humano, en la que los aspectos físicos, psicológicos y espirituales convergen en la búsqueda de la autorrealización.

Desde esta perspectiva, el estilo de vida saludable se concibe como una **expresión de crecimiento personal y equilibrio integral**, no solo como una obligación médica. Las conductas saludables —como la alimentación equilibrada, el descanso adecuado o la práctica regular de ejercicio— se transforman en actos de autocuidado y autorrespeto, motivados por el deseo de bienestar y no solo por el miedo a enfermar.

Enfoque cognitivo-sociocultural: Cockerham y la estructura del comportamiento

El sociólogo **William Cockerham (2007)** profundizó en la interacción entre los factores psicológicos individuales y las estructuras sociales. En su *Teoría de los estilos de vida en salud*, Cockerham explica que las conductas saludables no pueden entenderse sin considerar las condiciones sociales, económicas y culturales que las sustentan.

El autor sostiene que el comportamiento saludable es una práctica aprendida dentro de contextos sociales específicos, donde influyen la clase social, la educación, la ocupación y las oportunidades. En consecuencia, las personas de distintos grupos

socioeconómicos no solo enfrentan diferentes riesgos de salud, sino también distintos grados de posibilidad para modificar sus hábitos.

Este modelo introduce el concepto de **agencia limitada**, según el cual las personas son responsables de sus decisiones, pero sus elecciones se ven restringidas por factores estructurales. La teoría de Cockerham aporta una mirada equilibrada entre la autonomía individual y el condicionamiento social, destacando que la promoción del estilo de vida saludable requiere políticas públicas equitativas y entornos que faciliten decisiones sanas.

La revisión de los principales modelos psicológicos y conductuales permite identificar un consenso teórico: **el estilo de vida saludable es resultado de un proceso de aprendizaje y transformación personal sostenido en la motivación, la autoeficacia y el entorno social**. Mientras la teoría de Bandura destaca la importancia del modelamiento y la confianza en uno mismo, el modelo de Rosenstock subraya las creencias y percepciones del riesgo. Prochaska enfatiza el carácter progresivo del cambio, y Pender aporta una visión integral y positiva de la salud como proceso de desarrollo humano.

De manera complementaria, Cockerham y otros autores contemporáneos añaden el componente sociológico, al reconocer que la conducta individual se configura dentro de un marco de oportunidades sociales y culturales. Por tanto, el estilo de vida saludable no puede promoverse únicamente mediante información o disciplina personal, sino mediante **una sinergia entre educación, motivación y estructura social**.

Los modelos psicológicos y conductuales coinciden en que **el cambio de hábitos requiere más que conocimiento: necesita convicción, autoeficacia y apoyo social**. Comprender cómo se forman, mantienen y modifican los comportamientos saludables permite diseñar estrategias más efectivas para fomentar estilos de vida equilibrados.

El ser humano, como ser bio-psico-social y espiritual, necesita encontrar sentido en sus hábitos, coherencia en sus valores y motivación en sus metas. De ahí que el estilo de vida saludable no sea solo una práctica higiénica, sino una forma de vida consciente,

responsable y esperanzada que integra cuerpo, mente y espíritu en la búsqueda continua del bienestar integral.

1.1.5. Determinantes sociales y culturales del comportamiento saludable.

El comportamiento saludable, entendido como el conjunto de decisiones, hábitos y prácticas orientadas al bienestar físico, mental y social, no surge en el vacío ni depende exclusivamente de la voluntad individual. Está profundamente condicionado por los **determinantes sociales y culturales**, es decir, por las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, se relacionan y envejecen, así como por las creencias, valores y normas que estructuran la vida colectiva. Estos factores influyen en la manera en que los individuos perciben la salud, adoptan conductas preventivas y responden ante la enfermedad.

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)**, los determinantes sociales de la salud son "las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que afectan de manera decisiva su estado de salud y bienestar". Dichas condiciones abarcan desde la educación, el empleo, los ingresos, la vivienda y el acceso a servicios, hasta aspectos más intangibles como la cohesión social, la equidad, la participación comunitaria y la cultura. Estos elementos conforman el entramado estructural que facilita o limita la adopción de estilos de vida saludables.

A partir del **modelo de Lalonde (1974)**, que identificó el *estilo de vida* como uno de los cuatro determinantes principales de la salud junto con la biología humana, el ambiente y los servicios sanitarios, surgió una comprensión más amplia del fenómeno: las conductas saludables son el resultado de una interacción constante entre los factores individuales y el entorno social. Sin embargo, como advierte **Marmot (2005)** en su *Informe sobre los Determinantes Sociales de la Salud*, las desigualdades sociales generan desigualdades en los estilos de vida, y estas, a su vez, se traducen en desigualdades en salud. En otras palabras, no todos los individuos tienen las mismas oportunidades de adoptar comportamientos saludables, pues sus decisiones se encuentran mediadas por la estructura social.

Contexto socioeconómico y desigualdad en salud

El nivel socioeconómico constituye uno de los factores más determinantes en la configuración del comportamiento saludable. Las personas con mayores recursos económicos y educativos disponen de mejor información, mayor acceso a servicios sanitarios y más oportunidades para participar en actividades físicas o adquirir alimentos nutritivos. En cambio, quienes pertenecen a estratos socioeconómicos bajos suelen enfrentar condiciones laborales precarias, estrés crónico, inseguridad alimentaria y falta de tiempo para el autocuidado.

El **Informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008)** subraya que las diferencias en esperanza de vida y bienestar entre grupos poblacionales no se deben únicamente a factores genéticos o médicos, sino a "las condiciones injustas de la vida cotidiana". Por ejemplo, los entornos urbanos densamente poblados y con escasa infraestructura recreativa tienden a promover el sedentarismo y los hábitos alimenticios no saludables.

Según **Cockerham (2007)**, el estilo de vida y el comportamiento saludable están moldeados por la interacción entre la **estructura social y la agencia individual**. En su teoría sociomédica, las elecciones personales están condicionadas por los recursos disponibles —económicos, culturales y sociales—, los cuales determinan las oportunidades reales de cuidar la salud. De este modo, la capacidad de elegir un comportamiento saludable no puede entenderse sin considerar las limitaciones estructurales que impone la sociedad.

Educación, ocupación y capital cultural

La educación es un determinante social de primer orden, pues influye tanto en el conocimiento como en la actitud frente a la salud. Una mayor formación académica permite comprender los riesgos asociados a los hábitos inadecuados y valorar la importancia de la prevención. Además, se relaciona con mejores condiciones laborales y, por tanto, con mayor estabilidad económica y acceso a servicios de salud.

El sociólogo **Pierre Bourdieu (1979)**, en su teoría del *habitus* y el *capital cultural*, explica que los estilos de vida se configuran a partir de las disposiciones

aprendidas en el proceso de socialización. Estas disposiciones —formas de pensar, sentir y actuar— son producto de la posición social y se reproducen a lo largo de generaciones. En este sentido, los hábitos de salud no solo dependen de la información, sino también del contexto cultural y simbólico en el que las personas se desenvuelven.

Por ejemplo, en las clases medias y altas, el ejercicio físico y la alimentación saludable suelen asociarse a valores como la estética, la productividad o el autocontrol. En cambio, en contextos vulnerables, donde las prioridades se centran en la supervivencia, la salud tiende a percibirse como una necesidad secundaria. Así, la cultura y la educación determinan el significado que cada grupo social otorga a las prácticas de salud.

Influencia de la cultura y los valores colectivos

Los **factores culturales** constituyen una dimensión central en la explicación del comportamiento saludable. La cultura define qué se considera "normal" o "aceptable" en relación con la alimentación, el descanso, la actividad física o el uso de sustancias. Asimismo, ofrece patrones simbólicos que orientan las prácticas cotidianas, incluso cuando estas no son beneficiosas para la salud.

Según **Cockerham (2005)**, los comportamientos relacionados con la salud se integran en el *estilo de vida colectivo* de una comunidad, donde se aprenden y reproducen socialmente. Por ejemplo, en determinadas culturas latinoamericanas, las comidas abundantes y calóricas son signo de hospitalidad y prosperidad, mientras que en otras sociedades prevalece la idea de "comer sano" como parte del éxito personal. De esta manera, los valores culturales influyen directamente en la formación de los hábitos y en la percepción del bienestar.

Por otro lado, las tradiciones religiosas y espirituales también moldean las prácticas de salud. El **enfoque adventista**, ampliamente reconocido por sus efectos positivos en la longevidad, promueve un estilo de vida fundamentado en principios espirituales y naturales, como la alimentación vegetariana, el descanso sabático y la abstinencia de sustancias nocivas (White, 1949; Pinzón, 2013). Estos valores no solo

determinan la conducta individual, sino que generan comunidades cohesionadas en torno a la salud integral como expresión de fe y responsabilidad moral.

El papel de la familia, los medios y la comunidad

La familia es el primer y más duradero agente de socialización del comportamiento saludable. En el ámbito familiar se aprenden los hábitos alimentarios, de descanso, de higiene y de autocuidado que suelen mantenerse durante toda la vida. **Herrera y Sabogal (2015)** destacan que el estilo de vida se conforma a partir de la observación e imitación de los modelos parentales, y que los adultos ejercen una influencia determinante en la formación de los valores relacionados con la salud.

A su vez, los **medios de comunicación y las redes digitales** desempeñan hoy un papel ambivalente. Por un lado, pueden difundir mensajes educativos y promover comportamientos saludables; por otro, contribuyen a la propagación de estereotipos, el consumismo alimentario y los estilos de vida sedentarios. La exposición constante a imágenes de cuerpos idealizados o productos ultraprocesados genera expectativas irreales y hábitos perjudiciales, especialmente en adolescentes y jóvenes.

La **comunidad local**, en cambio, puede actuar como un factor protector cuando ofrece espacios recreativos, redes de apoyo social y programas de educación sanitaria. Las investigaciones de **Gómez y Rondón (2017)** indican que la cohesión social y el sentido de pertenencia incrementan la probabilidad de adoptar prácticas saludables, ya que fortalecen la motivación colectiva y reducen el aislamiento. La salud, desde esta perspectiva, se convierte en un bien comunitario y no solo individual.

Globalización, modernidad y nuevos desafíos del comportamiento saludable

En la actualidad, la globalización y la modernidad han modificado profundamente los patrones de comportamiento en salud. El ritmo acelerado de vida, el trabajo sedentario, la exposición a pantallas y el consumo de alimentos industrializados han generado una **“transición epidemiológica”**: el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, obesidad, cáncer) sobre las enfermedades infecciosas tradicionales (OMS, 2020).

El entorno urbano contemporáneo, caracterizado por la falta de tiempo, la presión laboral y el estrés, fomenta la adopción de hábitos nocivos, como la privación del sueño, la alimentación rápida y el sedentarismo. En palabras de **Maquera y Quilla (2015)**, las conductas inadecuadas derivadas de los estilos de vida modernos "se reflejan en el aumento de trastornos mentales, crónicos y degenerativos, incluido el Alzheimer".

Asimismo, la homogeneización cultural promovida por los medios globales ha diluido las tradiciones saludables locales, reemplazándolas por modelos de consumo masivo. Frente a ello, la **OMS (2014)** y las estrategias de *Promoción de la Salud de Ottawa* (1986) insisten en la necesidad de fortalecer las identidades culturales, revalorar la alimentación tradicional y promover comunidades activas y sostenibles.

Perspectiva integral de los determinantes socioculturales

Comprender los determinantes sociales y culturales del comportamiento saludable exige una visión integradora que articule los factores estructurales con las decisiones personales. En esta línea, **Cockerham (2007)** propone un enfoque holístico en el que los estilos de vida se entienden como el resultado de la interacción entre **estructura, cultura y agencia**. La estructura social define las oportunidades, la cultura otorga significado a las prácticas y la agencia representa la capacidad individual de elección.

De acuerdo con esta concepción, los comportamientos saludables no son simplemente elecciones racionales, sino respuestas adaptativas dentro de un contexto social complejo. Las estrategias de promoción de la salud deben, por tanto, considerar no solo la educación individual, sino también las políticas públicas, la equidad económica, el acceso a entornos saludables y la revalorización cultural de las prácticas de bienestar.

Los determinantes sociales y culturales constituyen la base sobre la cual se edifica o se debilita el comportamiento saludable. Las condiciones de vida, la educación, los valores culturales, las creencias religiosas y los medios de socialización influyen poderosamente en la manera en que las personas se relacionan con su salud.

Reconocer esta complejidad implica asumir que **la promoción del estilo de vida saludable no puede reducirse a la responsabilidad individual**, sino que requiere una transformación estructural y cultural que garantice igualdad de oportunidades, cohesión social y sentido de propósito. En última instancia, la salud no solo es un estado físico, sino una forma de convivencia solidaria, ética y culturalmente enraizada.

1.2. Nociones básicas del estilo de vida

Comprender las nociones básicas del estilo de vida implica pasar del plano teórico al nivel operativo, donde las ideas se traducen en comportamientos concretos que afectan directamente la salud y el bienestar. Si en el apartado anterior se exploraron los fundamentos filosóficos, psicológicos y sociológicos que explican su origen y evolución, en este se abordan los componentes esenciales que configuran el modo cotidiano de vivir del ser humano. El estilo de vida, más que una categoría abstracta, se manifiesta en las decisiones diarias —qué se come, cuánto se descansa, cómo se gestiona el estrés, con qué frecuencia se realiza actividad física o qué sentido espiritual se otorga a la existencia—, decisiones que en conjunto determinan el estado de salud individual y colectivo.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)** define el estilo de vida como "una manera de vivir basada en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales, las relaciones sociales y las condiciones socioeconómicas y ambientales". Esta definición resalta el carácter dinámico y multidimensional del fenómeno, donde los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales interactúan de manera continua. En consecuencia, el estilo de vida no es simplemente una suma de hábitos, sino una forma integral de relacionarse consigo mismo, con los demás y con el entorno.

Desde esta perspectiva, los comportamientos saludables no surgen por casualidad, sino que se construyen mediante un proceso de aprendizaje y adaptación social. Las rutinas, los valores y las creencias se consolidan a través del tiempo, generando patrones de vida que pueden favorecer o perjudicar la salud. Tal como señala **Herrera y Sabogal (2015)**, los estilos de vida "se aprenden e imitan en el contexto familiar y comunitario", lo que subraya el papel decisivo del entorno social en la

formación de los hábitos. Por su parte, **Gómez y Rondón (2017)** sostienen que adoptar un estilo de vida saludable es sinónimo de prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida, pues alrededor del 50% de las patologías no son de origen genético, sino consecuencia directa de los comportamientos adquiridos.

En el ámbito científico, se reconoce que un estilo de vida saludable se sustenta en la armonía entre cuerpo, mente y espíritu. Este principio, defendido por corrientes **humanistas y espirituales como la filosofía adventista**, sostiene que la salud depende del equilibrio entre las dimensiones físicas, mentales y morales del ser humano (White, 1945; Pinzón, 2013). Los llamados "remedios naturales" —alimentación adecuada, ejercicio físico, descanso, temperancia, aire puro, agua, luz solar y confianza en Dios— representan pilares universales para la prevención y la recuperación del bienestar.

De este modo, las nociones básicas del estilo de vida integran tanto los **factores conductuales** (hábitos y rutinas cotidianas) como los **factores estructurales** (contexto social y cultural), sin olvidar la **dimensión axiológica**, que da sentido y dirección a la conducta. Adoptar un estilo de vida saludable no consiste únicamente en modificar prácticas externas, sino en transformar la visión interna del ser humano sobre su propio cuerpo y su propósito vital.

Por ello, este apartado abordará las principales **dimensiones del estilo de vida saludable** —alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual—, analizando sus fundamentos, manifestaciones y efectos sobre el estado de salud. Estas dimensiones, articuladas entre sí, constituyen la base del bienestar integral y permiten comprender cómo los hábitos individuales y colectivos reflejan una forma consciente de vivir en armonía con la naturaleza, con los demás y con Dios.

1.2.1. Conceptualización según la OMS y otros autores.

El concepto de *estilo de vida* ha evolucionado desde una visión meramente descriptiva de los hábitos cotidianos hacia una categoría analítica fundamental para comprender la salud pública y el bienestar humano. Su definición, lejos de limitarse a comportamientos aislados, integra dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que configuran la manera en que las personas enfrentan los desafíos de su existencia.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998)** definió el estilo de vida como "una forma general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones de conducta individuales, determinados por factores socioculturales y características personales". Esta conceptualización introduce una idea clave: los comportamientos saludables o de riesgo no se generan únicamente por decisión individual, sino dentro de un contexto social y ambiental que los facilita o los restringe.

En la **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986)**, se profundiza esta noción al afirmar que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un proceso activo de adaptación y equilibrio entre la persona y su entorno. En este sentido, el estilo de vida se convierte en el espacio donde convergen las elecciones personales y las oportunidades sociales. Así, adoptar un estilo de vida saludable implica ejercer la autonomía individual dentro de los límites que impone el contexto social, cultural y económico.

El **Informe Lalonde (1974)** fue uno de los primeros documentos oficiales en reconocer al *estilo de vida* como un determinante decisivo del estado de salud. Según Lalonde, la salud está influenciada por cuatro grandes campos: la biología humana, el ambiente, los servicios de salud y el estilo de vida. Este último se define como "el conjunto de decisiones que toma el individuo y que afectan su salud, sobre las cuales tiene control más o menos directo". La propuesta de Lalonde supuso una ruptura con el modelo biomédico tradicional, al situar la responsabilidad de la salud en un equilibrio entre el individuo y la sociedad.

Por su parte, **Cockerham (2007)** plantea que el estilo de vida debe entenderse como una práctica socialmente estructurada, que combina la *agencia individual* —la capacidad de actuar— con las *condiciones estructurales* impuestas por la clase social, la educación y la cultura. Para este autor, los hábitos saludables son elecciones condicionadas: las personas deciden dentro de los márgenes que les permite su contexto socioeconómico. De allí su definición: "El estilo de vida en salud es un conjunto de prácticas habituales influido por las oportunidades y limitaciones de la posición social del individuo". Esta perspectiva amplía el concepto hacia una visión sociológica, donde la conducta no se interpreta como simple elección, sino como producto de la interacción entre estructura y cultura.

Desde un enfoque psicológico, **Becoña (2004)** define el estilo de vida como "el conjunto de hábitos y conductas aprendidas y mantenidas por refuerzos, que influyen positiva o negativamente en la salud física y mental". Este enfoque se centra en los procesos de aprendizaje, motivación y autorregulación del comportamiento, resaltando el papel de la educación y la autoeficacia en la adopción de estilos de vida saludables. En esta línea, **Nola Pender (1982)**, creadora del *Modelo de Promoción de la Salud*, plantea que los comportamientos saludables están guiados por la percepción de beneficios, las barreras percibidas, la afectividad positiva y el apoyo social. Para Pender, vivir saludablemente no es solo evitar enfermedades, sino alcanzar niveles óptimos de bienestar y autorrealización.

En América Latina, el concepto de estilo de vida se ha asociado también a las condiciones biosocioculturales. Según **Flores (2018)**, "el estilo de vida refleja las costumbres, valores y actitudes de una comunidad, condicionadas por su entorno social y económico". Esta visión reconoce la diversidad de modos de vida dentro de una misma sociedad y resalta la importancia de los factores culturales en la formación de hábitos. **Maquera y Quilla (2015)**, en el mismo sentido, sostienen que los estilos de vida no saludables —marcados por el sedentarismo, el consumo de sustancias y la alimentación inadecuada— son resultado de los cambios socioculturales de la modernidad y la globalización.

Complementariamente, desde el enfoque **espiritual-holístico**, promovido por la filosofía **adventista del séptimo día**, el estilo de vida se concibe como una expresión del equilibrio integral entre cuerpo, mente y espíritu (White, 1945). Este paradigma propone que la salud es consecuencia del respeto a las leyes naturales divinas y al uso de los "ocho remedios naturales": alimentación saludable, ejercicio físico, agua, luz solar, temperancia, aire puro, descanso y confianza en Dios. Esta cosmovisión ha demostrado, incluso empíricamente, su influencia positiva en la longevidad y la reducción de enfermedades crónicas (Fraser, 2003).

Por tanto, la conceptualización del estilo de vida, desde los distintos autores y organismos internacionales, converge en una idea común: **la salud es el reflejo de las decisiones cotidianas en interacción con el entorno**. Las diferencias entre las definiciones radican en el énfasis —biológico, conductual, social o espiritual—, pero

todas coinciden en reconocer que los hábitos de vida son determinantes fundamentales del bienestar humano.

En síntesis, el estilo de vida puede definirse como **el conjunto estructurado de comportamientos, valores y prácticas aprendidas, sostenidas por factores personales, sociales y culturales, que orientan la manera de vivir y condicionan el estado de salud y calidad de vida**. Esta definición integra la perspectiva de la OMS, los aportes del Informe Lalonde y las visiones psicológicas, sociológicas y espirituales contemporáneas, configurando un marco conceptual sólido para comprender las dimensiones que se abordarán a continuación.

1.2.2. Tipología del estilo de vida: saludable y no saludable.

La clasificación de los estilos de vida permite comprender los diversos modos en que las personas organizan su existencia cotidiana en relación con la salud. Aunque cada individuo desarrolla un patrón propio de comportamiento, la literatura científica y las políticas sanitarias suelen distinguir entre dos grandes categorías: el **estilo de vida saludable** y el **estilo de vida no saludable**. Esta tipología no pretende ser una división rígida, sino una herramienta conceptual para analizar las prácticas que favorecen o deterioran el bienestar integral del ser humano.

1. Estilo de vida saludable: una construcción integral del bienestar

Un **estilo de vida saludable** se define como el conjunto de comportamientos, valores y hábitos que promueven el equilibrio físico, mental, social y espiritual del individuo. Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)**, implica "la adopción de conductas coherentes con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, que fortalecen la capacidad funcional y la calidad de vida". Esta perspectiva resalta que la salud no es un estado estático, sino un proceso dinámico de armonización entre el cuerpo y el entorno.

El investigador **Cockerham (2007)** amplía esta noción al considerar que los estilos de vida saludables son "prácticas socialmente aprendidas que, dentro de un contexto estructural determinado, orientan la conducta hacia la preservación de la salud". Así, no basta con tener la intención de vivir sanamente: es necesario que existan

condiciones sociales, económicas y culturales que faciliten esa posibilidad. De allí que el estilo de vida saludable no sea solo una elección individual, sino una respuesta adaptativa a las oportunidades del entorno.

En el plano psicológico, **Becoña, Vázquez y Oblitas (2004)** definen el estilo de vida saludable como el conjunto de comportamientos que aumentan la probabilidad de obtener consecuencias físicas y psicológicas positivas a corto y largo plazo. Estas conductas, además de reducir riesgos, contribuyen a la percepción subjetiva de bienestar. Los autores destacan que el autocuidado, la práctica regular de ejercicio, la alimentación balanceada, el descanso adecuado, la regulación emocional y el desarrollo espiritual constituyen los pilares fundamentales de un estilo de vida saludable.

En el ámbito espiritual, el modelo **adventista** ofrece una visión holística donde el bienestar integral se basa en la armonía entre cuerpo, mente y espíritu. Según **White (1949)** y **Pinzón (2013)**, vivir saludablemente significa respetar las leyes naturales creadas por Dios y aplicar los llamados "ocho remedios naturales": alimentación equilibrada, ejercicio, agua, aire puro, luz solar, descanso, temperancia y fe. Este paradigma subraya la responsabilidad moral y espiritual del ser humano como administrador de su propio cuerpo, considerado un templo divino.

En síntesis, un estilo de vida saludable no se limita a la ausencia de conductas nocivas, sino que implica un compromiso activo con el fortalecimiento del bienestar integral. Engloba tanto los hábitos físicos como las actitudes mentales, sociales y espirituales que favorecen la plenitud y la prevención de enfermedades.

Estilo de vida no saludable: comportamientos de riesgo y deterioro del bienestar

El **estilo de vida no saludable** se caracteriza por la adopción de hábitos que atentan contra la homeostasis del organismo y deterioran el equilibrio psicofisiológico. De acuerdo con **Ramírez y Hoffman (2002)**, incluye "un conjunto de comportamientos de riesgo que incrementan la probabilidad de padecer enfermedades crónicas, deteriorar la calidad de vida o reducir la esperanza de vida". Estos comportamientos suelen

consolidarse por falta de educación sanitaria, presiones sociales o condiciones estructurales adversas.

Entre las prácticas más comunes se encuentran la **alimentación inadecuada**, el **sedentarismo**, el **consumo de tabaco, alcohol o drogas**, la **privación del sueño**, el **estrés crónico** y la **ausencia de espiritualidad o propósito vital**. Estos factores, según la **OMS (2020)**, son responsables de más del 70% de las muertes globales por **enfermedades no transmisibles** (ENT) como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

El estudio de **Maquera y Quilla (2015)** evidencia que los estilos de vida no saludables están directamente relacionados con el aumento de la obesidad, el desequilibrio emocional y el deterioro cognitivo, incluyendo enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Estos autores subrayan que el fenómeno no solo responde a decisiones personales, sino también a los efectos de la globalización y la modernidad, que han transformado los patrones alimentarios y de actividad física.

Ramos (2017) distingue entre dos orientaciones conductuales fundamentales:

- **Los estilos de vida protectores o saludables**, caracterizados por prácticas coherentes con la promoción del bienestar y la prevención de enfermedades.
- **Los estilos de vida de riesgo o no saludables**, donde predominan conductas perjudiciales sostenidas por la costumbre, la presión social o la falta de información.

Desde un punto de vista psicosocial, los estilos de vida no saludables tienden a reproducirse por mecanismos de aprendizaje vicario y refuerzo social. Los medios de comunicación, la publicidad y las normas culturales juegan un papel determinante en la normalización de hábitos dañinos, como el consumo excesivo de alimentos procesados o bebidas alcohólicas. Así, los patrones de vida nocivos se perpetúan como símbolos de estatus, éxito o placer inmediato, aun cuando sus consecuencias sean contraproducentes.

Comparación e implicaciones en la salud pública

El contraste entre el estilo de vida saludable y el no saludable no debe entenderse como una dicotomía moral, sino como un **continuum de conductas** donde los individuos se mueven entre prácticas protectoras y de riesgo. En la práctica, la mayoría de las personas manifiesta combinaciones de ambos tipos, dependiendo de sus recursos, nivel educativo y contexto cultural.

La **OMS (2014)** destaca que la promoción de estilos de vida saludables debe centrarse en fortalecer las condiciones sociales y ambientales que faciliten las elecciones saludables. Esto implica políticas públicas que aseguren acceso a alimentos nutritivos, espacios seguros para la actividad física, jornadas laborales equilibradas y programas de apoyo psicológico y espiritual.

Asimismo, desde la perspectiva de **Cockerham (2007)**, el análisis de la tipología del estilo de vida exige considerar las desigualdades sociales. Las personas con menor nivel socioeconómico suelen verse obligadas a adoptar prácticas menos saludables debido a la falta de opciones, tiempo o recursos. Por ello, la responsabilidad de transformar los estilos de vida no recae exclusivamente en el individuo, sino también en el Estado, las instituciones y la comunidad.

En conclusión, la tipología del estilo de vida refleja dos polos de un mismo fenómeno: **la capacidad humana de construir o destruir su bienestar a través de los hábitos**. El estilo de vida saludable se sustenta en la educación, la disciplina, la espiritualidad y la cohesión social; el no saludable, en cambio, se vincula con la desinformación, la inercia cultural, el estrés y la desigualdad.

Ambos modelos, sin embargo, son modificables. Las investigaciones demuestran que **pequeños cambios sostenidos** —como caminar diariamente, mejorar la dieta, reducir el consumo de sustancias o fortalecer la vida espiritual— tienen un impacto significativo en la prevención de enfermedades y el aumento de la esperanza de vida (OMS, 2019).

Por tanto, promover estilos de vida saludables no solo significa cambiar comportamientos individuales, sino **transformar la cultura del bienestar**, fomentando

valores de responsabilidad, solidaridad, respeto por la vida y sentido trascendente de la existencia.

1.2.3. Factores que integran el estilo de vida:

El estilo de vida, como expresión concreta de la interacción entre la persona y su entorno, se manifiesta a través de un conjunto de **factores interdependientes** que modelan el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano. Estos factores no actúan de manera aislada, sino que conforman un **sistema integral de hábitos y comportamientos** que determinan, en gran medida, la calidad de vida y el estado de salud de la población. Cada uno de ellos —la alimentación, la actividad física, el descanso, la temperancia, la salud mental y la esperanza espiritual— representa una dimensión esencial del equilibrio humano, y su armonía constituye el núcleo de un estilo de vida saludable.

Desde una perspectiva biopsicosocial, la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)** sostiene que los comportamientos cotidianos están profundamente influidos por las condiciones sociales, económicas y culturales, y que el conjunto de dichos comportamientos define el estilo de vida de cada individuo. De allí que la salud dependa tanto de la elección personal como de los contextos estructurales que rodean al sujeto. **Cockerham (2007)** amplía esta visión al explicar que los estilos de vida son "prácticas estructuradas socialmente que combinan elecciones individuales con oportunidades colectivas". Así, los factores que integran el estilo de vida se comprenden mejor como **hábitos aprendidos y sostenidos** en el tiempo, moldeados por la educación, la cultura, las creencias y el entorno social.

En este sentido, el estudio de los factores que conforman el estilo de vida permite identificar las áreas clave en las que la persona ejerce control directo sobre su bienestar. Por ejemplo, la **alimentación** y la **actividad física** inciden de forma inmediata en la fisiología del cuerpo, mientras que el **descanso** y la **temperancia** regulan el equilibrio metabólico y emocional. A su vez, la **salud mental** y la **esperanza espiritual** influyen en la motivación, la resiliencia y el sentido de propósito vital,

actuando como dimensiones protectoras frente al estrés y las enfermedades psicosomáticas.

Autores como **Becoña, Vázquez y Oblitas (2004)** destacan que los factores del estilo de vida deben analizarse bajo un enfoque conductual y preventivo, ya que son modificables mediante la educación, la conciencia y la disciplina personal. En la misma línea, la filosofía **adventista** (White, 1949; Pinzón, 2013) interpreta estos factores como "remedios naturales" otorgados por Dios para preservar la vida y reflejar la armonía entre lo físico, lo mental y lo espiritual. Esta visión integradora, además de su valor teológico, coincide con la evidencia científica actual sobre la necesidad de adoptar estrategias holísticas para la promoción de la salud.

En conclusión, los factores que integran el estilo de vida constituyen los **pilares funcionales del bienestar humano**, y su equilibrio dinámico representa el ideal de salud integral. A continuación, se desarrollarán cada uno de estos componentes —alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual—, examinando sus fundamentos conceptuales, su influencia en el estado de salud y su papel en la construcción de una vida plena y sostenible.

1.2.3.1. Alimentación y nutrición equilibrada.

La alimentación constituye uno de los pilares fundamentales del estilo de vida y un determinante esencial de la salud. A través de ella, el organismo obtiene la energía y los nutrientes necesarios para mantener sus funciones vitales, prevenir enfermedades y favorecer el desarrollo físico y mental. Sin embargo, la alimentación no solo cumple un papel biológico, sino también **cultural, social y emocional**, ya que refleja costumbres, valores y modos de vida propios de cada comunidad. De allí que el análisis de este factor deba abordarse desde una perspectiva integral, que considere tanto la calidad de los alimentos como los hábitos, las prácticas y los significados que los acompañan.

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015)**, una **alimentación saludable** es aquella que "contribuye a mantener o mejorar la salud, proporciona energía suficiente, macronutrientes y micronutrientes esenciales, y reduce el riesgo de enfermedades no transmisibles". La OMS enfatiza que la dieta debe adaptarse a las necesidades fisiológicas, la edad, el sexo, la actividad física y las

condiciones de cada persona, pero siempre debe incluir una base de alimentos naturales, frescos y variados, con bajo contenido de azúcares, grasas saturadas y sodio. En la misma línea, la **Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2020)** afirma que una dieta saludable "protege contra la malnutrición en todas sus formas y contra las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación".

Diferencia entre alimentación y nutrición

Aunque los términos *alimentación* y *nutrición* suelen utilizarse indistintamente, desde el punto de vista científico no son equivalentes. La **alimentación** se refiere al acto voluntario y consciente de seleccionar, preparar e ingerir alimentos; es un proceso social y culturalmente aprendido. En cambio, la **nutrición** comprende los procesos biológicos y fisiológicos mediante los cuales el organismo transforma los alimentos en energía y componentes estructurales para su funcionamiento. Según **Calabozo (cit. en tu texto)**, los lácteos, los cereales y las legumbres son ejemplos de alimentos que aportan nutrientes esenciales como proteínas, carbohidratos y minerales, elementos indispensables para mantener el equilibrio orgánico. En este sentido, la alimentación es un **comportamiento**, mientras que la nutrición es un **proceso biológico**; ambas son interdependientes y determinan la calidad de vida.

La nutrición equilibrada requiere que el organismo reciba una combinación adecuada de macronutrientes —carbohidratos, proteínas y grasas— y micronutrientes —vitaminas y minerales—. Cuando la dieta es deficiente o excesiva en alguno de estos componentes, se altera el metabolismo y se incrementa la susceptibilidad a enfermedades como la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, la anemia o la osteoporosis (Hu, 2002; OMS, 2016). En consecuencia, una alimentación equilibrada no se reduce a "comer bien", sino a **mantener un balance funcional** entre los requerimientos del cuerpo y los alimentos consumidos.

Cambios socioculturales y hábitos alimentarios contemporáneos

La globalización, la urbanización acelerada y los estilos de vida modernos han modificado profundamente las costumbres alimentarias. Las comidas caseras y naturales

han sido desplazadas por productos ultraprocesados, altos en azúcares, sodio y grasas trans. Según **Dura y Castroviejo (2011)**, este cambio cultural ha provocado una transición alimentaria que, aunque incrementa la comodidad y el acceso, también ha elevado la incidencia de enfermedades crónicas. Las personas, cada vez más expuestas a la publicidad y a la falta de tiempo, optan por alimentos de rápida preparación, sacrificando la calidad nutricional en favor de la conveniencia.

La OMS (2019) advierte que la mala alimentación constituye actualmente el principal factor de riesgo de mortalidad global, incluso por encima del tabaquismo o la inactividad física. En América Latina, el aumento del consumo de bebidas azucaradas, harinas refinadas y comidas rápidas ha generado un incremento alarmante de sobrepeso infantil y obesidad adulta. Estos cambios no solo afectan la salud física, sino también los patrones sociales y familiares, al reducir los espacios de convivencia en torno a la comida. La alimentación, en este contexto, se convierte en un reflejo de la cultura del consumo y de la desconexión con los ritmos naturales del cuerpo.

Pautas para una alimentación saludable

Una **alimentación equilibrada y consciente** debe orientarse a cubrir los requerimientos nutricionales, preservar la función orgánica y promover la prevención de enfermedades. Siguiendo los lineamientos de la OMS (2016), se recomiendan las siguientes pautas generales:

- Aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Reducir el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica diaria.
- Limitar la ingesta de grasas saturadas al 10% y de grasas trans al 1% de las calorías totales.
- Controlar el consumo de sal (menos de 5 g diarios).
- Mantener una hidratación adecuada, priorizando el consumo de agua pura sobre bebidas industrializadas.

El agua, en particular, es un elemento esencial de la salud y la longevidad. Su función va más allá de la hidratación: participa en la digestión, la regulación térmica, la desintoxicación y la transmisión nerviosa. Según la OMS (2018), la recomendación general es consumir entre 1.5 y 2 litros de agua al día, dependiendo del nivel de actividad y del clima, excluyendo infusiones o refrescos.

Asimismo, la **variedad alimentaria** constituye un principio básico de equilibrio. Ningún alimento, por sí solo, proporciona todos los nutrientes necesarios; por ello, se debe combinar alimentos de distintos grupos: cereales, legumbres, frutas, verduras, lácteos y proteínas magras. **Calabozo (cit. en tu texto)** enfatiza que los productos lácteos, por su alto contenido de calcio y proteínas, contribuyen a la formación ósea y al mantenimiento de la masa muscular, mientras que los cereales y las legumbres aportan energía y fibra dietética, indispensables para el metabolismo y la digestión.

Dimensión cultural y espiritual de la alimentación

Más allá de su función biológica, la alimentación posee un profundo significado simbólico y espiritual. En diversas tradiciones religiosas, comer es un acto sagrado, una forma de gratitud y comunión con la naturaleza y con Dios. Desde la filosofía **adventista del séptimo día**, la alimentación equilibrada es un mandato moral y espiritual, pues el cuerpo es considerado un templo divino (White, 1945). La elección de alimentos naturales, el respeto por la vida y la moderación son expresiones de obediencia a las leyes de la salud establecidas por el Creador. Esta visión, que promueve la abstinencia de carne y de sustancias estimulantes, ha sido validada por estudios científicos que relacionan la dieta vegetariana adventista con una mayor esperanza de vida y menor incidencia de cáncer y enfermedades cardiovasculares (Fraser, 2003).

La dimensión espiritual de la alimentación también implica **autodominio, gratitud y responsabilidad ecológica**. Comer de manera consciente supone reconocer el valor de los recursos naturales y practicar la moderación, o lo que la tradición bíblica llama *temperancia*, como principio de equilibrio. Así, la alimentación saludable trasciende el cuerpo y se convierte en una expresión de la ética del cuidado.

Alimentación, prevención y salud pública

Desde una perspectiva de salud pública, una dieta equilibrada es una herramienta preventiva de primer orden. La OMS (2020) estima que una alimentación saludable podría reducir hasta en un 40% las muertes prematuras por enfermedades crónicas. A su vez, la promoción de hábitos alimentarios sostenibles tiene implicaciones ambientales: el consumo responsable de productos locales y de origen vegetal contribuye a disminuir la huella ecológica y fortalecer la seguridad alimentaria.

El modelo de **alimentación saludable** no se limita a evitar el exceso, sino a fomentar la suficiencia y el equilibrio. Esto incluye **educación nutricional**, acceso equitativo a alimentos de calidad y políticas que regulen la publicidad de productos ultraprocesados. En palabras de **Hu (2002)**, "una dieta saludable no es un acto de restricción, sino una forma de vida que combina placer, moderación y conciencia".

En conclusión, la **alimentación y la nutrición equilibrada** constituyen la base del bienestar integral y uno de los factores más determinantes del estilo de vida. Una dieta saludable no solo garantiza el funcionamiento fisiológico óptimo, sino que también influye en la salud mental, emocional y espiritual del individuo. Adoptar una alimentación equilibrada es, en última instancia, **un acto de responsabilidad hacia uno mismo, hacia los demás y hacia el entorno natural**.

Por tanto, promover una cultura alimentaria consciente y sostenible implica revalorar los principios de equilibrio, moderación y gratitud que han acompañado a la humanidad desde sus orígenes. Tal como enseña la OMS (2014), *la salud comienza en el plato*, y en la elección cotidiana de cada alimento reside la posibilidad de construir una vida más larga, plena y significativa.

1.2.3.2. Actividad física y ejercicio regular.

La actividad física constituye uno de los componentes más determinantes del estilo de vida saludable y un pilar esencial en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Su práctica regular no solo fortalece el cuerpo, sino que también **mejora la salud mental, potencia la autoestima y favorece la longevidad**. Desde una visión integral, la actividad física debe entenderse como un acto voluntario y cotidiano

que involucra movimiento corporal, gasto energético y una disposición activa frente a la vida.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)** define la actividad física como "cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía". Este concepto abarca no solo el ejercicio estructurado o deportivo, sino también las actividades cotidianas: caminar, realizar labores domésticas, desplazarse en bicicleta o participar en juegos recreativos. De esta manera, el movimiento humano se convierte en una expresión tangible de vitalidad, funcionalidad y bienestar.

Actividad física versus ejercicio físico

Aunque los términos suelen confundirse, la literatura especializada establece una clara diferencia entre *actividad física* y *ejercicio físico*. Según **Arbós (2017)**, la actividad física comprende cualquier tipo de movimiento corporal que eleva el gasto energético por encima del nivel de reposo, mientras que el ejercicio físico se refiere a una forma **planificada, estructurada y repetitiva** de actividad física que tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física: resistencia cardiovascular, fuerza, flexibilidad o coordinación. En otras palabras, el ejercicio físico es una *subcategoría específica* de la actividad física, caracterizada por su intencionalidad y sistematicidad.

Este matiz conceptual es fundamental porque permite distinguir entre estilos de vida activos y sedentarios. Una persona puede ser físicamente activa sin practicar deportes formales, siempre que incorpore movimiento de manera constante en su vida diaria. Así, el ejercicio regular no es un lujo reservado a los atletas, sino un hábito accesible que contribuye a la prevención de múltiples patologías.

Beneficios fisiológicos y psicológicos del ejercicio regular

Numerosas investigaciones han demostrado que el ejercicio regular aporta beneficios significativos tanto a nivel físico como psicológico. En el plano fisiológico, **Chaspeasen y Christenson (1985)** ya destacaban que la práctica sistemática de actividad corporal favorece el equilibrio metabólico, mejora la

oxigenación, regula la tensión arterial y fortalece el sistema inmunológico. De manera más reciente, la **OMS (2018)** confirmó que realizar al menos **150 minutos de actividad moderada o 75 minutos de actividad intensa por semana** reduce en un 30% el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer.

El ejercicio también tiene efectos comprobados sobre la **salud mental**. Mejora el estado de ánimo, disminuye los niveles de ansiedad y depresión, y actúa como modulador del estrés mediante la liberación de endorfinas y serotonina. Según **Landa (2016)**, la práctica regular de ejercicio contribuye a fortalecer la autoestima, desarrollar la autodisciplina y fomentar una actitud resiliente frente a los desafíos de la vida cotidiana. Por ello, la actividad física es considerada una forma natural de terapia preventiva y complementaria.

Sedentarismo y sus consecuencias

En contraposición, el **sedentarismo** se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI. La vida moderna, marcada por el uso intensivo de tecnología, el transporte motorizado y los trabajos de oficina, ha reducido drásticamente los niveles de movimiento corporal. La OMS (2019) advierte que la inactividad física es responsable del **6% de las muertes globales**, y contribuye significativamente al aumento de obesidad, hipertensión, dislipidemias y cáncer de colon y mama.

El sedentarismo no solo deteriora el sistema musculoesquelético, sino que también genera fatiga mental, desmotivación y pérdida de capacidad funcional. En palabras de **Arbós (2017)**, “el cuerpo humano está diseñado para moverse; cuando no lo hace, se desorganiza”. Esta afirmación resume la importancia del movimiento como principio vital de la existencia humana.

El ejercicio como hábito de vida

El ejercicio físico, más que una actividad puntual, debe ser comprendido como un **hábito formador de carácter y disciplina**. No se trata de esfuerzos esporádicos, sino de incorporar rutinas sostenibles y adaptadas a la edad, la condición física y el contexto social.

Landa (2016) sostiene que el ejercicio regular, realizado al menos tres veces por semana, mejora la resistencia cardiorrespiratoria, reduce la grasa corporal y fortalece la masa ósea, contribuyendo a un envejecimiento saludable. En la misma línea, la OMS (2016) subraya que el movimiento regular "es una necesidad social y no solo individual", ya que sus beneficios trascienden al bienestar comunitario: reduce la carga económica de los sistemas de salud y fomenta la cohesión social a través de actividades grupales y recreativas.

En el contexto educativo y laboral, la promoción de la actividad física debe integrarse como parte de las políticas institucionales. Programas de pausas activas, caminatas recreativas y ejercicios en grupo han demostrado ser estrategias efectivas para contrarrestar los efectos del sedentarismo y mejorar la productividad y el clima organizacional.

Dimensión espiritual y social del movimiento

Más allá del componente biológico, la actividad física también posee una dimensión **espiritual y social**. Desde una perspectiva cristiana–adventista, el ejercicio corporal no solo fortalece el cuerpo, sino que honra al Creador a través del cuidado del "templo del Espíritu" (1 Corintios 6:19–20). **White (1949)** señalaba que el trabajo físico, el contacto con la naturaleza y el aire puro son elementos divinos para conservar la salud. Esta visión espiritual promueve el equilibrio entre la acción y el descanso, la moderación y el propósito, reconociendo el movimiento como una forma de adoración y gratitud por la vida.

Asimismo, la actividad física fomenta la **interacción social positiva**: compartir espacios de recreación, practicar deportes cooperativos o realizar caminatas grupales fortalece los vínculos afectivos y reduce el aislamiento social, factores que inciden directamente en la salud mental y emocional.

En conclusión, la **actividad física y el ejercicio regular** representan uno de los ejes más sólidos del estilo de vida saludable. Su práctica constante genera beneficios multidimensionales: fortalece el cuerpo, equilibra la mente, previene enfermedades y promueve la plenitud espiritual. El desafío contemporáneo no radica únicamente en

reconocer su importancia, sino en **transformar el movimiento en un hábito cotidiano** arraigado en la cultura y en la conciencia individual.

El cuerpo humano fue creado para el movimiento; su inactividad implica deterioro, mientras que su dinamismo promueve vida. Así, cada paso, cada respiración y cada esfuerzo constituyen una oportunidad para reafirmar el compromiso con la salud y con el propósito de vivir plenamente.

1.2.3.3. Descanso, sueño y manejo del estrés.

El descanso constituye una función biológica esencial que permite al cuerpo y a la mente recuperarse del desgaste diario y mantener el equilibrio integral del organismo. Más que un simple período de inactividad, el descanso —y en particular el sueño— es un proceso activo de restauración fisiológica, psicológica y espiritual que favorece el rendimiento, la concentración y la estabilidad emocional. En la estructura de un estilo de vida saludable, el descanso es tan importante como la alimentación o el ejercicio, pues su déficit genera alteraciones en todos los sistemas del cuerpo, afectando la productividad, la salud mental y la calidad de vida.

La **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)** subraya que el sueño es una necesidad fisiológica indispensable para la homeostasis del organismo. Recomienda que los adultos duerman entre **7 y 8 horas diarias**, ya que periodos inferiores provocan alteraciones metabólicas, disfunción inmunológica y deterioro cognitivo. En esta misma línea, la **American Academy of Sleep Medicine (2019)** confirma que el descanso adecuado se asocia con una mayor esperanza de vida y menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y depresión. Dormir, por tanto, no es un lujo, sino una forma fundamental de autocuidado.

Función fisiológica del sueño y la recuperación corporal

Durante el sueño se producen procesos de regeneración celular, consolidación de la memoria y regulación hormonal. El cuerpo reduce la presión arterial, estabiliza el ritmo cardíaco y libera **hormona del crecimiento (GH)**, esencial para la reparación de tejidos y el fortalecimiento del sistema inmunológico. Según **Narrow (1997)**, un descanso óptimo se asocia con seis condiciones básicas: orden en la vida, satisfacción

emocional, tranquilidad interior, sentido de propósito, estabilidad afectiva y una actividad significativa. Cuando estos elementos se alteran, el sueño pierde calidad y se interrumpe la restauración del organismo.

El sueño está organizado en **ciclos y fases** —REM y no REM— que se alternan durante la noche. Cada una cumple funciones específicas: las fases profundas permiten la reparación física, mientras que la fase REM está vinculada con la consolidación de la memoria y la regulación emocional (Walker, 2017). La interrupción de estos ciclos, ya sea por estrés, hábitos inadecuados o consumo de sustancias estimulantes, genera un desequilibrio que afecta directamente la atención, la inmunidad y el estado de ánimo.

Consecuencias del déficit de descanso

La privación crónica del sueño se ha convertido en un problema de salud pública. La **OMS (2020)** advierte que más del 40% de los adultos duermen menos de lo recomendado, lo que incrementa la probabilidad de padecer **trastornos metabólicos**, **obesidad**, **hipertensión**, **ansiedad** y **depresión**. A nivel laboral, la falta de descanso se asocia con menor productividad, mayor número de errores y riesgo de accidentes. En el plano emocional, se manifiesta con irritabilidad, fatiga mental y dificultad para manejar las presiones cotidianas.

Kornblit y Mendes (2000) ya destacaban que la salud mental está íntimamente ligada a la calidad del descanso: un sueño insuficiente reduce la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno social y enfrentar los desafíos de la vida moderna. Desde una perspectiva psicosocial, el descanso no solo cumple una función reparadora del cuerpo, sino también una función de *reconexión* con el equilibrio interior y con la dimensión espiritual del ser.

Estrés y autorregulación emocional

El estrés es una respuesta fisiológica y psicológica ante situaciones percibidas como amenazantes o exigentes. Si bien en niveles moderados puede ser adaptativo —ayuda a reaccionar ante desafíos—, su **prolongación o intensidad excesiva** se convierte en un factor de riesgo para múltiples enfermedades.

Según **Sapolsky (2018)**, el estrés crónico activa de forma sostenida el eje hipotálamo–hipófiso–adrenal, aumentando la liberación de **cortisol**, lo cual afecta el sistema inmunológico, altera el metabolismo de la glucosa y debilita la capacidad de recuperación del organismo. La **American Psychological Association (APA, 2021)** agrega que el estrés no controlado puede derivar en depresión, insomnio, fatiga emocional y deterioro de las relaciones interpersonales.

El manejo del estrés implica fortalecer la **resiliencia emocional** y aprender estrategias de autorregulación que integren la mente y el cuerpo. Técnicas como la **respiración consciente, la meditación, la oración, el ejercicio físico moderado y la planificación equilibrada del tiempo** ayudan a reducir los niveles de tensión y favorecen el sueño reparador. En la visión espiritual del bienestar, el descanso del cuerpo y la calma interior están íntimamente vinculados con la confianza en Dios y la práctica de la fe como fuente de paz mental (White, 1949).

Descanso espiritual y equilibrio interior

El descanso no se limita a dormir, sino que también abarca el **reposo mental y espiritual**. En este sentido, el concepto bíblico del *Sábado* o día de reposo expresa la necesidad humana de detenerse, reflexionar y renovar la conexión con el Creador y con uno mismo. Desde la perspectiva **adventista**, este principio tiene implicancias fisiológicas y psicológicas: dedicar tiempo al descanso espiritual semanal reduce el estrés, promueve la estabilidad emocional y refuerza los lazos familiares y comunitarios (Pinzón, 2013). El descanso, entonces, se convierte en un acto de equilibrio integral que trasciende lo biológico para alcanzar una dimensión de trascendencia y sentido.

Estrategias para mejorar el descanso y gestionar el estrés

Para lograr un descanso de calidad y una adecuada gestión del estrés, la **OMS (2020)** y la **National Sleep Foundation (2019)** recomiendan:

- Mantener horarios regulares de sueño, incluso los fines de semana.
- Evitar el consumo de cafeína, nicotina y alcohol en las horas previas al descanso.

- Reducir la exposición a pantallas antes de dormir y crear un ambiente oscuro y silencioso.
- Practicar ejercicios de relajación o meditación antes de acostarse.
- Incluir actividad física durante el día para mejorar la calidad del sueño nocturno.
- Cultivar una vida espiritual activa que promueva la calma interior y la gratitud.

Estas pautas, junto con una alimentación equilibrada y una actitud mental positiva, conforman el **triángulo del bienestar**, que une cuerpo, mente y espíritu en un proceso de restauración continua.

En síntesis, el **descanso, el sueño y el manejo del estrés** constituyen una tríada inseparable en la conservación de la salud. El descanso permite la reparación corporal, el sueño regula la mente y las emociones, y el manejo del estrés asegura la estabilidad interior. Su ausencia o desequilibrio no solo deteriora el estado físico, sino que desorganiza la estructura emocional y espiritual del ser humano.

Por tanto, cultivar hábitos de descanso adecuados, aprender a gestionar el estrés y priorizar el bienestar mental y espiritual son prácticas indispensables dentro de un estilo de vida saludable. Tal como enseña la sabiduría bíblica: *"Venid a mí, todos los que estáis trabajados y cargados, y yo os haré descansar"* (Mateo 11:28), recordándonos que el verdadero descanso nace del equilibrio entre el cuerpo, la mente y el alma.

1.2.3.4. Temperancia y autocontrol en el consumo.

La **temperancia**, entendida como el equilibrio y la moderación en el uso de los recursos y placeres de la vida, constituye uno de los pilares más importantes del estilo de vida saludable. Representa la capacidad del ser humano para ejercer dominio propio y mantener la armonía entre las necesidades del cuerpo, la mente y el espíritu. En el ámbito de la salud, la temperancia se traduce en el **autocontrol de los hábitos de consumo** —de alimentos, sustancias y comportamientos—, buscando el punto justo entre la satisfacción y el exceso. Su práctica implica no solo evitar aquello que daña, sino también usar con prudencia lo que beneficia.

Desde un enfoque integral, la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)** sostiene que la promoción de estilos de vida saludables requiere fomentar habilidades de autocontrol que permitan resistir las presiones sociales hacia el consumo excesivo. Este principio se aplica tanto a la alimentación y las bebidas como al uso de tecnología, medicamentos o entretenimiento. La temperancia, por tanto, no es una renuncia al placer, sino un ejercicio consciente de **libertad responsable**, en el que la persona elige lo que favorece su bienestar físico y moral.

Fundamento filosófico y espiritual de la temperancia

El concepto de temperancia tiene raíces antiguas que se remontan a la ética clásica. Para **Aristóteles**, la virtud consistía en encontrar el justo medio entre el exceso y el defecto, es decir, la moderación en los deseos y las acciones. En el pensamiento cristiano, la temperancia se eleva a una virtud cardinal que regula los apetitos y mantiene la dignidad del ser humano frente a sus pasiones.

Desde la perspectiva **adventista del séptimo día**, la temperancia adquiere un sentido espiritual más profundo. **Ellen G. White (1949)** la define como "la abstinencia total de lo dañino y el uso prudente de lo bueno", lo que implica rechazar toda sustancia o práctica perjudicial (alcohol, tabaco, drogas, excitantes, desvelo, exceso alimenticio) y adoptar hábitos saludables con disciplina. Para White, el cuerpo es el "templo del Espíritu Santo", por lo que su cuidado constituye un deber moral y religioso. De este modo, la temperancia se convierte en una forma de adoración y gratitud al Creador.

En su dimensión espiritual, la temperancia también implica el **autogobierno interior**, el dominio de los impulsos, el equilibrio entre el deseo y la razón, y la capacidad de actuar conforme a principios, no a emociones. Como afirma **Pinzón (2013)**, el estilo de vida cristiano saludable se basa en la autodisciplina, la pureza y la confianza en Dios como fuente de fortaleza para mantener hábitos equilibrados.

Autocontrol como principio psicológico

Desde la psicología moderna, el **autocontrol** se entiende como la habilidad para regular pensamientos, emociones y comportamientos a fin de alcanzar metas a largo plazo. Según la **American Psychological Association (APA, 2021)**, el autocontrol es

un componente esencial de la inteligencia emocional y de la salud mental, pues permite resistir impulsos inmediatos en favor de recompensas futuras.

Los estudios de **Tversky y Kahneman (2017)** sobre toma de decisiones muestran que el ser humano tiende a sobrevalorar los beneficios inmediatos y subestimar las consecuencias futuras. Este sesgo cognitivo explica por qué muchas personas, aun sabiendo lo que es saludable, mantienen hábitos nocivos. La temperancia, entonces, requiere no solo voluntad, sino también **conciencia, educación y estrategias conductuales** que faciliten elecciones coherentes con los valores personales.

En el ámbito de la salud pública, **Kelly y Barker (2016)** plantean que los comportamientos relacionados con el consumo —de alimentos, alcohol o tecnología— son moldeados por el entorno y las normas sociales. Por ello, promover el autocontrol individual debe ir acompañado de políticas que faciliten contextos saludables: regulación de publicidad, etiquetado de alimentos, espacios libres de tabaco y campañas de prevención.

Temperancia en la alimentación y el uso de sustancias

El principio de temperancia se aplica de manera directa en la **alimentación**, donde el exceso y la carencia pueden ser igualmente dañinos. Comer en exceso, incluso alimentos saludables, puede producir sobrepeso, indigestión y enfermedades metabólicas. La **OMS (2018)** enfatiza la necesidad de moderar el consumo calórico, evitar los alimentos ultraprocesados y mantener un equilibrio entre la ingesta y el gasto energético. La moderación también incluye la reducción del consumo de azúcares refinados, cafeína y sodio, así como la abstinencia del alcohol y el tabaco, sustancias que deterioran progresivamente el organismo.

En cuanto al **consumo de drogas lícitas e ilícitas**, la temperancia se opone frontalmente a su uso. El abuso de alcohol, tabaco, psicofármacos y otras sustancias adictivas afecta el sistema nervioso central, altera la percepción, el juicio y el control emocional. De acuerdo con la **OMS (2020)**, el consumo de alcohol causa aproximadamente 3 millones de muertes anuales en el mundo, mientras que el tabaco es

responsable de más de 8 millones. Estos comportamientos adictivos no solo dañan la salud individual, sino también la estructura familiar y social.

Desde la perspectiva espiritual, White (1949) advertía que el abuso de sustancias no solo destruye el cuerpo, sino que "entorpece la mente y debilita la sensibilidad moral". Por tanto, la abstinencia total de lo perjudicial no es una imposición, sino una forma de libertad: la libertad de vivir sin dependencia y con claridad mental para tomar decisiones correctas.

Temperancia en la era digital y del consumo emocional

En la sociedad contemporánea, la temperancia también se extiende a los nuevos hábitos de consumo digital y emocional. El uso excesivo de redes sociales, la exposición continua a pantallas y la dependencia del entretenimiento instantáneo han generado nuevas formas de adicción. Según la **APA (2021)**, estas conductas estimulan el sistema dopaminérgico del cerebro de manera similar a las sustancias adictivas, generando ciclos de recompensa y ansiedad.

Practicar la temperancia digital implica establecer límites de tiempo frente a los dispositivos, priorizar el descanso mental y fortalecer la capacidad de concentración y presencia. Asimismo, en el ámbito emocional, el autocontrol se expresa en la gestión equilibrada de las reacciones, evitando los extremos de ira, impulsividad o apatía. En palabras de **Cockerham (2007)**, los estilos de vida saludables requieren de "estructuras de autocontrol social e individual" que regulen la conducta y mantengan el bienestar colectivo.

Estrategias para cultivar la temperancia

El desarrollo de la temperancia y el autocontrol requiere práctica constante y disciplina mental. Algunas estrategias sugeridas por la **OMS (2020)** y la **APA (2021)** incluyen:

- Establecer metas de consumo consciente (alimentario, tecnológico o recreativo).
- Identificar los detonantes del comportamiento impulsivo.

- Sustituir hábitos dañinos por actividades saludables (lectura, deporte, meditación).
- Practicar la autoobservación diaria y la gratitud.
- Rodearse de entornos y personas que fomenten la moderación.
- Integrar la oración o meditación como herramienta de regulación emocional.

La educación temprana en temperancia también es crucial. Inculcar desde la infancia el valor de la moderación y la responsabilidad prepara a las nuevas generaciones para tomar decisiones sabias frente a un mundo saturado de estímulos y ofertas de consumo.

En suma, la **temperancia y el autocontrol en el consumo** representan la expresión más elevada de la autodisciplina y la madurez integral del ser humano. Practicar la temperancia no significa negar los placeres de la vida, sino disfrutarlos de manera equilibrada y responsable, reconociendo los límites que preservan la salud y la libertad.

El verdadero dominio propio no proviene solo del esfuerzo personal, sino del **fortalecimiento espiritual** y del reconocimiento de que la vida es un don que debe administrarse sabiamente. Como enseña la Biblia: *"Todo me es lícito, pero no todo conviene; todo me es lícito, pero no me dejaré dominar de ninguno"* (1 Corintios 6:12). Este principio resume el ideal de la temperancia: vivir en libertad, pero bajo el gobierno de la razón, la fe y el amor por la vida.

1.2.3.5. Salud mental y emocional.

La **salud mental y emocional** constituye un componente central del estilo de vida saludable y un indicador esencial del bienestar integral. No puede entenderse la salud únicamente como la ausencia de enfermedad física, sino como un estado de equilibrio dinámico entre el cuerpo, la mente y el espíritu. En palabras de la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)**, la salud mental es "un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su

comunidad". Desde esta perspectiva, la salud mental no es un fin en sí misma, sino una condición para la realización humana y la convivencia armónica.

La vida moderna, sin embargo, ha generado condiciones que atentan contra este equilibrio: estrés crónico, ansiedad, sobrecarga laboral, fragmentación social y déficit de descanso. Estos factores, combinados con estilos de vida poco saludables, han incrementado la prevalencia de trastornos emocionales y de conducta, haciendo de la salud mental un desafío global. De acuerdo con la **OMS (2020)**, más de 450 millones de personas en el mundo sufren algún trastorno mental, y uno de cada cuatro lo padecerá en algún momento de su vida. La salud mental, por tanto, debe ser concebida como un bien público que requiere educación, prevención y promoción constante.

Naturaleza integral de la salud mental

La salud mental no puede separarse de los determinantes biológicos, psicológicos y sociales que configuran la vida del individuo. Según **Kornblit y Mendes (2000)**, la mente humana es un sistema en interacción permanente con su entorno, en el que influyen la cultura, las relaciones sociales, la economía y los valores. En consecuencia, el equilibrio emocional depende tanto de la estructura interna de la persona como del contexto en el que se desarrolla.

En este sentido, **Cockerham (2007)** plantea que los estilos de vida saludables se sostienen sobre tres pilares: *autoconocimiento*, *autonomía emocional* y *resiliencia social*. El autoconocimiento permite reconocer las emociones y canalizarlas adecuadamente; la autonomía emocional otorga libertad frente a la presión social, y la resiliencia social facilita la adaptación ante los cambios y la superación de las crisis. Cuando estos elementos se integran, el individuo alcanza una estabilidad interior que se traduce en bienestar general.

Inteligencia emocional y autorregulación

El modelo de la **inteligencia emocional**, propuesto por **Daniel Goleman (2018)**, aporta una visión moderna y práctica de la salud mental. Este enfoque sostiene que las emociones no deben ser reprimidas, sino comprendidas, gestionadas y utilizadas de manera constructiva. Una persona emocionalmente inteligente no carece de

sentimientos negativos, pero sabe reconocerlos, expresarlos sin dañar a los demás y transformarlos en oportunidades de crecimiento.

La inteligencia emocional incluye cinco competencias básicas: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales. Todas ellas influyen directamente en el bienestar psicológico y en la calidad de las relaciones humanas. Por ejemplo, la autorregulación ayuda a mantener la calma ante la adversidad, mientras que la empatía fortalece los vínculos afectivos y reduce los conflictos interpersonales. Estas capacidades no son innatas, sino que se pueden desarrollar mediante educación emocional, reflexión y práctica cotidiana.

Factores que afectan la salud mental y emocional

Entre los principales factores que alteran el equilibrio emocional se encuentran el estrés, la falta de descanso, la soledad, los hábitos de consumo nocivos y la desconexión espiritual. **Narrow (1997)** advertía que los desequilibrios emocionales surgen cuando el individuo pierde sentido de propósito y armonía interior, cayendo en estados de frustración o desesperanza. En el mismo sentido, la **APA (2021)** destaca que el aislamiento social, la inseguridad económica y la exposición constante a noticias negativas incrementan los síntomas de ansiedad y depresión.

La globalización y la vida tecnológica han potenciado estos riesgos. El exceso de información, la comparación social en redes y la pérdida del contacto humano afectan la autoestima y la percepción de valía personal. De ahí la necesidad de adoptar hábitos que fortalezcan la mente: establecer rutinas equilibradas, practicar la gratitud, mantener relaciones saludables y dedicar tiempo al silencio, la lectura y la reflexión espiritual.

Enfoque positivo: bienestar psicológico y resiliencia

Más allá de la ausencia de enfermedad, la salud mental implica **florecimiento psicológico**. Según **Seligman (2011)**, fundador de la psicología positiva, el bienestar auténtico se construye sobre cinco dimensiones: emociones positivas, compromiso, relaciones, sentido de vida y logros (modelo PERMA). Este enfoque invita a pasar del tratamiento del sufrimiento a la promoción activa del bienestar. En el contexto de un

estilo de vida saludable, ello significa cultivar pensamientos positivos, practicar la esperanza, y hallar significado en la experiencia cotidiana.

La resiliencia, por su parte, es la capacidad de adaptarse ante la adversidad sin perder el equilibrio interno. No implica evitar el dolor, sino transformarlo en una oportunidad de crecimiento. La OMS (2020) reconoce la resiliencia como un factor protector clave frente a las enfermedades mentales y emocionales, fortaleciendo la autoconfianza y el sentido de control personal.

Dimensión espiritual y sentido de vida

Desde la perspectiva espiritual y bíblico-filosófica, la salud mental no puede desvincularse de la relación del ser humano con su Creador. **Ellen G. White (1949)** afirmaba que la paz interior y la serenidad del alma provienen de una conciencia tranquila y de una conexión viva con Dios. La fe, la oración y la esperanza espiritual actúan como fuentes de fortaleza emocional, pues otorgan propósito y significado incluso en medio del sufrimiento.

La falta de sentido existencial, en cambio, genera vacío emocional y desorientación. En términos logoterapéuticos, **Viktor Frankl (1991)** sostuvo que la búsqueda de sentido es la necesidad más profunda del ser humano, y que su ausencia conduce a la frustración existencial o al "vacío espiritual". Por ello, la espiritualidad —entendida no solo como religión, sino como la experiencia de trascendencia y propósito— se convierte en un elemento curativo y preventivo para la salud mental.

Estrategias para fortalecer la salud mental y emocional

La promoción de la salud mental requiere acciones concretas en tres niveles: personal, social e institucional. Basado en las recomendaciones de la **OMS (2020)** y la **APA (2021)**, se destacan las siguientes estrategias:

- **Practicar la autoconciencia**: identificar emociones, pensamientos y reacciones.
- **Desarrollar rutinas de autocuidado**: descanso suficiente, alimentación equilibrada y ejercicio físico.

- **Fomentar la comunicación empática** y el apoyo social.
- **Establecer límites saludables** en el trabajo y el uso de tecnología.
- **Cultivar la espiritualidad y el sentido de vida** mediante la oración, la meditación o el servicio altruista.
- **Buscar ayuda profesional** cuando se presenten síntomas persistentes de ansiedad o depresión.

Estas acciones fortalecen la mente, equilibran las emociones y promueven un bienestar duradero.

En conclusión, la **salud mental y emocional** es el eje invisible que sostiene todos los demás aspectos del estilo de vida saludable. Sin equilibrio interior, la alimentación, el ejercicio o el descanso pierden su eficacia. Mantener una mente sana implica cultivar la serenidad, el optimismo, la empatía y la espiritualidad, reconociendo que el bienestar no es solo un estado emocional, sino una forma de vivir consciente y agradecida.

Como afirma la **OMS (2014)**, no hay salud sin salud mental; y como enseña la sabiduría bíblica: *"Un corazón alegre hermosea el rostro, pero por el dolor del corazón el espíritu se abate"* (Proverbios 15:13). Cuidar la mente es, por tanto, cuidar la vida misma: un acto de amor hacia uno mismo, hacia los demás y hacia Dios.

1.2.3.6. Esperanza espiritual y bienestar trascendente.

La **esperanza espiritual** constituye la dimensión más profunda del estilo de vida, aquella que conecta al ser humano con su sentido último de existencia y con la convicción de que la vida posee un propósito que trasciende las circunstancias. Más allá de un sentimiento optimista, la esperanza espiritual representa una **fuerza interior de orientación vital**, que otorga significado al sufrimiento, motiva la superación personal y promueve el equilibrio emocional y físico. En este sentido, la espiritualidad es reconocida hoy como un **determinante esencial de la salud integral**, tanto por su influencia en los procesos psicológicos como por su impacto en la biología del bienestar.

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020)**, la salud no puede considerarse completa sin el componente espiritual, entendido como "la energía que inspira al individuo a buscar sentido, propósito y conexión con lo que trasciende". Esta definición reconoce que la dimensión espiritual no se limita a la religiosidad institucional, sino que abarca la **búsqueda personal de trascendencia, fe, valores y paz interior**. La esperanza, en este contexto, actúa como un mecanismo de resiliencia frente al dolor, la pérdida o la enfermedad, reforzando la motivación para vivir y la capacidad de adaptación.

Fundamento filosófico y teológico de la esperanza

Desde las tradiciones bíblicas, la esperanza es un atributo esencial del espíritu humano. En las Escrituras, se la presenta como "el ancla del alma" (Hebreos 6:19), una fuerza que sostiene la fe y da estabilidad ante la incertidumbre. Para la **filosofía cristiana**, la esperanza no es mera expectativa, sino confianza activa en la bondad y providencia divina. **Ellen G. White (1949)** la describe como "la luz que disipa la oscuridad del alma y eleva la mente hacia Dios", subrayando que la conexión espiritual fortalece el cuerpo y el carácter moral.

En la visión **adventista**, la esperanza espiritual se vincula directamente con el cuidado de la salud integral. La confianza en el Creador y el reconocimiento del cuerpo como templo del Espíritu Santo impulsan la responsabilidad del autocuidado, la moderación y el servicio. **Pinzón (2013)** sostiene que "la espiritualidad auténtica produce un estilo de vida coherente, ordenado y saludable, porque nace del reconocimiento de que la vida tiene un propósito divino". Así, la fe y la salud se complementan como expresiones de armonía entre el ser físico y el espiritual.

Perspectiva psicológica y científica de la esperanza

Desde la psicología humanista, la esperanza se considera un **constructo cognitivo y emocional** que orienta el comportamiento hacia metas positivas. **Viktor Frankl (1991)**, en su logoterapia, afirmaba que el sentido de vida —sostenido por la fe y la esperanza— permite al ser humano resistir cualquier sufrimiento. En su célebre frase: *"Quien tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cómo"*, se

resume el poder terapéutico de la esperanza como fuente de resiliencia y equilibrio mental.

Las investigaciones contemporáneas en **psicología de la salud** y **neurociencia espiritual** han demostrado que las prácticas religiosas y meditativas reducen los niveles de cortisol, fortalecen el sistema inmunológico y promueven la longevidad (Koenig, 2012; Puchalski, 2014). La esperanza espiritual, al activar emociones positivas como la gratitud y la compasión, estimula las regiones cerebrales asociadas con la calma y el bienestar. Este vínculo entre fe, emoción y biología respalda la inclusión de la espiritualidad en los modelos de atención integral en salud.

Dimensión trascendente y sentido de vida

El **bienestar trascendente** se refiere a la experiencia de conexión con algo mayor que uno mismo: Dios, la naturaleza, la humanidad o un ideal superior. Este sentido de pertenencia universal confiere dirección a la existencia y amortigua el impacto del sufrimiento. **Cockerham (2007)** sostiene que las prácticas espirituales —oración, meditación, servicio altruista— son manifestaciones culturales de un mismo impulso: el deseo de significado.

Cuando el individuo orienta su vida hacia valores trascendentes, desarrolla una mayor estabilidad emocional y un sentido de propósito que guía sus decisiones cotidianas.

En la experiencia de las comunidades de fe, la esperanza se alimenta a través de la comunión, la adoración y la ayuda mutua. Estas prácticas fortalecen los lazos sociales y promueven actitudes de **optimismo, gratitud y solidaridad**, claves para la salud mental colectiva. Desde una mirada teológica, el bienestar trascendente es el resultado de vivir en armonía con los principios divinos y de reconocer que cada aspecto de la vida —incluido el cuidado del cuerpo— es una expresión de adoración.

La espiritualidad como recurso terapéutico y preventivo

Diversos estudios clínicos han demostrado que la espiritualidad puede ser un **factor protector** frente a la depresión, el estrés y las conductas adictivas (Koenig,

2012). Las personas con una fe activa presentan mayor capacidad de recuperación ante enfermedades graves y una percepción más positiva de la calidad de vida. En contextos hospitalarios, la integración de la atención espiritual —según **Puchalski (2014)**— mejora la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y la relación médico–paciente. Esto se debe a que la fe y la esperanza fortalecen la voluntad de vivir y el compromiso con el propio bienestar.

En el marco del presente estudio, la esperanza espiritual representa una **dimensión funcional y protectora** del estilo de vida. Al cultivar la confianza en Dios, el agradecimiento y la oración, las personas desarrollan una mente más resiliente, reducen la ansiedad y fortalecen su motivación para mantener hábitos saludables. Así, la espiritualidad no solo sostiene la salud emocional, sino que potencia el autocuidado y la prevención de enfermedades.

Estrategias para el fortalecimiento espiritual

Promover la esperanza espiritual requiere integrar prácticas que fomenten la conexión interior y el sentido trascendente de la vida. Basado en la **OMS (2020)** y en autores espirituales contemporáneos, se proponen las siguientes estrategias:

- Dedicar tiempo diario a la oración, la meditación o la reflexión silenciosa.
- Practicar la gratitud y el perdón como actitudes de liberación emocional.
- Servir a los demás con empatía y propósito.
- Participar en comunidades de fe o grupos de apoyo espiritual.
- Cultivar la lectura inspiradora y la contemplación de la naturaleza.
- Buscar coherencia entre los valores personales y las acciones cotidianas.

Estas prácticas permiten desarrollar una espiritualidad viva, no ritualista, que se traduce en bienestar integral y en una percepción positiva de la vida.

En suma, la **esperanza espiritual y el bienestar trascendente** constituyen la cima del equilibrio humano. Actúan como el motor invisible que impulsa la resiliencia,

el optimismo y la autodisciplina necesarios para mantener un estilo de vida saludable. La esperanza espiritual no elimina el dolor ni las dificultades, pero ofrece la certeza de que cada experiencia tiene un sentido superior y una finalidad formativa.

Como enseña la Biblia: *"Los que esperan en Jehová tendrán nuevas fuerzas; levantarán alas como las águilas; correrán y no se cansarán"* (Isaías 40:31). Este principio resume la esencia de la espiritualidad saludable: una fuerza interior que renueva el cuerpo, pacifica la mente y eleva el espíritu hacia lo eterno.

1.2.4. Dimensiones fisiológicas y psicosociales.

El **estilo de vida saludable** no puede entenderse sin considerar la interacción armónica entre el cuerpo y la mente. Las **dimensiones fisiológicas y psicosociales** constituyen las dos esferas interdependientes que sustentan la salud integral del ser humano. Mientras las funciones fisiológicas garantizan el equilibrio biológico necesario para la vida, las dimensiones psicosociales aportan la estructura emocional, cognitiva y relacional que da sentido a esa existencia. En conjunto, ambas configuran el "ecosistema humano" donde se manifiesta el bienestar o el deterioro, según las decisiones y hábitos que la persona adopte.

Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014)**, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Esta definición, vigente y revolucionaria, reconoció que la dimensión biológica no basta para explicar el estado de salud de una persona, sino que debe integrarse con sus condiciones psicológicas, sociales, culturales y espirituales. En esta visión holística, el cuerpo es el medio a través del cual se expresan las emociones, los pensamientos y las relaciones; y, a su vez, estos influyen directamente en el funcionamiento fisiológico.

Dimensión fisiológica: equilibrio biológico y vitalidad corporal

La **dimensión fisiológica** abarca el conjunto de procesos biológicos que mantienen la homeostasis del organismo: la nutrición, la respiración, el metabolismo, el descanso y la actividad física. Un cuerpo en equilibrio refleja hábitos saludables que permiten el funcionamiento óptimo de los sistemas cardiovascular, digestivo, endocrino

e inmunológico. Sin embargo, cuando la alimentación es inadecuada, el sueño insuficiente o la actividad física escasa, este equilibrio se altera, generando enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad, la diabetes o la hipertensión.

La **alimentación equilibrada** desempeña un papel fundamental. Tal como señalan **Gómez, Loria y Dassen (2009)**, las costumbres alimentarias son resultado de factores biológicos, económicos y culturales que deben orientarse hacia una dieta balanceada y natural. Por su parte, la actividad física regular fortalece el sistema cardiovascular y reduce la incidencia de trastornos metabólicos (Chaspeasen & Christenson, 1985; OMS, 2016). El **descanso fisiológico**, en tanto, permite la regeneración de tejidos, la consolidación de la memoria y la estabilidad emocional.

En la visión espiritual de **Ellen G. White (1949)**, la fisiología humana es un don divino que debe preservarse mediante la obediencia a las leyes naturales. Ella subraya que el aire puro, el agua, el ejercicio, el descanso, la alimentación saludable, la luz solar y la confianza en el poder divino constituyen los verdaderos “remedios naturales”. Así, el bienestar físico no es solo una condición biológica, sino una forma de adoración y respeto al Creador.

El cuerpo, por tanto, se convierte en el reflejo de las decisiones cotidianas: cada elección alimenticia, cada hora de descanso o cada paseo al aire libre contribuye a mantener la vitalidad y la armonía interior. Como afirma **Cockerham (2007)**, los estilos de vida saludables representan una forma de capital corporal, una inversión a largo plazo que se traduce en energía, longevidad y capacidad productiva.

Dimensión psicosocial: equilibrio emocional y relaciones humanas

La **dimensión psicosocial** abarca el conjunto de procesos mentales, emocionales y sociales que determinan la calidad de las interacciones humanas y la estabilidad interior. En esta dimensión, la salud se manifiesta como la capacidad del individuo para mantener relaciones afectivas satisfactorias, afrontar los desafíos de la vida con resiliencia y participar activamente en su comunidad.

Kornblit y Mendes (2000) sostienen que el equilibrio psicosocial se logra cuando las necesidades emocionales —de afecto, pertenencia, reconocimiento y sentido— encuentran satisfacción dentro de un entorno saludable. Las tensiones, los conflictos o el aislamiento social, en cambio, pueden generar ansiedad, depresión o estrés crónico, afectando no solo el bienestar psicológico, sino también el funcionamiento del sistema inmunológico y cardiovascular.

La **psicología positiva**, representada por **Seligman (2011)**, refuerza esta idea al proponer que el bienestar no se limita a la ausencia de síntomas, sino que incluye la presencia de emociones positivas, sentido de propósito y vínculos saludables. Según su modelo PERMA (emoción positiva, compromiso, relaciones, significado y logros), la vida plena se construye sobre relaciones significativas y actitudes optimistas frente a los desafíos.

Desde el enfoque social, **Ryff (2014)** amplía esta noción señalando que el bienestar psicológico implica autonomía, dominio del entorno, propósito vital y crecimiento personal. Una persona socialmente integrada y emocionalmente equilibrada desarrolla mejor salud física, menor incidencia de enfermedades y mayor longevidad.

Interrelación cuerpo–mente–sociedad

El vínculo entre las dimensiones fisiológica y psicosocial es bidireccional. La salud del cuerpo influye en la estabilidad mental, y las emociones, pensamientos y actitudes influyen directamente en los procesos fisiológicos. Este fenómeno, conocido como **psiconeuroinmunología**, demuestra que los estados de ánimo positivos fortalecen el sistema inmune y reducen la inflamación, mientras que el estrés crónico o la tristeza prolongada lo debilitan (WHO, 2020).

El entorno social también desempeña un papel decisivo. La familia, la comunidad y los grupos de pertenencia ofrecen apoyo emocional, modelos de conducta y sentido de identidad. Las relaciones basadas en el respeto y la empatía actúan como "vacunas psicológicas", reduciendo el impacto de la adversidad. En cambio, la soledad, el aislamiento o la violencia social deterioran tanto la mente como el cuerpo. En este

contexto, el **componente espiritual** actúa como integrador, proporcionando esperanza, fortaleza moral y propósito trascendente que armoniza las demás dimensiones.

Integración en un modelo holístico de salud

El reconocimiento de las dimensiones fisiológicas y psicosociales ha dado lugar a modelos holísticos de salud que trascienden la medicina tradicional. Uno de los más influyentes es el **modelo biopsicosocial**, propuesto por George Engel en 1977 y adoptado posteriormente por la OMS. Este enfoque plantea que la enfermedad y la salud son el resultado de la interacción simultánea de factores biológicos, psicológicos y sociales. De acuerdo con este modelo, el tratamiento y la prevención deben incluir intervenciones en todos esos niveles: mejorar la dieta, promover el ejercicio, fortalecer la inteligencia emocional y fomentar redes de apoyo social.

En el marco del presente estudio, estas dimensiones explican cómo los hábitos diarios —alimentación, descanso, ejercicio, pensamiento y relaciones— influyen en el estado general de salud y bienestar. Un estilo de vida equilibrado se manifiesta cuando el cuerpo responde con energía, la mente con serenidad y las relaciones con armonía.

Las **dimensiones fisiológicas y psicosociales** son inseparables en la construcción del bienestar humano. La primera proporciona la base material de la existencia: fuerza, energía y funcionalidad; la segunda, el tejido emocional y social que da significado a esa existencia. Solo cuando ambas dimensiones se desarrollan en equilibrio puede hablarse de salud integral.

El desafío del estilo de vida moderno consiste en reconciliar el cuerpo y la mente, la acción y la contemplación, el trabajo y el descanso, el individuo y la comunidad. Como enseña la sabiduría bíblica: *"El corazón alegre constituye buen remedio; mas el espíritu triste seca los huesos"* (Proverbios 17:22). Cuidar el cuerpo y el alma en conjunto es, por tanto, la expresión más completa de un estilo de vida saludable y plenamente humano.

1.2.5. Promoción de estilos de vida saludables: estrategias, programas y políticas públicas.

La **promoción de estilos de vida saludables** constituye una estrategia esencial para la prevención de enfermedades y la mejora del bienestar colectivo. En el contexto actual, marcado por el incremento de las **enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)** —como la diabetes, la hipertensión, el cáncer o las afecciones cardiovasculares—, los estilos de vida se reconocen como el principal determinante modificable de la salud. La evidencia científica ha demostrado que más del 60% de los factores que afectan el estado de salud dependen de los hábitos personales y sociales (Lalonde, 1974; WHO, 2020). Por tanto, la promoción de la salud debe orientarse no solo a curar enfermedades, sino a **educar, motivar y transformar comportamientos** hacia prácticas sostenibles y conscientes de autocuidado.

Fundamento teórico y evolución del enfoque preventivo

El modelo de **campo de la salud de Lalonde (1974)** fue pionero al establecer que la salud está determinada por cuatro grandes factores: el estilo de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios sanitarios. Este paradigma impulsó el cambio de una medicina centrada en la enfermedad hacia un enfoque **preventivo y promocional**, que coloca al individuo como agente activo de su propio bienestar. Posteriormente, la **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986)** amplió esta visión al definir la promoción de la salud como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla". Esta definición sentó las bases de las políticas internacionales orientadas a fortalecer las capacidades personales y sociales para adoptar modos de vida saludables.

La **OMS (2020)** y la **OPS (2021)** reafirman que la promoción de la salud requiere integrar tres niveles de acción:

1. **Desarrollo de competencias individuales** (educación, motivación, conciencia).
2. **Transformación del entorno social y ambiental** (familia, trabajo, comunidad).
3. **Formulación de políticas públicas saludables** (regulación, financiamiento, equidad).

De este modo, la salud se convierte en una construcción social y colectiva, más allá del ámbito clínico.

Estrategias para la promoción de estilos de vida saludables

Promover un estilo de vida saludable implica un conjunto de **acciones educativas, comunicacionales y comunitarias** que fomentan cambios sostenibles en los hábitos. Según **Becoña, Vázquez y Oblitas (2004)**, la promoción de la salud requiere comprender los comportamientos que mejoran o perjudican el bienestar y fortalecer aquellos que incrementan la calidad y esperanza de vida.

Entre las estrategias más relevantes se encuentran:

- **Educación para la salud:** programas que enseñan desde la escuela hábitos de alimentación, higiene, descanso, autocuidado emocional y actividad física.
- **Comunicación social y marketing saludable:** campañas mediáticas que visibilizan los riesgos del tabaco, el alcohol, el sedentarismo y las dietas inadecuadas, motivando conductas positivas mediante mensajes inspiradores.
- **Intervenciones comunitarias:** talleres, ferias de salud y programas de promoción en barrios, centros laborales y espacios religiosos. Estas actividades buscan fortalecer el tejido social y generar compromiso colectivo.
- **Entornos saludables:** creación de espacios públicos seguros para el deporte, zonas libres de humo, comedores escolares saludables y horarios laborales que favorezcan el descanso y la conciliación familiar.
- **Capacitación de agentes multiplicadores:** formar líderes comunitarios, docentes y personal sanitario que repliquen prácticas saludables en sus contextos locales.

Estas estrategias deben ser sostenidas en el tiempo, culturalmente pertinentes y evaluadas periódicamente para medir su impacto real en los indicadores de salud.

Programas y experiencias exitosas

En América Latina, la **Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021)** promueve programas integrales como *"Ciudades y Entornos Saludables"* y *"Escuelas Promotoras de Salud"*, orientados a fortalecer la acción intersectorial y la participación ciudadana. Estos programas priorizan la actividad física regular, la alimentación saludable, la prevención del consumo de tabaco y alcohol, y la promoción de la salud mental.

En el **Perú**, el **Ministerio de Salud (MINSA, 2023)** impulsa la **Estrategia Sanitaria Nacional de Promoción de la Salud**, que incorpora campañas de comunicación, educación comunitaria y ferias integrales en coordinación con gobiernos locales y organizaciones civiles. Entre sus ejes destacan:

- "**Muévete Perú**", para incentivar la actividad física.
- "**Come sano, vive saludable**", para mejorar los hábitos alimentarios.
- "**Familias saludables**", centrado en la convivencia y salud emocional.

Estas iniciativas reflejan la aplicación práctica de la Carta de Ottawa en contextos locales, articulando políticas, educación y participación social.

Políticas públicas y gobernanza de la salud

La promoción de estilos de vida saludables no puede depender únicamente del individuo; requiere un **marco de políticas públicas coherentes**, basado en la equidad, la justicia social y la sostenibilidad. Según la **OMS (2020)**, las políticas públicas saludables deben asegurar que las decisiones económicas, ambientales y sociales favorezcan el bienestar colectivo.

Algunos ejemplos de políticas eficaces incluyen:

- Impuestos a bebidas azucaradas y productos ultraprocesados.
- Etiquetado nutricional claro y obligatorio.

- Prohibición de publicidad de tabaco y alcohol dirigida a menores.
- Creación de espacios verdes y ciclovías urbanas.
- Integración de la educación en salud en todos los niveles escolares.

Estas medidas permiten que la opción saludable sea la más fácil de elegir. No obstante, requieren compromiso político, financiamiento adecuado y participación ciudadana para ser sostenibles.

Dimensión espiritual y ética en la promoción de la salud

La promoción de la salud no solo se reduce a medidas médicas o educativas, sino que abarca también la **dimensión moral y espiritual** del ser humano. **Ellen G. White (1949)** subrayó que la verdadera reforma de la salud comienza en el corazón: implica un cambio de pensamiento, motivación y valores. La educación en salud debe inspirar en las personas el sentido de responsabilidad hacia la vida y el respeto por la creación divina.

Desde esta perspectiva, promover la salud significa también promover la **dignidad humana, la justicia y la solidaridad**. Los programas de promoción deben basarse en principios bioéticos —autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia— y fomentar la empatía como fundamento de una cultura del cuidado.

Desafíos actuales y perspectivas futuras

Entre los principales retos contemporáneos se encuentran la **transición nutricional** hacia dietas ultraprocesadas, la **digitalización sedentaria**, el aumento del estrés y los problemas de salud mental, así como la persistente inequidad en el acceso a servicios básicos.

Para enfrentar estos desafíos, la **OMS (2022)** propone un enfoque de “salud en todas las políticas” (*Health in All Policies*), que integre la promoción del bienestar en todos los sectores: educación, transporte, economía, medio ambiente y cultura. Este paradigma refuerza la idea de que la salud no es responsabilidad exclusiva del sistema sanitario, sino de toda la sociedad.

En el futuro, las estrategias deberán combinar la tecnología con la educación humanista: uso de aplicaciones para el seguimiento de la actividad física, programas digitales de apoyo emocional y redes comunitarias que promuevan la interacción social saludable. La clave estará en **reconstruir la cultura del cuidado**, donde la salud sea comprendida como valor moral, espiritual y social.

La **promoción de estilos de vida saludables** es, en esencia, un acto de responsabilidad colectiva y de respeto por la vida. No se limita a evitar enfermedades, sino que busca crear las condiciones para que cada persona y comunidad pueda desarrollar su máximo potencial de bienestar físico, mental, social y espiritual.

Adoptar políticas públicas saludables, fortalecer la educación y fomentar valores de solidaridad y templanza son pasos esenciales para construir sociedades más justas y longevas. En palabras de la **Carta de Ottawa (OMS, 1986)**, *"la salud se crea y se vive en los lugares donde las personas aprenden, trabajan, juegan y aman"*. Promover la salud, por tanto, es promover la vida misma.

1.2.6. Modelos bíblico-filosóficos de vida saludable (principios de salud en la Biblia, visión adventista y ética del cuidado).

La Biblia presenta desde sus primeros capítulos un modelo integral de salud en el que la vida humana se concibe como una unidad de cuerpo, mente y espíritu, inseparable del propósito divino. En el relato de la creación, Dios establece principios que trascienden el tiempo: alimentación natural, trabajo físico, descanso sabático, pureza moral y dependencia espiritual. Estos fundamentos configuran el **modelo bíblico-filosófico de vida saludable**, cuyo eje central es la armonía con las leyes divinas de la naturaleza. El texto sagrado expresa en **Éxodo 15:26**: *"Si oyeres atentamente la voz de Jehová tu Dios, e hicieres lo recto delante de sus ojos... ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti; porque yo soy Jehová tu sanador."* Este principio revela que la salud no es solo una condición biológica, sino una consecuencia espiritual y ética de la obediencia y el equilibrio.

En el pensamiento bíblico, la **salud es un don divino y una responsabilidad humana**. La vida saludable se fundamenta en la obediencia a las leyes naturales y morales, en la moderación y en el reconocimiento de Dios como fuente de vida. El

apóstol Juan resume este ideal en su tercera carta: *"Amado, deseo que seas prosperado en todas las cosas y que tengas salud, así como prospera tu alma"* (3 Juan 1:2). Esta integración de prosperidad espiritual y bienestar físico constituye la base del concepto cristiano de salud integral.

Principios de salud en la Biblia

Las Escrituras revelan normas de vida que hoy pueden interpretarse como **principios preventivos de salud pública**. En Génesis 1 y 2, la dieta original basada en frutos, semillas y granos ofrece un modelo de nutrición natural, equilibrado y libre de sustancias nocivas. El mandamiento del descanso sabático (Éxodo 20:8–11) establece la importancia del reposo físico y mental como parte del ritmo vital. El énfasis en la limpieza ritual y la purificación (Levítico 11–15) anticipa conceptos modernos de higiene y control epidemiológico.

Estos preceptos muestran que el ideal divino para la humanidad es la **vida abundante** mencionada por Jesús en **Juan 10:10**: *"He venido para que tengan vida, y para que la tengan en abundancia."* No se trata únicamente de longevidad, sino de una existencia plena, significativa y saludable. Por tanto, el modelo bíblico propone una **teología del cuerpo** en la que la materia no se desprecia, sino que se valora como instrumento del espíritu y expresión de la voluntad divina.

La visión adventista del estilo de vida saludable

La **Iglesia Adventista del Séptimo Día** ha desarrollado a lo largo de su historia una doctrina distintiva de salud basada en la interpretación práctica de los principios bíblicos. Inspirada en los escritos de **Ellen G. White (1949)**, la visión adventista concibe al ser humano como una unidad bio-psico-socio-espiritual. Su filosofía sostiene que el cuerpo es el "templo del Espíritu Santo" y debe ser cuidado mediante la observancia de **ocho principios naturales de salud**, también conocidos como *los ocho remedios naturales*: aire puro, luz solar, descanso, ejercicio, alimentación adecuada, uso de agua, temperancia y confianza en el poder divino.

Para White, la enfermedad no es un castigo divino, sino el resultado de la transgresión de las leyes naturales. En su obra *Consejos sobre el régimen alimenticio*

(1949), afirma: *"Debe obtenerse conocimiento con respecto a cómo comer, beber y vestir para preservar la salud; la enfermedad es causada por la violación de las leyes de la salud; es el resultado de infringir las leyes de la naturaleza."* Esta afirmación anticipa el paradigma moderno de la **promoción de la salud**, en el que el conocimiento y la prevención son pilares de la vida plena.

El modelo adventista se caracteriza por su enfoque **educativo y preventivo**. En lugar de tratar únicamente los síntomas, busca restaurar el equilibrio físico y espiritual mediante la reforma del estilo de vida. Las instituciones adventistas de salud, como los hospitales y centros de influencia, promueven programas integrales de bienestar basados en el autocuidado, la educación sanitaria, la espiritualidad y la responsabilidad personal. Investigaciones internacionales han demostrado que las comunidades adventistas presentan **mayor longevidad y menor incidencia de enfermedades crónicas** gracias a la práctica coherente de estos principios (Koenig, 2012).

Ética del cuidado y responsabilidad moral

El modelo bíblico-filosófico no se limita a la salud individual, sino que promueve una **ética del cuidado** hacia los demás y hacia la creación. En el relato del Génesis, el ser humano es designado como "mayordomo" de la tierra (Génesis 2:15), lo que implica responsabilidad, respeto y uso racional de los recursos naturales. La salud, en este contexto, es también una forma de justicia: cuidar del propio cuerpo y del ambiente es contribuir al bienestar común.

Desde la bioética contemporánea, **Puchalski (2014)** y **Koenig (2012)** sostienen que el cuidado compasivo, la empatía y la espiritualidad son dimensiones esenciales de la atención médica y comunitaria. En esta línea, el modelo bíblico coincide con los principios bioéticos universales —autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia— al promover una conducta orientada por el amor y la responsabilidad. El **principio del amor al prójimo**, núcleo de la ética cristiana (Mateo 22:37–39), fundamenta el compromiso de cuidar de la salud propia y de los demás como expresión de respeto por la vida.

En la visión adventista, esta ética se traduce en **acciones concretas de servicio y educación sanitaria**, pues la salud se concibe como un medio para servir a Dios y al prójimo. Así, el cuidado del cuerpo no es un fin egoísta, sino una forma de preparación para el servicio. La vida sana, equilibrada y altruista es vista como la manifestación práctica de la fe.

Dimensión espiritual y armonía integral

El modelo bíblico-filosófico culmina en la búsqueda de la **armonía integral**: equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu bajo la dirección de Dios. La espiritualidad ofrece al individuo fortaleza emocional, propósito existencial y esperanza trascendente. La confianza en Dios actúa como fuente de paz interior y como medicina del alma. White (1949) afirmaba que "la fe en el poder divino es el verdadero remedio", porque alivia la ansiedad y renueva la mente.

La **OMS (2020)** reconoce hoy la espiritualidad como un determinante positivo de salud, subrayando que las personas con sentido de trascendencia presentan mayor resiliencia ante el sufrimiento y mejor recuperación frente a las enfermedades. Así, los principios bíblico-filosóficos, lejos de ser arcaicos, se alinean con los enfoques contemporáneos de la salud integral y el bienestar sostenible.

Los **modelos bíblico-filosóficos de vida saludable** integran ciencia, ética y espiritualidad en una visión holística del ser humano. En ellos, la salud no se concibe como un privilegio, sino como un deber moral y una bendición divina. El equilibrio físico, mental y espiritual constituye la expresión tangible de la vida en armonía con las leyes de Dios y con los principios universales del bien.

Vivir saludablemente, desde esta perspectiva, implica obediencia, autocontrol, gratitud y servicio. Como afirma el apóstol Pablo: *"Glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios"* (1 Corintios 6:20). En esta exhortación se resume la esencia del modelo bíblico de salud: cuidar la vida como acto de adoración, cultivar la mente como reflejo del carácter divino y servir al prójimo como expresión del amor perfecto.

El análisis del **estilo de vida** como variable determinante de la salud permite comprender que el bienestar humano no depende exclusivamente de factores biológicos o médicos, sino del entramado complejo de decisiones, valores, conductas y condiciones sociales que configuran la existencia cotidiana. Desde los **enfoques clásicos y modernos** —Adler, Lalonde, Cockerham y la OMS— hasta los aportes contemporáneos de la psicología positiva y la teología de la salud, se confirma que la vida saludable es una construcción dinámica y consciente que integra dimensiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales.

El recorrido histórico y conceptual evidencia que el término "estilo de vida" ha evolucionado desde su connotación psicológica y sociológica hasta convertirse en una categoría fundamental en salud pública. En su base, persiste la idea de que cada individuo expresa, a través de sus hábitos, una forma de relacionarse consigo mismo, con los demás y con el entorno. La alimentación equilibrada, la actividad física, el descanso reparador, la temperancia, la estabilidad emocional y la esperanza espiritual conforman los **pilares de un estilo de vida saludable**, capaces de prevenir enfermedades y promover la plenitud.

Asimismo, los **factores biosocioculturales** —edad, género, nivel educativo, religión, entorno económico y cultural— actúan como mediadores que condicionan las decisiones de salud, confirmando la naturaleza social del comportamiento humano. Los **modelos psicológicos y conductuales** sostienen que los hábitos se aprenden, se refuerzan y pueden modificarse mediante la educación, la motivación y el acompañamiento comunitario. En este sentido, la promoción de estilos de vida saludables no se reduce a la información, sino que requiere generar contextos sociales que faciliten la elección saludable.

Los **modelos bíblico-filosóficos**, por su parte, ofrecen un fundamento ético y espiritual al concepto de salud integral. Desde las Escrituras, el ser humano es visto como mayordomo de su cuerpo y del entorno, llamado a vivir en armonía con las leyes divinas de la naturaleza. La visión **adventista** refuerza esta perspectiva al proponer los ocho remedios naturales como guía práctica de equilibrio y autocuidado, articulando la ciencia con la fe. En este marco, la salud se convierte en una forma de adoración, la

prevención en un acto de obediencia, y el servicio en la expresión suprema del bienestar.

Finalmente, la **promoción de la salud**, sustentada en políticas públicas y estrategias educativas, se erige como la vía concreta para transformar el conocimiento en acción. Programas intersectoriales, entornos saludables y campañas comunitarias representan hoy la materialización de los principios que siglos atrás fueron enseñados en las Escrituras y confirmados por la ciencia moderna.

En suma, el estilo de vida saludable es la convergencia entre **ciencia, ética y espiritualidad**. Es la elección constante de vivir en equilibrio, de cuidar el cuerpo como templo, la mente como instrumento y el espíritu como fuente de propósito. Tal como sintetiza la sabiduría bíblica: *"El deseo de Dios es que prosperes en todo y tengas salud, así como prospera tu alma"* (3 Juan 1:2). Esta unión entre fe y razón constituye el cimiento del presente estudio y el punto de partida para analizar, en el siguiente capítulo, la segunda variable esencial: el **estado de salud** como reflejo de la forma en que elegimos vivir.

CAPÍTULO II

LA SALUD: CONCEPTOS, DETERMINANTES Y CALIDAD DE VIDA

La salud constituye uno de los bienes más preciados del ser humano y, a la vez, una de las realidades más complejas de definir y preservar. No se trata únicamente de la ausencia de enfermedad, sino de un estado dinámico de equilibrio físico, mental, social y espiritual que permite a la persona desarrollarse plenamente en su entorno. Desde las antiguas concepciones hipocráticas hasta los enfoques contemporáneos de la Organización Mundial de la Salud, la idea de salud ha transitado de lo meramente biológico hacia una visión **integral, multidimensional y humanista**, en la que convergen la ciencia, la cultura, la ética y la espiritualidad.

A lo largo de la historia, el concepto de salud ha reflejado los valores y condiciones de cada época. En las sociedades antiguas, se entendía como armonía con la naturaleza y los dioses; en la modernidad, como equilibrio del organismo y ausencia de dolencia; y en el pensamiento actual, como la capacidad del individuo para adaptarse, convivir y participar activamente en la vida social. De esta evolución surge una comprensión más profunda: la salud no es un estado fijo, sino un proceso continuo de autorregulación y adaptación frente a los desafíos del entorno físico, emocional y social.

En este contexto, los **determinantes de la salud** —definidos por Lalonde (1974) y retomados por la OMS— cobran especial relevancia. Estos factores, entre los que se incluyen la biología humana, el medio ambiente, los servicios de salud y, sobre todo, los estilos de vida, interactúan de manera permanente para influir en el bienestar individual y colectivo. Así, la salud se revela como un producto social y personal, resultado tanto de las políticas públicas como de las decisiones cotidianas, de la estructura económica como de los hábitos aprendidos, y del entorno espiritual como del autocuidado.

La calidad de vida, íntimamente vinculada con el estado de salud, amplía aún más la comprensión de este fenómeno. No basta con prolongar los años de existencia; se

trata de **vivir con sentido, funcionalidad y satisfacción**, en coherencia con los valores y propósitos de cada individuo. La salud, en este sentido, se transforma en un indicador de desarrollo humano, justicia social y respeto por la dignidad de la persona.

Desde una mirada filosófica y teológica, la salud es también una forma de plenitud espiritual. En la tradición bíblica, se asocia con la paz interior (*shalom*), la armonía con Dios y el prójimo, y la integridad del ser. Este enfoque espiritual no se opone al conocimiento científico, sino que lo complementa al ofrecer un horizonte de significado y esperanza. La verdadera salud no solo se mide en cifras o diagnósticos, sino en la capacidad de amar, servir y encontrar propósito incluso en medio del sufrimiento.

El presente capítulo profundiza en las **nociones conceptuales, determinantes y dimensiones de la salud**, revisando las teorías clásicas y contemporáneas que la sustentan. Asimismo, explora su relación con la calidad de vida y los desafíos actuales en un mundo marcado por el estrés, el sedentarismo y las desigualdades sociales. Comprender la salud en su totalidad es comprender la esencia de la vida misma: un equilibrio en movimiento, una búsqueda constante de bienestar y una expresión tangible del valor supremo de existir.

2.1. Referentes teóricos sobre la salud

Comprender la salud exige situarla dentro de un marco teórico que reconozca su complejidad y su carácter multidimensional. Lejos de reducirse a la simple ausencia de enfermedad, la salud ha sido definida, reinterpretada y ampliada por distintas disciplinas —la medicina, la psicología, la sociología, la filosofía y la teología— que han aportado perspectivas complementarias sobre su significado y su valor. Cada una de ellas ha contribuido a construir una visión más integral del bienestar humano, revelando que la salud no es un estado estático, sino un proceso dinámico de adaptación, equilibrio y autorrealización.

Los **referentes teóricos clásicos**, como los de **Hipócrates**, entendían la salud como armonía entre los elementos del cuerpo y las fuerzas de la naturaleza; mientras que en la modernidad, el modelo biomédico la restringió a la funcionalidad orgánica y a la intervención curativa. Sin embargo, los avances científicos, junto con el desarrollo de

las ciencias sociales y del pensamiento humanista, impulsaron una transformación profunda: la salud pasó a concebirse como una **condición integral del ser humano**, donde el bienestar físico, mental, social y espiritual son inseparables. Esta perspectiva fue institucionalmente consolidada por la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948)**, que la definió como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Desde entonces, diversos autores han propuesto **modelos explicativos** que buscan comprender la salud en su relación con los contextos sociales, culturales y psicológicos. **Kornblit y Mendes (2000)**, por ejemplo, identifican enfoques somáticos, psíquicos, sanitarios, económicos, políticos y culturales que, en conjunto, permiten captar la amplitud del fenómeno. Asimismo, el modelo **biopsicosocial** —formulado por Engel (1977)— consolidó la idea de que la salud depende de la interacción constante entre los procesos biológicos, las emociones y los determinantes socioculturales del individuo.

En este sentido, la salud no puede analizarse como un fenómeno aislado ni como una condición meramente individual. Es el reflejo de una red de factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que se influyen mutuamente. De ahí que el concepto haya evolucionado hacia una **visión holística y ecológica**, en la que el equilibrio personal se vincula con el equilibrio social y ambiental. La salud se convierte, así, en una expresión de armonía entre el ser humano y su entorno, entre el cuerpo y la mente, entre la libertad y la responsabilidad.

Los **referentes teóricos contemporáneos** amplían este horizonte al incorporar la noción de **determinantes sociales**, que subraya la influencia de las condiciones de vida, el acceso a recursos, la educación y la equidad en el bienestar. A la vez, la filosofía de la salud recupera su dimensión ética: cuidar la salud es cuidar la vida, y este cuidado implica compromiso, justicia y compasión.

Por tanto, los referentes teóricos de la salud permiten comprenderla como un fenómeno **multidimensional, relacional y ético**, donde convergen los procesos fisiológicos, las emociones, la cultura y los valores. Este apartado examina las principales concepciones y enfoques que la sustentan, desde las interpretaciones

biomédicas y psicológicas hasta las perspectivas sociales, culturales y espirituales que hoy definen el ideal de una salud integral y sostenible.

2.1.1. Evolución histórica del concepto de salud.

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo de los siglos conforme la humanidad ha transformado su comprensión del cuerpo, la enfermedad y la vida misma. Desde las primeras civilizaciones hasta los enfoques contemporáneos, la salud ha sido interpretada bajo paradigmas filosóficos, religiosos y científicos que reflejan la cosmovisión y el desarrollo cultural de cada época.

En la **Antigüedad**, las culturas egipcia, china e india concebían la salud como armonía entre el hombre y la naturaleza. En Egipto, los papiros de Ebers ya describían prácticas higiénicas y dietéticas vinculadas al equilibrio de los "humores vitales". En China, el *Tao Te Ching* y el *Nei Jing* proponían que la salud dependía del balance entre el *yin* y el *yang*, mientras que en la India, el sistema **ayurvédico** enseñaba que el bienestar surgía del equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu.

En el mundo griego, **Hipócrates (siglo V a. C.)** introdujo la primera visión racional de la salud, desvinculándola de la superstición. Según su teoría de los cuatro humores (sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema), la enfermedad era el resultado de un desequilibrio interno, y la salud, su restablecimiento. **Aristóteles** y **Galeno** profundizaron en esta idea, relacionando la salud con la moderación y la virtud, un ideal que vinculaba la medicina con la ética. En esta etapa, el concepto de salud se entendía como **armonía natural y moral**, una síntesis entre cuerpo y espíritu.

Durante la **Edad Media**, la visión religiosa dominó el pensamiento europeo. La salud se consideraba un don divino, y la enfermedad, una prueba espiritual o castigo. La medicina monástica promovía el cuidado del alma tanto como del cuerpo, y los hospitales se convirtieron en espacios de caridad más que de curación. Sin embargo, en el mundo islámico, pensadores como **Avicena (Ibn Sina)** con su *Canon de Medicina* conservaron el legado hipocrático y galénico, aportando observaciones clínicas avanzadas que influirían en la medicina renacentista.

Con la **Revolución Científica** de los siglos XVI y XVII, se consolidó una visión mecanicista del cuerpo humano. Inspirado por **Descartes (1637)**, el dualismo mente-cuerpo separó lo físico de lo espiritual, y la salud se redujo al correcto funcionamiento del organismo. En los siglos XVIII y XIX, con los avances de **Pasteur** (teoría microbiana) y **Virchow** (teoría celular), la medicina se centró en la etiología biológica de las enfermedades, dando origen al **modelo biomédico**, que dominaría la medicina occidental por más de un siglo. Este paradigma, aunque permitió grandes progresos, limitó la comprensión del ser humano al plano puramente biológico.

El siglo XX marcó un cambio trascendental. Tras la Segunda Guerra Mundial, la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948)** redefinió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad". Esta declaración introdujo la noción de **bienestar integral**, reconociendo la importancia de los factores psíquicos y sociales. Más adelante, el **Informe Lalonde (1974)** del Ministerio de Salud de Canadá incorporó el concepto de **determinantes de la salud** (biología humana, medio ambiente, estilos de vida y sistema de atención sanitaria), abriendo paso a una nueva forma de entender las políticas públicas y la responsabilidad individual.

En 1977, **George Engel** propuso el **modelo biopsicosocial**, que integró los procesos biológicos, psicológicos y sociales como determinantes interactivos del bienestar, desafiando el reduccionismo biomédico. De forma paralela, **Canguilhem (1971)** sostuvo que la salud no debía definirse por la norma estadística, sino por la capacidad del individuo para adaptarse a su medio, afirmando que "estar sano es poder caer enfermo y recuperarse". Estas visiones humanistas devolvieron a la medicina su dimensión ética y existencial.

Finalmente, los enfoques **ecológicos y holísticos** de las últimas décadas incorporan nuevas variables: la espiritualidad, el equilibrio ambiental, la justicia social y la sostenibilidad. La salud, en el siglo XXI, se entiende como **un proceso de armonía dinámica** entre el individuo, la sociedad y la naturaleza. De esta manera, la ciencia médica se alinea con las cosmovisiones ancestrales y las corrientes filosóficas contemporáneas, reconociendo que el bienestar humano depende tanto del cuerpo como del alma, tanto de la biología como de la conciencia.

En síntesis, la evolución histórica del concepto de salud ha recorrido un arco que va desde la **armonía natural y espiritual de la Antigüedad**, pasando por el **mecanicismo científico moderno**, hasta llegar a una **visión integral, biopsicosocial y espiritual**. Este recorrido refleja no solo el progreso del conocimiento, sino también la creciente comprensión de que la salud no es un fin en sí mismo, sino un medio para realizar plenamente la condición humana en todas sus dimensiones.

2.1.2. Enfoques filosóficos, psicológicos, biológicos y sociales.

La salud, entendida como una realidad multidimensional, puede ser analizada desde distintos enfoques que se complementan para ofrecer una visión más completa del ser humano. Cada uno —filosófico, psicológico, biológico y social— aporta un marco interpretativo que explica cómo los individuos conciben, viven y promueven su bienestar. En conjunto, estos enfoques conforman la base del paradigma **biopsicosocial y espiritual**, que integra la totalidad del ser humano en relación con su entorno.

Enfoque filosófico

Desde la filosofía, la salud se concibe como un estado de armonía y equilibrio ontológico del ser. En la tradición griega, **Aristóteles** la vinculaba con la *eudaimonía* o felicidad plena, entendida como el logro de la virtud y la autorrealización. El pensamiento hipocrático consideraba la salud como el equilibrio natural de los humores, pero también como una expresión de sabiduría: conocer y vivir conforme a las leyes de la naturaleza.

Durante la modernidad, la filosofía racionalista de **Descartes** separó el cuerpo y la mente, lo que influyó en la medicina mecanicista. Sin embargo, pensadores como **Nietzsche** y **Canguilhem (1971)** reivindicaron la salud como un estado de potencia vital y de capacidad para adaptarse al cambio. Canguilhem sostenía que “estar sano no significa ajustarse a una norma, sino poder crear nuevas normas de vida”, situando la salud como una expresión de libertad y creatividad humana.

Desde la ética, la salud se asocia al valor de la vida y a la responsabilidad del autocuidado. Este enfoque considera que el bienestar no es solo un derecho, sino también un deber moral, tanto individual como colectivo. En el pensamiento

contemporáneo, especialmente desde la **bioética**, la salud se vincula con la dignidad de la persona y con el principio del respeto a la vida en todas sus formas.

Enfoque psicológico

El enfoque psicológico analiza la salud como equilibrio entre los procesos mentales, emocionales y conductuales del individuo. En sus orígenes, **Freud** abordó la enfermedad desde el conflicto inconsciente, mientras que la psicología humanista, con autores como **Maslow** y **Rogers**, la entendió como un proceso de autorrealización y congruencia interna.

El modelo **biopsicosocial** de **Engel (1977)** marcó un punto de inflexión al sostener que los estados de salud y enfermedad son producto de la interacción entre los factores biológicos, psicológicos y sociales. Este modelo subraya que las emociones, las percepciones, el estrés y los estilos de afrontamiento inciden directamente en el sistema inmunológico, cardiovascular y metabólico, demostrando la conexión mente-cuerpo.

Asimismo, la psicología positiva contemporánea —representada por **Seligman (2011)**— introduce el concepto de bienestar subjetivo, que incluye emociones positivas, sentido vital y relaciones saludables. Este enfoque enfatiza que la salud mental no consiste solo en la ausencia de trastornos, sino en la capacidad de experimentar satisfacción, resiliencia y esperanza, dimensiones esenciales para el equilibrio integral.

Enfoque biológico

El enfoque biológico constituye el fundamento tradicional de la medicina y concibe la salud como el funcionamiento adecuado del organismo. Desde **Hipócrates** y **Galeno**, se entendía que el cuerpo debía mantener un equilibrio fisiológico. Con el desarrollo de la ciencia moderna, especialmente gracias a **Pasteur**, **Virchow** y **Claude Bernard**, la medicina se orientó hacia el estudio de los agentes patógenos y los procesos celulares, dando origen al **modelo biomédico**.

Este modelo, aunque permitió grandes avances en la prevención y tratamiento de enfermedades, se mostró limitado al reducir la salud al plano físico y cuantificable. Las críticas posteriores —entre ellas las de **Engel (1977)** y **Lalonde (1974)**— señalaron la

necesidad de superar este reduccionismo. Hoy, la biología reconoce la influencia de los factores psicológicos y sociales sobre el sistema inmunológico, endocrino y nervioso, dando paso a campos interdisciplinarios como la **psiconeuroinmunología**, que demuestra cómo el estrés, la ansiedad o la esperanza pueden modificar las respuestas fisiológicas del cuerpo.

Enfoque social

El enfoque social considera la salud como una construcción colectiva influenciada por las condiciones de vida, el entorno y las estructuras socioeconómicas. Desde la perspectiva de **Virchow (1848)**, la enfermedad no era solo un fenómeno biológico, sino un "problema social con causas políticas". Este pensamiento sentó las bases de la medicina social y de la salud pública moderna.

El **modelo de Lalonde (1974)** reafirmó esta visión al identificar los **determinantes sociales de la salud**: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema sanitario. Posteriormente, la **OMS (1986)**, en la Carta de Ottawa, incorporó la promoción de la salud como un proceso que permite a las personas y comunidades ejercer control sobre su bienestar, destacando la educación, la equidad y la participación ciudadana como pilares fundamentales.

Los enfoques sociológicos contemporáneos, como los de **Cockerham (2007)**, amplían esta comprensión al analizar cómo la cultura, el nivel socioeconómico, la religión y los medios de comunicación modelan los comportamientos saludables o de riesgo. La salud, por tanto, es también un fenómeno cultural y estructural, condicionado por el acceso a recursos, la justicia social y la cohesión comunitaria.

En suma, los enfoques filosófico, psicológico, biológico y social permiten entender la salud como una realidad compleja, en la que confluyen la ciencia, la mente, la ética y la cultura. El ser humano es un organismo biológico, pero también un ser pensante, emocional y social. La salud, por tanto, no puede ser fragmentada: es **un estado de equilibrio dinámico entre los distintos planos de la existencia**, que requiere tanto de la ciencia como de la conciencia, tanto de la prevención médica como del cultivo interior. Esta visión integral constituye la base del pensamiento moderno

sobre salud y calidad de vida, y orienta el desarrollo de políticas, estilos de vida y prácticas coherentes con la dignidad humana.

2.1.3. Definiciones contemporáneas de la OMS y OPS.

El concepto de salud, lejos de ser estático, ha evolucionado en función del desarrollo científico, los cambios socioculturales y la transformación de las políticas sanitarias globales. En este proceso, los organismos internacionales —principalmente la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** y la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**— han tenido un papel determinante en la formulación de definiciones que trascienden el paradigma biomédico y colocan al ser humano en el centro de un enfoque integral, dinámico y contextual.

La definición fundacional de la OMS (1948): una visión humanista y holística

En su **Constitución adoptada en 1948**, la OMS definió la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición fue, en su época, revolucionaria, pues rompía con el reduccionismo médico que había dominado el pensamiento occidental desde el siglo XIX.

La inclusión de los tres componentes —físico, mental y social— representó un avance significativo hacia una concepción **holística** del bienestar, en la que el equilibrio emocional y la integración social se reconocían como tan importantes como la condición corporal. Además, introdujo el principio de **equidad** al considerar la salud como un derecho humano universal, y no solo como un privilegio médico o económico.

No obstante, el carácter idealista de esta definición generó debates académicos. Autores como **Canguilhem (1971)** y **Terris (1990)** señalaron que el término "completo bienestar" era utópico, al sugerir un estado permanente e inalcanzable. Aun así, el mérito histórico de esta formulación radica en que transformó la comprensión de la salud en un **proyecto de desarrollo humano integral**, más que en un simple indicador biológico.

Revisión conceptual y ampliación dinámica: la salud como proceso (1974–1986)

En las décadas posteriores, las críticas a la definición de 1948 motivaron una reformulación práctica del concepto. En **1974**, el **Informe Lalonde** del Ministerio de Salud de Canadá propuso un modelo pionero que identificó cuatro grandes **campos de la salud**: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario. Este enfoque reconoció que el bienestar no depende exclusivamente de la atención médica, sino de la interacción entre factores biológicos, conductuales, ambientales y sociales.

A partir de esta perspectiva, la salud comenzó a entenderse como un **proceso dinámico de adaptación** y de equilibrio frente a las condiciones cambiantes del entorno. Esta idea fue retomada por **Canguilhem (1971)**, quien afirmaba que "estar sano es poder enfermar y recuperarse", es decir, tener la capacidad de establecer nuevas normas vitales.

La OMS incorporó este pensamiento en su enfoque de **promoción de la salud**, consolidado en la **Carta de Ottawa (1986)**, donde se definió la salud como "un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida; es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas". Esta redefinición marcó una transformación epistemológica: la salud dejó de verse como un estado estático y pasó a considerarse una **capacidad dinámica de bienestar y resiliencia**.

La OPS y la salud en el contexto latinoamericano: determinantes y equidad

La **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**, organismo regional de la OMS, adaptó este marco a la realidad de América Latina y el Caribe, donde las desigualdades estructurales y la pobreza condicionan profundamente el bienestar de las poblaciones. En su informe **"La salud pública en las Américas" (OPS, 2002)**, la organización define la salud como "el resultado de un conjunto de factores biológicos, ambientales, sociales, económicos y políticos que influyen sobre las condiciones de vida y bienestar de las personas y las comunidades".

Posteriormente, la **OPS (2012)** enfatizó que la salud "es un proceso de desarrollo humano integral que abarca dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y

espirituales, y que requiere de la acción intersectorial del Estado, la sociedad civil y los individuos". Este planteamiento reconoce explícitamente que la salud está condicionada por los **determinantes sociales**, es decir, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Autores como **Solar e Irwin (2010)**, en su marco conceptual para la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud**, precisan que las desigualdades en salud son el resultado de la distribución inequitativa del poder, los recursos y las oportunidades en la sociedad. De allí que la OPS promueva un enfoque de salud pública basado en la **justicia social, la participación comunitaria y la equidad de género** como componentes esenciales para alcanzar el bienestar colectivo.

Definiciones contemporáneas: salud, bienestar y desarrollo sostenible

En el siglo XXI, la OMS ha continuado ampliando su visión, vinculando la salud con el concepto de **bienestar integral** y con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** de la Agenda 2030. En su informe **"Health 2020" (OMS, 2013)**, se reafirma que la salud "es un derecho fundamental y una condición necesaria para el desarrollo humano y económico". Posteriormente, el documento **"Constituyendo un futuro más saludable" (OMS, 2021)** define la salud como "la capacidad de las personas, las comunidades y los sistemas para transformarse y prosperar en medio del cambio, garantizando la equidad, la sostenibilidad y la justicia social".

Estas formulaciones recientes incorporan las nociones de **resiliencia, bienestar emocional, sostenibilidad ecológica y espiritualidad**, entendiendo la salud como una propiedad **emergente y relacional** que depende tanto de la autonomía individual como del entorno social y ambiental.

Asimismo, la **OMS (2005)** subrayó que la salud debe evaluarse no solo por indicadores clínicos, sino también por variables de **calidad de vida**, lo que dio origen al enfoque de "**Health-Related Quality of Life (HRQoL)**", ampliamente utilizado en investigaciones contemporáneas. Este enfoque reconoce que los componentes subjetivos —como la satisfacción, la felicidad y la percepción de bienestar— son tan relevantes como las medidas objetivas en la evaluación del estado de salud.

Comparando las distintas definiciones, se observa una evolución desde un modelo **biologicista y curativo** hacia un modelo **integral, participativo y ético**. Mientras que la definición de 1948 centraba la salud en el bienestar individual, las formulaciones contemporáneas la entienden como un **proceso social y político**, donde intervienen la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad planetaria.

En este sentido, tanto la OMS como la OPS sostienen que la salud es:

1. **Un derecho humano inalienable**, vinculado al principio de justicia.
2. **Un recurso vital para el desarrollo personal y colectivo**, que requiere capacidades físicas, mentales y sociales.
3. **Un proceso dinámico**, no un estado fijo, que implica adaptación, resiliencia y equilibrio.
4. **Una construcción interdependiente**, determinada por los factores estructurales, ambientales y culturales.

Autores contemporáneos como **Kickbusch (2015)** y **Frenk (2013)** amplían esta perspectiva al incluir la **gobernanza sanitaria global**, la participación ciudadana y la educación para la salud como pilares de los sistemas sostenibles. De esta manera, la salud deja de ser una cuestión médica para convertirse en un fenómeno **político, ético y cultural** que expresa el grado de justicia y desarrollo de una sociedad.

Las definiciones contemporáneas de la OMS y la OPS coinciden en concebir la salud como una realidad **integral, contextual y transformadora**. No se trata de un estado ideal o inmutable, sino de un proceso continuo de construcción del bienestar en interacción con el entorno físico, social, económico y espiritual. En este marco, el individuo no es un paciente pasivo, sino un agente activo de autocuidado y corresponsabilidad.

En consecuencia, el paradigma actual de la salud exige una mirada transdisciplinaria que articule la biología, la psicología, la sociología, la ecología y la ética. Solo desde esta visión integradora es posible comprender la salud no como una

meta final, sino como un camino permanente hacia la plenitud humana, el equilibrio comunitario y la sostenibilidad planetaria.

2.1.4. Enfoques del proceso salud-enfermedad.

El proceso salud-enfermedad constituye una categoría central en las ciencias de la salud, pues permite comprender que el bienestar y la enfermedad no son estados opuestos o estáticos, sino **momentos complementarios de un mismo proceso biológico, psicológico y social**. Su análisis implica reconocer que la salud y la enfermedad son realidades dinámicas, interdependientes y construidas históricamente, determinadas por factores individuales, ambientales y estructurales.

A lo largo del tiempo, los enfoques que han intentado explicar este proceso han evolucionado desde visiones **mecanicistas y causales** hacia modelos **complejos y sistémicos**, que incorporan la interacción entre los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ecológicos. A continuación, se describen los principales enfoques que han marcado la comprensión moderna del proceso salud-enfermedad.

Enfoque biológico o biomédico: la causalidad lineal

El modelo biológico tradicional, consolidado en los siglos XIX y XX con los avances de la bacteriología y la fisiología, concibe la enfermedad como una alteración en la estructura o función normal del organismo, causada por un agente externo o interno identificable. En este paradigma, la salud es sinónimo de normalidad orgánica, y la enfermedad, de anormalidad fisiológica.

Los trabajos de **Louis Pasteur (1822–1895)** y **Robert Koch (1843–1910)** dieron origen al **modelo unicausal**, según el cual toda enfermedad tiene una causa específica, generalmente microbiana. Este enfoque fue determinante en el desarrollo de la medicina moderna y en la erradicación de enfermedades infecciosas, pero resultó insuficiente para explicar las enfermedades crónicas, degenerativas o psicosomáticas.

En el ámbito clínico, este modelo se traduce en una práctica centrada en el diagnóstico, la intervención terapéutica y la curación del cuerpo físico. Si bien su contribución tecnológica ha sido innegable, **Canguilhem (1971)** criticó su reduccionismo, señalando que “la enfermedad no es la negación de la vida, sino una

manera diferente de vivirla", subrayando que la salud no puede definirse únicamente por parámetros biológicos.

Enfoque ecológico: equilibrio entre organismo y entorno

Con el desarrollo de la epidemiología moderna, surgió el **modelo ecológico del proceso salud-enfermedad**, que amplía la visión biomédica al incluir la interacción entre el ser humano y su entorno físico, biológico y social. Autores como **Leavell y Clark (1965)** plantearon el **modelo ecológico de los niveles de prevención**, donde la salud resulta del equilibrio entre el agente, el huésped y el ambiente.

Este enfoque introdujo conceptos como la **resistencia del huésped**, la **exposición ambiental**, los **factores de riesgo** y la **susceptibilidad individual**, estableciendo un marco explicativo más complejo para las enfermedades infecciosas y crónicas. De acuerdo con este paradigma, el proceso salud-enfermedad se desarrolla en la interacción continua de tres elementos:

- **Agente etiológico:** microorganismo o factor causal.
- **Huésped:** características biológicas, genéticas y conductuales del individuo.
- **Ambiente:** condiciones físicas, químicas, biológicas y sociales que influyen sobre el huésped y el agente.

El modelo ecológico sentó las bases para la **epidemiología multifactorial** y la **salud pública ambiental**, destacando que la salud depende de un equilibrio dinámico entre las condiciones del medio y la capacidad adaptativa del organismo.

Enfoque biopsicosocial: integración de los determinantes individuales y sociales

A finales del siglo XX, **George Engel (1977)** propuso el **modelo biopsicosocial**, el cual transformó radicalmente la comprensión del proceso salud-enfermedad. Este enfoque plantea que el bienestar no puede entenderse sin considerar simultáneamente los procesos biológicos, los estados psicológicos y las condiciones sociales del individuo.

De acuerdo con Engel, el cuerpo y la mente forman un sistema interdependiente, donde los factores emocionales (como el estrés, la ansiedad o la depresión) inciden directamente en la función fisiológica, y viceversa. La salud, por tanto, es un fenómeno sistémico, donde la biología, la conducta y el entorno interactúan constantemente.

Este modelo ha sido ampliamente validado en campos como la **psiconeuroinmunología**, que demuestra cómo las emociones y los estilos de vida afectan la respuesta inmune; y la **medicina conductual**, que enfatiza el papel del autocuidado, la prevención y la modificación de hábitos como componentes esenciales de la salud.

El modelo biopsicosocial también reconoce la influencia de los **determinantes sociales de la salud**, como el nivel educativo, los ingresos, la vivienda, la alimentación y el acceso a servicios. En este sentido, constituye una base conceptual sólida para la salud pública contemporánea y la práctica clínica humanizada.

Enfoque social o histórico-estructural: salud como producto de las condiciones sociales

Desde las ciencias sociales y la medicina latinoamericana, el proceso salud-enfermedad se ha analizado también como una expresión de las **relaciones económicas, políticas y culturales** que estructuran la vida social. Autores como **Jaime Breilh (2003)** y **Asa Cristina Laurell (1982)** desarrollaron el enfoque **histórico-social o determinista estructural**, en el que la salud y la enfermedad no son meros fenómenos biológicos, sino resultados de las desigualdades sociales y de la organización del trabajo.

Este modelo parte del principio de que las condiciones materiales de existencia —como la pobreza, el desempleo, la marginación o la contaminación ambiental— determinan el proceso salud-enfermedad de los individuos y comunidades. Así, la enfermedad no es un evento aislado, sino un **reflejo de la estructura social y del modo de producción**.

Para **Breilh (2003)**, la salud se configura como un proceso social complejo en el que confluyen tres dimensiones:

1. **La dimensión biológica:** los efectos fisiológicos y orgánicos de las condiciones de vida.

2. **La dimensión psicológica:** las percepciones, emociones y respuestas de afrontamiento.

3. **La dimensión social:** la estructura de poder, la distribución de recursos y el acceso desigual al bienestar.

Este enfoque es especialmente relevante en América Latina, donde la **OPS (2012)** promueve políticas que aborden los **determinantes sociales de la salud** desde una perspectiva de equidad, participación comunitaria y justicia social.

Enfoque complejo y sistémico: la salud como red adaptativa

En las últimas décadas, los avances de la teoría de sistemas y la ciencia de la complejidad han impulsado un nuevo enfoque que entiende el proceso salud-enfermedad como un **sistema adaptativo complejo**. Autores como **Almeida-Filho (2000)** y **Frenk (1993)** sostienen que la salud no puede explicarse por causas lineales, sino por interacciones múltiples entre niveles biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

Este enfoque plantea que la salud es una **propiedad emergente** de la interacción entre los componentes del sistema humano, donde los cambios en una dimensión (por ejemplo, el estrés social) pueden generar transformaciones en otras (como la respuesta inmunológica o el equilibrio emocional).

El paradigma complejo incorpora nociones como:

- **Autoorganización:** la capacidad del sistema humano para adaptarse y reequilibrarse.

- **No linealidad:** pequeñas variaciones pueden producir grandes efectos.

- **Interdependencia:** la salud de cada persona depende de la salud de su comunidad y del ecosistema.

Este enfoque es coherente con la definición moderna de la **OMS (2021)**, que concibe la salud como la capacidad de las personas y comunidades para "transformarse y prosperar en medio del cambio", integrando la resiliencia individual y colectiva como parte esencial del proceso salud-enfermedad.

Los enfoques del proceso salud-enfermedad evidencian un desplazamiento desde la causalidad biológica hacia una comprensión **multidimensional y contextual** del bienestar humano. Hoy se reconoce que la salud es un fenómeno **complejo, dinámico y relacional**, determinado por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

Así, el proceso salud-enfermedad puede definirse como una **continuidad fluctuante entre equilibrio y desequilibrio**, en la que intervienen las condiciones materiales de vida, los comportamientos individuales, las estructuras sociales y las respuestas adaptativas del organismo. En lugar de oponer salud y enfermedad, la perspectiva contemporánea las entiende como **dimensiones de un mismo proceso vital**, donde el ser humano se transforma, se adapta y busca restablecer su armonía con el entorno.

En conclusión, los enfoques actuales del proceso salud-enfermedad invitan a superar el dualismo curativo y adoptar una visión **ecológica, social y ética** de la salud, que reconozca la interdependencia entre el cuerpo, la mente, la sociedad y la naturaleza. Este paradigma integrador constituye la base epistemológica del modelo de salud integral y preventiva que orienta las políticas públicas contemporáneas y los programas de promoción de estilos de vida saludables.

2.1.5. Determinantes del estado de salud: modelo de Lalonde y perspectivas actuales.

El concepto de **determinantes de la salud** constituye uno de los pilares de la salud pública moderna, al ofrecer un marco que permite comprender las múltiples causas que influyen sobre el bienestar humano más allá del ámbito biológico. Estos determinantes son los factores o condiciones —biológicas, ambientales, sociales, económicas y culturales— que interactúan de manera compleja para favorecer o deteriorar la salud de individuos y poblaciones.

La formulación de este paradigma transformó radicalmente la manera en que los gobiernos y los sistemas sanitarios conciben la prevención, la promoción y la gestión del bienestar, desplazando el énfasis del tratamiento de la enfermedad hacia la **prevención y la promoción de la vida saludable**.

El modelo de Lalonde (1974): el punto de inflexión

El origen moderno del concepto se remonta al **Informe "A New Perspective on the Health of Canadians" (Lalonde, 1974)**, publicado por el entonces ministro de Salud de Canadá, **Marc Lalonde**. Este documento representó una ruptura con el modelo biomédico dominante, al reconocer que la salud no depende únicamente de la atención médica ni de la genética, sino de una combinación de factores interrelacionados que configuran el estilo y la calidad de vida.

Lalonde propuso cuatro grandes **campos determinantes** del estado de salud:

1. **Biología humana:** comprende los factores genéticos, hereditarios y fisiológicos que condicionan la estructura y funcionamiento del organismo. Incluye la predisposición a enfermedades genéticas, el envejecimiento, la resistencia inmunológica y el desarrollo físico.

2. **Medio ambiente:** abarca los factores físicos, químicos, biológicos y sociales del entorno en el que las personas viven y trabajan. El aire, el agua, la vivienda, el clima y las condiciones laborales son determinantes directos del bienestar.

3. **Estilos de vida:** se refiere a los comportamientos y hábitos cotidianos que influyen sobre la salud, como la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol, tabaco o drogas, y las prácticas de descanso o recreación.

4. **Sistema de atención sanitaria:** corresponde a la organización, accesibilidad y calidad de los servicios de salud. Aunque esencial, Lalonde demostró que este componente explicaba solo una parte menor del estado general de salud de la población.

La principal aportación del modelo fue **cambiar el foco desde la enfermedad hacia la responsabilidad individual y colectiva en la promoción de la salud**,

inaugurando una nueva era en la formulación de políticas sanitarias y programas preventivos. Este enfoque influyó en documentos posteriores como la **Carta de Ottawa (OMS, 1986)** y los movimientos de **promoción de estilos de vida saludables** en todo el mundo.

La ampliación del modelo: determinantes sociales de la salud (DSS)

A partir de la década de 1990, la comunidad científica y las instituciones internacionales ampliaron el marco de Lalonde al considerar los **determinantes sociales de la salud**, entendidos como las condiciones estructurales y cotidianas que influyen en la vida y las oportunidades de las personas.

Según la **Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008)**, los DSS son "las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas puestos en práctica para afrontar la enfermedad", las cuales se ven moldeadas por la **distribución del poder, los recursos y las políticas** en la sociedad.

El **modelo conceptual de Solar e Irwin (2010)**, adoptado por la OMS y la OPS, distingue dos niveles interdependientes:

- **Determinantes estructurales:** abarcan la posición social, el nivel educativo, el ingreso, el género, la etnia y la organización política. Estas condiciones determinan las desigualdades en la exposición y vulnerabilidad frente a los riesgos sanitarios.
- **Determinantes intermedios:** incluyen las condiciones materiales de vida (vivienda, empleo, entorno laboral), los factores conductuales y biológicos, las redes sociales y el acceso a servicios de salud.

De esta manera, la salud deja de concebirse como un fenómeno individual para ser entendida como **un producto social**, resultado de las relaciones económicas, culturales y políticas. En este sentido, **Marmot (2005)** argumenta que "las desigualdades sociales en salud son un reflejo de las desigualdades en las condiciones

de vida", destacando la importancia de políticas públicas que promuevan justicia, equidad y cohesión social.

Perspectivas latinoamericanas: determinación social y justicia sanitaria

En América Latina, el pensamiento crítico en salud —liderado por autores como **Jaime Breilh (2003)** y **Asa Cristina Laurell (1982)**— propuso el concepto de **determinación social de la salud**, que va más allá de la noción de "determinantes" al considerar que estos factores no actúan de manera aislada ni sumatoria, sino que están determinados por las **estructuras sociales y económicas** que configuran los modos de vida.

Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad son expresiones del modelo de desarrollo y de las relaciones de poder en la sociedad. Por ello, el proceso de deterioro o fortalecimiento de la salud colectiva depende del tipo de producción, de la distribución de la riqueza, del acceso a la educación, de la participación política y del grado de justicia social existente.

La **OPS (2012)** adoptó gran parte de este pensamiento en su política regional de equidad en salud, señalando que "la promoción del bienestar requiere abordar las causas estructurales de la inequidad y fortalecer la acción intersectorial". Este enfoque busca garantizar que el derecho a la salud se materialice en todos los niveles, desde el acceso universal hasta la participación comunitaria.

Determinantes emergentes y enfoques contemporáneos

El siglo XXI ha incorporado nuevos determinantes que reflejan los cambios globales en los patrones de salud y enfermedad:

- **Determinantes ambientales y climáticos:** la contaminación del aire, la pérdida de biodiversidad, la crisis hídrica y el cambio climático son hoy causas reconocidas de morbilidad y mortalidad (OMS, 2021).
- **Determinantes tecnológicos:** el impacto del sedentarismo digital, la dependencia de dispositivos electrónicos y las adicciones tecnológicas influyen en la salud mental y física.

- **Determinantes culturales y espirituales:** el sentido de vida, la pertenencia, la fe y los valores personales actúan como factores protectores frente al estrés, la ansiedad o la depresión.

- **Determinantes psicosociales:** la soledad, la violencia, la inseguridad y la falta de redes de apoyo afectan el bienestar subjetivo y la salud comunitaria.

- **Determinantes económicos globales:** la precarización del trabajo, la inseguridad alimentaria y la migración forzada son fenómenos que amplían las brechas sanitarias.

Estas dimensiones complementan el modelo original de Lalonde, evidenciando que la salud es una construcción **multinivel y compleja**, influida por procesos biológicos, ecológicos, sociales y culturales en permanente interacción.

Hacia una visión integradora: salud, equidad y desarrollo sostenible

Las definiciones actuales de la OMS (2013, 2021) sostienen que la salud no puede disociarse del **desarrollo humano sostenible**. Los determinantes de la salud se articulan con los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, particularmente el ODS 3 (“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos”) y el ODS 10 (“Reducir las desigualdades”).

En este marco, la salud se interpreta como un indicador del grado de equidad y de justicia social alcanzado por una sociedad. Las políticas sanitarias contemporáneas promueven la **intersectorialidad**, la **educación para la salud**, la **participación ciudadana** y la **sostenibilidad ambiental** como estrategias esenciales para modificar los determinantes negativos y fortalecer los positivos.

De este modo, los determinantes del estado de salud se convierten no solo en un campo de estudio, sino también en una herramienta para la acción política, ética y comunitaria. Reconocerlos implica asumir que la salud no es un privilegio ni una casualidad, sino una responsabilidad compartida entre individuos, instituciones y Estados.

El **modelo de Lalonde (1974)** representó el punto de partida de una nueva comprensión del proceso salud-enfermedad, al demostrar que los factores biológicos y los servicios sanitarios explican solo una fracción de las variaciones en la salud de la población. Las perspectivas actuales han enriquecido este modelo con una mirada más amplia, que incorpora los **determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales**, reconociendo la interdependencia entre la salud humana, la justicia social y la sostenibilidad del planeta.

En suma, los determinantes del estado de salud configuran una **red compleja de interacciones** en la que cada factor —desde la genética hasta la estructura política— contribuye a fortalecer o deteriorar el bienestar. Comprender y actuar sobre ellos constituye el desafío ético y científico de la salud pública contemporánea: **crear condiciones de vida dignas y equitativas para todos, como base de una sociedad verdaderamente saludable.**

2.2. Nociones básicas de la salud

Comprender las nociones básicas de la salud implica adentrarse en un concepto que, aunque aparentemente sencillo, encierra una gran complejidad teórica y práctica. La salud no puede reducirse a un estado biológico ni limitarse a la ausencia de enfermedad; es una realidad integral que abarca los planos físico, mental, social y espiritual del ser humano. Desde esta perspectiva, constituye un proceso dinámico, cambiante y profundamente influido por las condiciones de vida, los valores culturales y el entorno social en el que las personas se desarrollan.

En la actualidad, la salud se entiende como una **construcción multidimensional y relacional**, donde convergen factores biológicos, psicológicos, ambientales, económicos y culturales. Esta comprensión supera la mirada tradicional que concebía al individuo como un mero organismo, para reconocerlo como un **ser biopsicosocial**, capaz de interactuar activamente con su entorno, adaptarse a los desafíos y participar en la transformación de sus propias condiciones de bienestar.

Las **nociones básicas de salud** incluyen, por tanto, los elementos que definen su naturaleza (bienestar integral, equilibrio, adaptación, resiliencia), sus dimensiones (física, mental, social y espiritual) y sus manifestaciones concretas en la calidad de vida.

La salud es un recurso vital, una capacidad para vivir plenamente, afrontar los cambios, desarrollar potencialidades y mantener relaciones saludables consigo mismo, con los demás y con el medio ambiente.

Asimismo, estas nociones reconocen que el bienestar humano depende tanto de las decisiones personales —como los hábitos, el autocuidado y el estilo de vida— como de las condiciones estructurales de la sociedad —educación, trabajo, vivienda, equidad, justicia y acceso a servicios—. En ese sentido, la salud es simultáneamente **un derecho, una responsabilidad y una construcción colectiva**.

Por ello, en esta sección se desarrollan las bases conceptuales que permiten comprender la salud desde un enfoque integral y contemporáneo. Se revisan sus definiciones fundamentales, su estructura dimensional, sus vínculos con la calidad de vida y su papel como indicador del desarrollo humano. Este abordaje ofrece una visión completa de la salud como **un fenómeno dinámico, multidimensional y esencialmente humano**, que no solo se experimenta en el cuerpo, sino también en la mente, en las relaciones sociales y en la esfera espiritual.

2.2.1. Dimensiones de la salud: física, mental, social y espiritual.

La salud, concebida en su sentido más amplio, es un estado de equilibrio dinámico que integra al ser humano en sus diferentes dimensiones: física, mental, social y espiritual. Este enfoque holístico —planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1948— entiende la salud no como una condición estática o aislada, sino como un **proceso continuo de adaptación y autorrealización**, en el que interactúan el cuerpo, la mente, las emociones, las relaciones sociales y la dimensión trascendente del individuo.

Desde esta perspectiva, cada dimensión se encuentra profundamente interconectada: una alteración en cualquiera de ellas repercute en el equilibrio general. Por ello, el bienestar integral requiere armonía entre las esferas biológica, psicológica, social y espiritual, reflejando la totalidad del ser humano como unidad indivisible.

Dimensión física: equilibrio biológico y funcional

La dimensión física constituye la base material de la salud y se refiere al correcto funcionamiento del organismo y de sus sistemas fisiológicos. Según la OMS (2014), la salud física implica "un estado de bienestar corporal en el que todas las funciones biológicas se realizan con normalidad y permiten al individuo adaptarse al entorno sin fatiga ni dolor".

En esta dimensión intervienen factores como la **alimentación equilibrada**, la **actividad física regular**, el **descanso reparador** y la **ausencia de enfermedades incapacitantes**. Sin embargo, no basta con la ausencia de dolencias: la verdadera salud física se manifiesta en la **capacidad del cuerpo para realizar las actividades diarias con energía, resistencia y vitalidad**, manteniendo una adecuada homeostasis frente a los estímulos externos.

Autores como **Antonovsky (1996)** introducen el concepto de *salutogénesis*, destacando la importancia de los factores que generan y mantienen la salud, más que los que causan enfermedad. En este sentido, la salud física se fortalece mediante la prevención, el autocuidado y la práctica constante de hábitos saludables, como una nutrición natural, la higiene personal, el control médico preventivo y el respeto por los ritmos biológicos.

Dimensión mental: equilibrio psicológico y emocional

La salud mental constituye una de las áreas más sensibles y determinantes del bienestar humano. La OMS (2021) la define como "un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad".

Esta dimensión abarca la estabilidad emocional, la autopercepción positiva, la resiliencia ante el estrés, el pensamiento crítico, la capacidad de resolver conflictos y la habilidad para establecer vínculos afectivos sanos. El equilibrio mental no significa ausencia de problemas, sino la **capacidad de gestionarlos de manera adaptativa**, sin perder la funcionalidad ni el sentido de propósito.

El modelo **biopsicosocial de Engel (1977)** subraya que los procesos mentales están íntimamente ligados al funcionamiento físico y social, por lo que la depresión, la ansiedad o el estrés no son simples desequilibrios psicológicos, sino expresiones del desajuste integral entre las distintas dimensiones de la vida. Por ello, la promoción de la salud mental requiere fortalecer la autoestima, la comunicación asertiva, el control emocional y las redes de apoyo interpersonal.

Además, **Maslow (1991)** en su teoría de la autorrealización, ubica la estabilidad emocional y la realización personal como necesidades superiores del ser humano, esenciales para el desarrollo integral. La salud mental, entonces, representa la plenitud interior que permite enfrentar la vida con serenidad, esperanza y propósito.

Dimensión social: integración y participación comunitaria

La dimensión social comprende la capacidad del individuo para establecer relaciones armónicas y constructivas con su entorno, participar activamente en la comunidad y contribuir al bienestar colectivo. Desde el enfoque de la OMS (1986), esta dimensión es un componente inseparable de la salud, ya que "el bienestar individual depende del equilibrio entre las necesidades personales y las exigencias sociales".

La salud social se refleja en la calidad de las relaciones familiares, laborales y comunitarias, en la equidad de oportunidades, en la cohesión social y en la existencia de redes de apoyo. Un entorno social favorable —basado en la solidaridad, el respeto, la justicia y la cooperación— potencia la salud tanto individual como colectiva.

Las investigaciones de **Marmot (2005)** sobre los determinantes sociales de la salud demostraron que la integración social y el sentido de pertenencia son factores protectores frente al estrés y las enfermedades crónicas. Por el contrario, la soledad, la exclusión o la violencia deterioran la salud mental y física, incrementando la vulnerabilidad a diversas patologías.

Por ello, la dimensión social también incluye el acceso a educación, vivienda, trabajo digno y participación ciudadana, pues el bienestar de una persona depende en gran medida del **tejido social en el que está inmersa**. En esta línea, la **OPS (2012)**

enfatiza que la equidad social es una condición esencial para alcanzar una salud sostenible y justa para todos.

Dimensión espiritual: sentido de vida y trascendencia

La dimensión espiritual es quizá la más profunda y menos tangible, pero no por ello menos relevante. Representa la capacidad del ser humano para encontrar **significado, propósito y conexión con algo superior a sí mismo**, sea este un principio moral, filosófico o religioso.

Autores como **O'Neill y Kenny (1998)**, **Burkhardt (1993)** y **Espeland (1999)** sostienen que la espiritualidad se manifiesta en la relación que el individuo establece consigo mismo, con los demás, con la naturaleza y con lo trascendente. Es, por tanto, un componente esencial del equilibrio interno y de la resiliencia ante el sufrimiento.

La salud espiritual proporciona esperanza, fortaleza interior y paz, aun en medio de la adversidad. Desde la perspectiva bíblico-filosófica, textos como **3 Juan 1:2** —"Amado, deseo que seas prosperado en todas las cosas y que tengas salud, así como prospera tu alma"— revelan que la plenitud del ser humano depende de la armonía entre cuerpo, mente y espíritu.

La **filosofía adventista**, retomada por **White (1945, 1949)**, enfatiza que el cuidado de la salud física y mental es inseparable de la vida espiritual, pues el cuerpo es templo de Dios y su buen funcionamiento es un acto de responsabilidad moral. Esta visión ética del cuidado propone un estilo de vida basado en los "remedios naturales": aire puro, luz solar, descanso, ejercicio, alimentación sana y fe en el poder divino.

En contextos laicos o seculares, la dimensión espiritual puede entenderse como la búsqueda de sentido, la práctica de valores y el cultivo de la paz interior. Cualquiera sea su expresión, la espiritualidad contribuye significativamente a la **salud integral**, al promover emociones positivas, vínculos empáticos y una actitud de esperanza ante la vida.

Las cuatro dimensiones de la salud no actúan de manera aislada, sino que conforman un **sistema interdependiente** en el que cada esfera sustenta a las demás. La

salud física se fortalece con la estabilidad mental; la salud mental se nutre del apoyo social; y ambas se sostienen en la fortaleza espiritual, que otorga sentido y dirección a la existencia.

Este enfoque integral refleja la concepción contemporánea de la OMS (2021), que define la salud como la capacidad de adaptarse y de vivir plenamente, más que como un estado fijo de bienestar. Por tanto, alcanzar una salud plena implica cultivar el equilibrio entre cuerpo, mente, sociedad y espíritu, en un proceso continuo de crecimiento, autoconocimiento y armonía con el entorno.

2.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud.

La **calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)** es uno de los conceptos más complejos y transversales en el campo de las ciencias de la salud, pues articula la percepción subjetiva del bienestar con las condiciones objetivas del entorno y con la capacidad funcional del individuo. A diferencia de la noción general de calidad de vida, la CVRS se centra específicamente en los efectos que el **estado de salud físico, mental, social y espiritual** tiene sobre la experiencia cotidiana de la persona y su posibilidad de vivir de manera plena y significativa.

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995)**, la calidad de vida es "la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses". Esta definición, ampliada posteriormente por la **OMS (2002)** y la **OPS (2012)**, subraya que la calidad de vida no depende exclusivamente de las condiciones materiales o médicas, sino del modo en que las personas interpretan su realidad, ejercen control sobre sus circunstancias y encuentran satisfacción en los diversos ámbitos de su existencia.

La CVRS integra dos dimensiones fundamentales:

1. **El componente objetivo**, que incluye los indicadores de salud física, funcionalidad, autonomía, empleo, educación y condiciones ambientales.
2. **El componente subjetivo**, que abarca la percepción personal del bienestar, la felicidad, la satisfacción con la vida y el sentido de propósito.

Esta combinación permite evaluar el impacto de la enfermedad, el tratamiento médico, los estilos de vida y los factores sociales en la **experiencia global del bienestar**, ofreciendo una visión más humana de la salud.

Perspectiva conceptual y multidimensional

El constructo de calidad de vida relacionada con la salud emerge como una respuesta al reduccionismo biomédico que durante décadas priorizó los indicadores clínicos por encima de la vivencia subjetiva. La OMS y la OPS impulsaron un enfoque integral en el que la salud no se limita a la supervivencia o a la ausencia de síntomas, sino que implica **vivir con plenitud, funcionalidad y dignidad**.

En el ámbito teórico, **Fleck et al. (2008)**, en el marco del proyecto WHOQOL, identifican seis dominios esenciales que configuran la CVRS:

- Salud física (energía, fatiga, dolor, sueño).
- Estado psicológico (pensamientos, emociones, autoestima).
- Nivel de independencia (movilidad, actividades cotidianas, capacidad laboral).
- Relaciones sociales (apoyo, intimidad, vínculos significativos).
- Entorno (seguridad, recursos económicos, acceso a servicios).
- Espiritualidad y valores personales (fe, sentido de vida, esperanza).

Estos dominios se interrelacionan y reflejan la totalidad del ser humano en interacción constante con su contexto, destacando que el bienestar no es un punto fijo, sino un proceso de equilibrio dinámico.

Asimismo, **Diener (2012)** y **Fernández-Ballesteros (2009)** coinciden en que la CVRS implica la evaluación subjetiva que cada persona realiza de su vida, considerando no solo la salud física, sino también la **felicidad percibida, la resiliencia emocional y la autorrealización personal**. Por ello, la calidad de vida no puede medirse únicamente con escalas clínicas, sino también mediante instrumentos que valoren la satisfacción vital y la percepción del bienestar psicológico.

Indicadores de la calidad de vida en el ámbito de la salud

Los principales indicadores que permiten evaluar la CVRS se agrupan en tres grandes niveles:

- **Indicadores fisiológicos o físicos:** estado nutricional, presencia o ausencia de dolor, capacidad funcional, energía, descanso y movilidad.
- **Indicadores psicológicos:** autoestima, equilibrio emocional, motivación, percepción de control y manejo del estrés.
- **Indicadores sociales y espirituales:** relaciones interpersonales, apoyo social, participación comunitaria, sentido de vida y satisfacción existencial.

Instrumentos como el **SF-36 Health Survey (Ware y Sherbourne, 1992)**, el **WHOQOL-BREF (OMS, 1998)** y el **EuroQol-5D (Rabin, 2001)** han sido validados internacionalmente para medir estas dimensiones, demostrando que el bienestar integral depende tanto del funcionamiento físico como de la percepción emocional y social.

En la investigación aplicada —como en el estudio desarrollado en Tarapoto (2018)—, la calidad de vida se analizó desde la relación entre **el estilo de vida y el estado de salud**, destacando que los hábitos saludables (alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y espiritualidad) mejoran significativamente los puntajes del SF-36, confirmando el vínculo directo entre estilo de vida equilibrado y bienestar percibido.

La dimensión espiritual y existencial del bienestar

En los últimos años, la comunidad científica ha reconocido la relevancia del componente **espiritual o trascendente** en la calidad de vida relacionada con la salud. Este aspecto no se limita a la religiosidad, sino que abarca el sentido de propósito, la paz interior, la esperanza y la conexión con los valores personales.

O'Neill y Kenny (1998) y **Burkhardt (1993)** evidencian que las personas con una vida espiritual activa muestran mayor resiliencia ante la enfermedad, mejores estrategias de afrontamiento y una percepción más positiva del dolor y la adversidad.

Por su parte, **White (1949)** y la filosofía adventista sostienen que el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu es la clave de una vida saludable y plena, lo que refuerza la dimensión ética del autocuidado y la responsabilidad moral sobre la salud.

Así, la CVRS incorpora la dimensión espiritual como un factor protector, que contribuye al bienestar psicológico, la estabilidad emocional y la longevidad, al proporcionar significado y serenidad frente a los desafíos de la vida.

Enfoque contemporáneo: salud, bienestar y desarrollo humano

Hoy en día, la calidad de vida relacionada con la salud se vincula directamente con el **desarrollo humano sostenible**. La OMS (2021) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2020) consideran que el bienestar es un indicador clave del progreso social, junto con la educación, la equidad de género, la seguridad y el acceso a servicios de salud.

El bienestar físico y mental, la seguridad social y la participación comunitaria forman parte de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**, especialmente del **ODS 3 ("Salud y bienestar")**. Bajo este paradigma, la salud se concibe como un **derecho universal** y como un recurso indispensable para la productividad, la felicidad y la justicia social.

Las políticas públicas actuales buscan fortalecer la CVRS mediante estrategias intersectoriales que promuevan estilos de vida saludables, acceso equitativo a servicios de salud, educación sanitaria, entornos seguros y programas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

La **calidad de vida relacionada con la salud** representa la convergencia entre el bienestar objetivo (estado funcional y condiciones de vida) y el bienestar subjetivo (satisfacción, felicidad y sentido existencial). Su valoración permite comprender no solo cuánto vive una persona, sino **cómo vive**, con qué grado de autonomía, esperanza y plenitud.

En síntesis, la CVRS se erige como el indicador más humano de la salud, al reflejar la experiencia integral de la persona frente a su cuerpo, su mente, su entorno y

su espiritualidad. Alcanzarla supone armonizar todas las dimensiones del ser —física, mental, social y espiritual—, reconociendo que la verdadera salud no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad, sino en la **presencia activa de bienestar, propósito y dignidad en la vida cotidiana**.

2.2.3. Factores que deterioran la salud (laborales, sociales, ambientales).

La salud humana es el resultado de una compleja interacción entre el individuo y su entorno. Cuando las condiciones laborales, sociales o ambientales se tornan desfavorables, generan desequilibrios que deterioran tanto el bienestar físico como mental. Los estudios contemporáneos de la **OMS (2021)** y la **OPS (2012)** coinciden en que más del 70% de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) —como el cáncer, la diabetes, la hipertensión y las enfermedades respiratorias— están asociadas a factores modificables del entorno, los estilos de vida y las condiciones socioeconómicas.

Lejos de ser un fenómeno exclusivamente biológico, la salud se ve afectada por las dinámicas del trabajo, las estructuras sociales y los ecosistemas donde las personas viven y se desarrollan. El **modelo de Lalonde (1974)** ya advertía que el estado de salud depende de cuatro grandes determinantes: el estilo de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud. Entre ellos, el **ambiente físico y social** y las **condiciones de trabajo** juegan un papel decisivo, pues configuran el marco en el que los individuos pueden —o no— adoptar conductas saludables.

Factores laborales: estrés, sobrecarga y riesgos ocupacionales

El ámbito laboral constituye uno de los principales espacios que condicionan el bienestar de las personas adultas. Las jornadas extensas, las tareas repetitivas, la inseguridad laboral y las relaciones jerárquicas tensas generan altos niveles de **estrés ocupacional**, reconocido por la **OMS (2014)** como una de las principales causas del deterioro de la salud mental y física en el siglo XXI.

Según **Frenk (1997)**, la presión continua en el trabajo altera los ritmos biológicos y eleva los niveles de cortisol, lo que incrementa el riesgo de hipertensión, enfermedades cardiovasculares y depresión. En los sectores productivos con baja

estabilidad o alta demanda física —como la industria, el transporte o la salud misma—, los riesgos se agravan por la exposición a ruido, sustancias químicas, vibraciones o radiaciones.

A ello se suma la falta de pausas activas, el sedentarismo prolongado y la mala alimentación durante la jornada, que repercuten directamente en el aumento de obesidad, fatiga crónica y trastornos músculo-esqueléticos. En este contexto, la salud laboral no depende solo del individuo, sino de políticas organizacionales que promuevan ambientes saludables, horarios flexibles, prevención de riesgos y programas de bienestar integral.

La **Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020)** advierte que el trabajo digno y seguro es una de las condiciones más determinantes para la salud pública. Cuando el empleo se desarrolla bajo condiciones precarias o informales, se produce una vulnerabilidad múltiple: pérdida del equilibrio físico, estrés emocional, inseguridad económica y desprotección social.

Factores sociales: inequidad, pobreza y exclusión

Las desigualdades sociales constituyen otro eje central del deterioro de la salud. El **Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2008)** evidenció que la esperanza de vida puede diferir hasta **20 años** entre grupos sociales de un mismo país, dependiendo del nivel educativo, ingreso y acceso a servicios. La pobreza, el desempleo, la violencia y la marginación generan un ciclo de enfermedad y vulnerabilidad que perpetúa la exclusión sanitaria.

Marmot (2005) subraya que los gradientes sociales en salud se mantienen incluso en sociedades industrializadas: cuanto menor es el nivel socioeconómico, peores son los indicadores de salud. Este fenómeno no solo refleja carencias materiales, sino también estrés psicosocial, falta de control sobre la vida y escaso apoyo social.

En contextos latinoamericanos, como el peruano, los problemas estructurales de inequidad se expresan en la limitada cobertura de servicios de salud, la precariedad laboral, la inseguridad alimentaria y las brechas urbano-rurales. Según la **OPS (2012)**, los grupos en pobreza y extrema pobreza enfrentan mayores tasas de enfermedades

crónicas y menor acceso a diagnóstico precoz, debido a la falta de educación sanitaria y recursos económicos.

Las condiciones de hacinamiento, la violencia doméstica y la falta de redes comunitarias también inciden en la salud mental, generando cuadros de ansiedad, depresión y consumo de sustancias. En este sentido, los determinantes sociales no solo predisponen a la enfermedad, sino que limitan la capacidad de recuperación y la calidad de vida.

Factores ambientales: contaminación, cambio climático y degradación ecológica

El deterioro del medio ambiente constituye una de las amenazas más graves para la salud del siglo XXI. La **OMS (2019)** estima que alrededor de **12,6 millones de muertes anuales** están vinculadas a condiciones ambientales insalubres. La contaminación del aire, del agua y del suelo, la exposición a metales pesados, pesticidas o microplásticos, y el cambio climático alteran los ecosistemas y, con ellos, los equilibrios biológicos del ser humano.

En las ciudades, la contaminación atmosférica —especialmente por material particulado fino (PM2.5)— provoca enfermedades respiratorias crónicas, cáncer pulmonar y cardiopatías. En las zonas rurales, el uso de agroquímicos sin control y el acceso limitado a agua potable elevan los riesgos de intoxicación, infecciones gastrointestinales y enfermedades parasitarias.

El **cambio climático** agrava estos problemas al intensificar los desastres naturales, modificar los patrones de lluvias y aumentar la proliferación de vectores transmisores de enfermedades (dengue, zika, malaria). Según la **OMS (2021)**, estos fenómenos afectan de forma desproporcionada a las poblaciones más vulnerables —niños, ancianos y comunidades pobres—, generando un impacto directo en la seguridad alimentaria, la salud mental y la estabilidad social.

Además, el deterioro ambiental compromete los recursos esenciales para la vida: aire limpio, agua segura, alimentos nutritivos y espacios verdes. La pérdida de biodiversidad y el urbanismo descontrolado no solo dañan los ecosistemas, sino que

privan al ser humano del contacto con la naturaleza, elemento vital para el bienestar psicológico y espiritual, tal como lo plantean **Kaplan y Kaplan (1989)** en su teoría de la restauración ambiental.

Interacción entre los factores: un enfoque sistémico

Los factores laborales, sociales y ambientales no actúan de manera aislada, sino en interacción constante. Las condiciones de trabajo se ven influidas por el contexto económico y las políticas públicas; las desigualdades sociales determinan la exposición a ambientes insalubres; y el deterioro ambiental afecta la productividad, el empleo y la seguridad social.

Este entramado refuerza la necesidad de un **enfoque sistémico y ecológico de la salud**, como lo proponen **Frenk (1997)** y **Cockerham (2007)**, donde las intervenciones deben dirigirse no solo al individuo, sino también al entorno social y ambiental. Mejorar la salud implica transformar los determinantes estructurales: educación, empleo, equidad, medio ambiente y participación ciudadana.

Los factores laborales, sociales y ambientales que deterioran la salud reflejan la vulnerabilidad del ser humano frente a los procesos de modernización, desigualdad y degradación ecológica. La salud no puede entenderse sin el contexto en que se desarrolla la vida cotidiana; cada espacio de trabajo, cada estructura social y cada ecosistema influye en el bienestar global de la persona.

Por ello, la promoción de la salud requiere políticas integrales que aborden simultáneamente las causas estructurales de la enfermedad: condiciones laborales dignas, justicia social y protección ambiental. Solo a través de una visión holística e interdisciplinaria será posible avanzar hacia una **salud sostenible**, en la que el bienestar individual se armonice con la justicia social y el respeto por la naturaleza.

2.2.4. La salud en la sociedad moderna: bioética, estrés, longevidad y bienestar integral.

En la sociedad contemporánea, la salud se ha convertido en un eje central del desarrollo humano y un indicador del grado de avance civilizatorio. Sin embargo, las transformaciones tecnológicas, económicas y culturales de la modernidad también han

generado nuevas tensiones éticas, psicológicas y sociales que desafían el equilibrio del bienestar integral. Vivimos en una era donde el progreso científico ha extendido la longevidad, pero al mismo tiempo ha multiplicado los factores de riesgo: el estrés crónico, el sedentarismo, la contaminación y las inequidades sociales. En este contexto, la salud no puede concebirse únicamente como ausencia de enfermedad, sino como una condición dinámica de **bienestar integral**, sostenida en principios bioéticos y en una cultura de autocuidado responsable.

La salud moderna y el desafío bioético

La expansión de la ciencia biomédica y la biotecnología en el siglo XXI —desde la ingeniería genética hasta la inteligencia artificial aplicada a la medicina— ha abierto extraordinarias posibilidades, pero también profundos dilemas éticos. La **bioética**, en tanto disciplina que reflexiona sobre la moralidad de las acciones humanas en el campo de la vida y la salud, se erige como un marco imprescindible para orientar las decisiones tanto clínicas como sociales.

Beauchamp y Childress (2009) formularon los cuatro principios fundamentales de la bioética contemporánea:

- **Autonomía**, como respeto a la capacidad de decisión del paciente.
- **Beneficencia**, como obligación de promover el bien.
- **No maleficencia**, como compromiso de no causar daño.
- **Justicia**, como distribución equitativa de los recursos sanitarios.

Estos principios adquieren especial relevancia frente a los desafíos modernos: el acceso desigual a los servicios de salud, la medicalización excesiva de la vida, la manipulación genética, el cuidado de pacientes terminales y la relación entre tecnología y dignidad humana.

La **OMS (2021)** resalta que la salud del futuro debe fundarse en un paradigma ético centrado en la persona, que promueva la **solidaridad, la equidad y el respeto por la vida en todas sus formas**. En este sentido, la bioética no solo regula el ejercicio

profesional, sino que impulsa una nueva cultura de responsabilidad colectiva ante los problemas globales que amenazan la salud humana y planetaria.

El estrés y los estilos de vida acelerados

El ritmo de vida en la sociedad moderna ha introducido una nueva epidemia silenciosa: el **estrés crónico**. Definido por **Selye (1976)** como la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier demanda, el estrés es una reacción natural de adaptación. No obstante, cuando se vuelve constante, se convierte en un factor patológico que deteriora el equilibrio físico y mental.

Las presiones laborales, la inestabilidad económica, la sobreexposición a la tecnología y la falta de descanso generan un estado permanente de alerta fisiológica, caracterizado por altos niveles de cortisol y adrenalina. Este fenómeno ha sido vinculado al aumento de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, depresión, ansiedad, obesidad y desórdenes inmunológicos (**Frenk, 1997**).

En la era digital, el estrés se agrava por la hiperconectividad, la infoxicación y la imposibilidad de desconectar del trabajo, dando lugar al síndrome del *burnout* o agotamiento profesional, reconocido por la OMS (2019) como un problema de salud pública global. En contraste, los estilos de vida saludables —basados en el descanso adecuado, la actividad física, la meditación y el contacto con la naturaleza— actúan como **factores protectores**, favoreciendo la homeostasis y la salud mental.

Longevidad y envejecimiento activo

Los avances científicos, la mejora de la nutrición y las políticas sanitarias han permitido un aumento sostenido de la **expectativa de vida**. Según la **OMS (2021)**, en el siglo XX la esperanza de vida mundial se incrementó en más de 30 años, alcanzando promedios superiores a los 73 años. Sin embargo, la longevidad por sí sola no garantiza bienestar: el desafío del siglo XXI es alcanzar una **vida larga, pero también saludable y significativa**.

El concepto de **"envejecimiento activo"**, propuesto por la OMS (2002), plantea que las personas mayores deben tener oportunidades continuas de participación,

aprendizaje, autonomía y contribución social. La salud en la vejez depende no solo del sistema médico, sino del estilo de vida acumulado a lo largo de los años. De acuerdo con **Antonovsky (1996)**, la capacidad de mantener la salud frente al envejecimiento se basa en la *coherencia vital* o sentido de control y propósito, que permite afrontar las pérdidas con resiliencia.

En este sentido, la longevidad saludable requiere políticas integrales que incluyan programas de actividad física, alimentación equilibrada, estimulación cognitiva, redes de apoyo y fortalecimiento espiritual. No se trata de prolongar la vida a cualquier costo, sino de **vivir más y mejor**, preservando la dignidad, la independencia y el sentido de pertenencia.

Bienestar integral: hacia una visión holística de la salud

La sociedad moderna enfrenta el reto de reconciliar el progreso material con el bienestar humano. A pesar del auge tecnológico, los índices de ansiedad, soledad y enfermedades mentales se han incrementado globalmente (**OMS, 2021**). Esto demuestra que la salud no puede medirse únicamente en términos biomédicos, sino como una experiencia integral que involucra el cuerpo, la mente, las emociones, las relaciones y la espiritualidad.

El **enfoque holístico del bienestar**, planteado por autores como **Morin (2003)** y **De la Fuente (2019)**, propone un modelo sistémico en el que el equilibrio personal depende de la armonía entre los distintos ámbitos de la vida: biológico, psicológico, social y ético. Desde esta perspectiva, la salud se convierte en un proceso de autoconstrucción continua, en el que cada individuo asume la responsabilidad de cuidar su cuerpo y su entorno como un todo indivisible.

Asimismo, la **teoría de las capacidades de Nussbaum (2011)** enfatiza que el bienestar integral implica la posibilidad de desarrollar plenamente las facultades humanas: pensar, sentir, amar, actuar y participar en la vida social. Por ello, la promoción de la salud debe incluir tanto los determinantes materiales como los espirituales y culturales, garantizando que cada persona pueda alcanzar su máximo potencial humano.

La salud en la sociedad moderna refleja las tensiones entre el avance científico y las necesidades éticas, entre la longevidad y la calidad de vida, entre la productividad y la serenidad. Los desafíos actuales —estrés, inequidad, deterioro ambiental y envejecimiento— exigen un nuevo paradigma que supere la visión fragmentada del ser humano.

En esta visión renovada, la **bioética orienta la responsabilidad moral**, el **autocuidado promueve la autonomía**, el **control del estrés preserva el equilibrio emocional** y la **longevidad saludable representa la victoria del conocimiento sobre la fragilidad**. Alcanzar el bienestar integral no es un logro técnico, sino una tarea humana y espiritual, en la que cuerpo, mente y sociedad convergen en armonía con los valores universales de la vida, la dignidad y la esperanza.

2.2.5. La interacción entre estilo de vida y estado de salud: evidencia científica reciente.

En las últimas décadas, la relación entre el **estilo de vida y el estado de salud** ha sido objeto de una amplia atención científica, consolidándose como uno de los ejes centrales de la salud pública moderna. La evidencia empírica demuestra de manera consistente que los hábitos cotidianos —alimentación, actividad física, descanso, consumo de sustancias, manejo emocional y espiritualidad— determinan en gran medida la aparición, progresión o prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), que hoy constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo.

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021)**, más del 80 % de los casos de cardiopatía coronaria, el 90 % de los casos de diabetes tipo 2 y más del 30 % de los cánceres pueden prevenirse mediante la adopción de **estilos de vida saludables**. Estos hallazgos han transformado el enfoque médico tradicional hacia una visión **promocional y preventiva de la salud**, centrada en el individuo y su entorno conductual.

Evidencia epidemiológica y fisiológica

Los estudios epidemiológicos más recientes confirman que la calidad de la dieta, la frecuencia del ejercicio físico, la calidad del sueño y la estabilidad emocional influyen directamente en los principales indicadores fisiológicos del bienestar. Según **Warburton y Bredin (2019)**, la práctica regular de actividad física reduce entre un 20 % y un 35 % el riesgo de mortalidad general y mejora la función cardiovascular, la presión arterial y la sensibilidad a la insulina.

En la misma línea, investigaciones longitudinales publicadas por **Schroeder (2017)** demuestran que los patrones dietéticos basados en alimentos naturales —frutas, verduras, granos integrales y legumbres— disminuyen el riesgo de obesidad, hipertensión y síndrome metabólico, mientras que el exceso de alimentos ultraprocesados y azúcares refinados actúa como un factor predisponente a múltiples patologías degenerativas.

La **OPS (2019)** señala que el comportamiento sedentario, el tabaquismo, el consumo de alcohol y la alimentación desequilibrada son responsables de más del 60 % de la carga global de enfermedades. En contraste, la adopción de un estilo de vida equilibrado produce beneficios sistémicos, entre ellos la reducción de inflamaciones crónicas, el fortalecimiento del sistema inmunitario y la mejora de la función cognitiva y emocional.

Evidencia psicológica y conductual

Más allá de los efectos fisiológicos, los estilos de vida también influyen de forma significativa en el bienestar psicológico y social. **Penedo y Dahn (2005)** demostraron que las personas que practican hábitos saludables —como la actividad física, el descanso regular y la alimentación consciente— reportan mayores niveles de felicidad, autoestima y resiliencia frente al estrés.

En el campo de la psicología de la salud, **Cockerham (2007)** y **Gallegos (2017)** sostienen que el estilo de vida actúa como una conducta aprendida socialmente, en la que los factores culturales, económicos y espirituales modelan las elecciones diarias relacionadas con la salud. Por tanto, el comportamiento saludable no es un hecho

aislado, sino un reflejo de la estructura social y del grado de conciencia que el individuo tiene sobre su propio bienestar.

La evidencia neuropsicológica reciente también confirma la relación entre los hábitos saludables y la función cerebral. Estudios de resonancia magnética funcional indican que el ejercicio físico moderado y la nutrición equilibrada estimulan la neuroplasticidad, mientras que el estrés crónico y la privación del sueño aceleran el envejecimiento cerebral y el deterioro cognitivo.

Evidencia espiritual y trascendente

En los últimos años, las investigaciones han comenzado a reconocer el papel de la **espiritualidad y la esperanza trascendente** como factores determinantes en la salud integral. La **OMS (2018)** y la **Harvard T.H. Chan School of Public Health (2020)** han reportado que las personas que mantienen una práctica espiritual o religiosa activa presentan menor incidencia de depresión, mayor satisfacción vital y una recuperación más rápida tras enfermedades graves.

Autores como **O'Neill y Kenny (1998)**, **Burkhardt (1993)** y **White (1949)** plantean que la espiritualidad actúa como un regulador emocional y conductual que motiva la adopción de hábitos saludables, refuerza el sentido de propósito y promueve la serenidad interior. En este sentido, la espiritualidad se vincula directamente con el bienestar psicológico, funcionando como un mecanismo de resiliencia frente al dolor, el estrés y la incertidumbre.

En el caso de la tradición adventista, estudios aplicados por **Huapaya (2016)** en el contexto peruano demostraron que la práctica integral de los "ocho remedios naturales" —alimentación saludable, ejercicio, agua, sol, temperancia, aire puro, descanso y confianza en Dios— se correlaciona positivamente con los indicadores de estado de salud física y mental, confirmando empíricamente la relación entre fe, autocuidado y bienestar.

Modelos integradores de evidencia científica

El enfoque contemporáneo de la salud reconoce que los estilos de vida saludables generan **sinergias positivas** entre las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual del ser humano. La interacción entre estos factores ha sido conceptualizada en modelos integradores como el **modelo biopsicosocial de Engel (1977)** y el **modelo salutogénico de Antonovsky (1996)**, los cuales explican cómo el sentido de coherencia vital y las conductas adaptativas permiten mantener la salud a pesar de los estresores del entorno.

Asimismo, los estudios del **Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME, 2020)** muestran que los países con mayores índices de longevidad y bienestar comparten características comunes: dietas equilibradas, alta actividad física, bajo consumo de alcohol y tabaco, redes sociales sólidas y sistemas de salud basados en la prevención. Estos hallazgos refuerzan la evidencia de que el **estilo de vida es el determinante más modificable de la salud humana**.

La interacción entre el estilo de vida y el estado de salud constituye una relación dinámica y bidireccional. Un estilo de vida saludable no solo previene enfermedades, sino que también mejora la percepción de bienestar, fortalece la mente y amplía la esperanza de vida. A la inversa, los hábitos nocivos y las condiciones psicosociales adversas deterioran progresivamente la calidad de vida, incluso antes de manifestarse clínicamente las enfermedades.

La evidencia científica contemporánea confirma que el bienestar integral —físico, mental, social y espiritual— depende en gran medida de las elecciones cotidianas del individuo y de los contextos culturales que las sostienen. De ahí la necesidad de **promover una educación sanitaria transformadora**, que fomente la conciencia del autocuidado, la responsabilidad ética y la armonía con el entorno natural y espiritual.

En suma, el vínculo entre estilo de vida y estado de salud representa el núcleo del paradigma moderno de la promoción del bienestar humano: una visión holística, preventiva y solidaria que reconoce al ser humano como un todo integrado, capaz de construir su propia salud a través de decisiones conscientes y sostenibles.

El recorrido teórico desarrollado en este capítulo permite comprender que tanto el **estilo de vida** como el **estado de salud** son dimensiones inseparables del bienestar humano. A través de la revisión conceptual, histórica y científica, se evidencia que la salud no depende únicamente de factores biológicos, sino de un entramado complejo de comportamientos, condiciones sociales, ambientales y espirituales que configuran la vida cotidiana de las personas.

El análisis de los enfoques clásicos y contemporáneos muestra que la salud es un **proceso dinámico, multidimensional y relacional**, resultado de la interacción continua entre los determinantes individuales —como la alimentación, el ejercicio, el descanso o la temperancia— y los determinantes estructurales —como el ambiente, la cultura, el trabajo y las políticas públicas—. Esta interdependencia justifica la necesidad de abordar el bienestar humano desde una **perspectiva integral**, en la que el cuerpo, la mente y el espíritu actúan en armonía.

Los hallazgos científicos recientes, respaldados por organismos internacionales y múltiples investigaciones, confirman que los **hábitos saludables** constituyen el pilar más eficaz para la prevención de enfermedades y la promoción de la calidad de vida. Del mismo modo, la evidencia revela que los factores de riesgo —sedentarismo, estrés, contaminación, inequidad y deterioro ambiental— son manifestaciones de estilos de vida desadaptativos y de entornos sociales que dificultan la adopción de conductas saludables.

Asimismo, se observa que la espiritualidad y la dimensión ética del cuidado son elementos esenciales en la construcción del bienestar integral. La visión bíblico-filosófica y el enfoque adventista complementan la comprensión científica al recordar que la salud es también un don, una responsabilidad moral y una forma de honrar la vida. Desde esta perspectiva, el cuidado del cuerpo y de la mente trasciende la dimensión individual para convertirse en un acto de gratitud y servicio hacia los demás.

En síntesis, este capítulo demuestra que el **estilo de vida y la salud** mantienen una relación bidireccional sustentada en la evidencia empírica y en fundamentos éticos y espirituales. Los hábitos saludables fortalecen el equilibrio biológico y emocional, mientras que las condiciones de salud influyen en las decisiones y comportamientos

cotidianos. Entender esta reciprocidad es esencial para formular estrategias educativas, comunitarias e institucionales orientadas al **desarrollo de una cultura del bienestar sostenible y trascendente**.

Con estas bases teóricas, se da paso al siguiente capítulo, en el que se presenta el **caso de estudio aplicado en Tarapoto (Perú)**. En él se analizará empíricamente la relación entre el estilo de vida y el estado de salud de distintos grupos poblacionales, utilizando instrumentos validados que permitirán corroborar, desde la investigación científica, los principios desarrollados en este marco conceptual.

CAPÍTULO III

CASO DE ESTUDIO: ESTILO DE VIDA Y ESTADO DE SALUD EN TARAPOTO, PERÚ (2018)

El presente capítulo desarrolla la fase aplicada de la investigación, en la que se analiza la interacción entre el **estilo de vida y el estado de salud** de una población específica de la ciudad de **Tarapoto, Perú**, durante el año 2018. Este caso de estudio representa la materialización práctica del marco teórico previamente expuesto, permitiendo contrastar los fundamentos conceptuales y científicos con la realidad social y sanitaria de una comunidad concreta.

El interés por abordar esta problemática en el contexto tarapotino surge del incremento sostenido de **enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)** observadas en la región, asociadas a hábitos de vida inadecuados, sedentarismo, consumo desbalanceado de alimentos y niveles elevados de estrés. Estas condiciones, comunes en las zonas urbanas en proceso de expansión, evidencian la necesidad de promover estilos de vida saludables como estrategia esencial para preservar la salud física, mental y espiritual de la población.

Desde un enfoque **observacional, no experimental y de corte transversal**, la investigación busca identificar la relación existente entre los comportamientos cotidianos de las personas —en sus dimensiones de alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual— y su nivel percibido de salud, evaluado mediante indicadores reconocidos internacionalmente. De este modo, el estudio combina la visión teórica de la salud integral con un análisis empírico basado en instrumentos estandarizados y validados.

La población objeto de estudio estuvo conformada por participantes de tres grupos: pacientes del **Consultorio Nutrigénesis**, miembros de la **Iglesia Adventista del Séptimo Día de Tarapoto**, y ciudadanos **no adventistas** vinculados a los **Centros de Influencia**. A través de esta diversidad de contextos se buscó obtener una muestra

representativa de los distintos estilos de vida presentes en la comunidad, permitiendo comparar sus efectos en la percepción y condición de salud.

La metodología empleada integra dos instrumentos principales: el **Cuestionario de Estilo de Vida Integral**, elaborado por Huapaya (2016) bajo el enfoque de los ocho remedios naturales, y el **Cuestionario SF-36 (Short Form Health Survey)**, reconocido internacionalmente por medir el estado de salud en sus dimensiones física, mental y social. Ambos instrumentos fueron validados en el contexto local, demostrando altos índices de confiabilidad ($\alpha > 0.89$) y consistencia interna.

El desarrollo de este capítulo incluye la descripción detallada del diseño metodológico, la caracterización de la población y muestra, los procedimientos de recolección de datos, así como el análisis estadístico de los resultados. La estructura permitirá identificar patrones de relación, diferencias significativas entre grupos y correlaciones entre los estilos de vida y los niveles de salud percibida.

En síntesis, este caso de estudio busca **evidenciar empíricamente** que un estilo de vida saludable —basado en principios de equilibrio físico, emocional y espiritual— contribuye de manera directa al fortalecimiento del estado de salud y a la mejora de la calidad de vida. De este modo, la experiencia desarrollada en Tarapoto se presenta no solo como un análisis científico, sino también como una propuesta inspiradora para replicar en otros contextos sociales y comunitarios del país.

3.1. Metodología del estudio

La metodología constituye el eje operativo de toda investigación científica, pues define el camino sistemático que permite transformar una inquietud teórica en un conocimiento verificable. En el presente estudio, el propósito central fue analizar la **relación entre el estilo de vida y el estado de salud** de una población adulta en Tarapoto, Perú, durante el año 2018. Para alcanzar este objetivo, se diseñó un enfoque metodológico riguroso, fundamentado en la observación empírica, la medición validada y el análisis estadístico de las variables involucradas.

El estudio se desarrolló bajo un **enfoque cuantitativo, de tipo observacional y diseño no experimental**, dado que no se manipularon las variables independientes, sino

que se observó su comportamiento en condiciones naturales. El diseño fue **correlacional y comparativo**, orientado a establecer la magnitud y dirección de la relación entre los hábitos de vida de los participantes y su estado de salud percibido, además de identificar posibles diferencias entre los distintos grupos poblacionales. Asimismo, se trató de un **estudio de corte transversal**, pues la información se recolectó en un solo momento temporal, permitiendo obtener una fotografía precisa de la situación de salud en el contexto analizado.

El enfoque metodológico parte del supuesto de que los estilos de vida constituyen un conjunto de comportamientos aprendidos y sostenidos culturalmente que influyen de manera directa en la salud integral del ser humano. De allí que las dimensiones seleccionadas —alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual— respondan a un modelo holístico que vincula las esferas física, psicológica y espiritual del bienestar.

Para medir estas dimensiones, se emplearon instrumentos validados que garantizan la **fiabilidad y validez científica** de los resultados: el **Cuestionario de Estilo de Vida Integral** (Huapaya, 2016) y el **Cuestionario SF-36** (Short Form Health Survey), ampliamente utilizado en estudios internacionales sobre calidad de vida relacionada con la salud. Ambos instrumentos fueron adaptados al contexto sociocultural de Tarapoto, alcanzando altos índices de consistencia interna (α de Cronbach superiores a 0.88) y adecuación muestral (KMO > 0.74).

Asimismo, el procedimiento metodológico contempló rigurosos criterios éticos de confidencialidad, consentimiento informado y respeto a la autonomía de los participantes, asegurando que el proceso se desarrollara conforme a los principios de **beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por la dignidad humana**.

En síntesis, la metodología de este estudio combina la precisión del análisis estadístico con una comprensión integral del fenómeno humano de la salud. Este apartado describe detalladamente el tipo y diseño de investigación, la población y muestra, los instrumentos empleados, los criterios éticos y las técnicas de procesamiento de la información. Con ello, se establece la base empírica necesaria para comprender los resultados que se presentan en los siguientes apartados.

3.1.1. Tipo y diseño de investigación (correlacional y comparativo).

El estudio se enmarca dentro del **enfoque cuantitativo** y corresponde a un **diseño no experimental, de tipo correlacional y comparativo**, dado que su propósito fundamental fue analizar la **relación existente entre el estilo de vida y el estado de salud** en una población determinada, sin alterar las condiciones naturales de las variables. Este tipo de investigación permite describir y medir el grado de asociación entre los comportamientos cotidianos de las personas —como la alimentación, la actividad física, el descanso o la salud mental— y su percepción del bienestar físico, emocional y social, sin intervenir directamente sobre los sujetos de estudio.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), los estudios **no experimentales** se caracterizan por observar fenómenos tal como ocurren en su entorno real, sin manipular las variables independientes, limitándose a registrar y analizar sus manifestaciones. En este caso, las variables analizadas fueron el **estilo de vida** (variable X) y el **estado de salud** (variable Y), ambas evaluadas a través de instrumentos estandarizados que permitieron cuantificar sus dimensiones con base en indicadores objetivos y subjetivos.

El **diseño correlacional** se aplicó con el propósito de determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Esto implicó medir el grado de correspondencia entre los puntajes obtenidos en los cuestionarios de estilo de vida y de estado de salud, identificando la dirección y fuerza de la asociación. Según Kerlinger y Lee (2002), los estudios correlacionales no buscan establecer causalidad, sino describir cómo se comportan las variables de manera conjunta en un mismo contexto, ofreciendo así información valiosa para futuras investigaciones explicativas o predictivas.

Por otro lado, el **diseño comparativo** permitió contrastar los resultados entre los tres grupos participantes:

1. **Grupo M1:** integrantes del Centro de Influencia I, compuesto por personas no adventistas.

2. **Grupo M2:** integrantes del Centro de Influencia II, conformado por miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

3. **Grupo M3:** pacientes atendidos en el Consultorio Médico Nutrigénesis.

Este diseño posibilitó examinar las **diferencias significativas** en los niveles de estilo de vida y estado de salud entre los distintos grupos, analizando cómo los factores socioculturales, espirituales y conductuales inciden en las prácticas saludables y en la percepción del bienestar.

La naturaleza **transversal** del estudio implica que la información fue recolectada en un solo momento temporal, proporcionando una visión sincrónica de la realidad estudiada. Este enfoque permite identificar tendencias y relaciones presentes en el periodo específico de observación —en este caso, el año 2018— sin pretender establecer una evolución temporal de las variables.

El diseño metodológico puede representarse de manera esquemática del siguiente modo:

Variables	Dimensiones principales	Grupos comparativos
X: Estilo de vida	Alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental, esperanza espiritual	M1: Centro de Influencia I (no adventistas)
Y: Estado de salud	Capacidad funcional, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental	M2: Centro de Influencia II (adventistas) M3: Consultorio Nutrigénesis

Este diseño permitió correlacionar las variables dentro de cada grupo y comparar sus resultados, garantizando la consistencia del análisis estadístico y la validez de las inferencias obtenidas.

En síntesis, el estudio adopta un **modelo correlacional-comparativo y transversal**, que busca no solo evidenciar la relación entre el estilo de vida y el estado de salud, sino también identificar las diferencias entre poblaciones con distintas prácticas, creencias y contextos. Este enfoque metodológico aporta una comprensión más profunda de cómo los hábitos cotidianos y las actitudes frente a la salud configuran el bienestar integral en comunidades específicas como la de Tarapoto, Perú.

3.1.2. Población y muestra (Centro de Influencia y Consultorio Nutrigénesis).

La **población de estudio** estuvo conformada por un conjunto heterogéneo de participantes pertenecientes a tres contextos institucionales de la ciudad de **Tarapoto, Perú**, vinculados con iniciativas de promoción de la salud y educación integral. Estos grupos fueron seleccionados por representar diferentes estilos de vida, niveles de participación comunitaria y grados de compromiso con prácticas saludables, lo que permitió realizar un análisis comparativo amplio y significativo.

En primer lugar, se consideró al grupo de **pacientes del Consultorio Nutrigénesis**, un establecimiento especializado en atención médica y asesoría nutricional que promueve un enfoque integral de la salud basado en la prevención, la alimentación balanceada y la orientación hacia hábitos saludables. Este consultorio atiende a pacientes con diversos diagnósticos, en su mayoría adultos interesados en mejorar su calidad de vida mediante la adopción de prácticas naturales y cambios conductuales sostenibles.

El segundo grupo estuvo constituido por los **miembros del Centro de Influencia II**, pertenecientes a la **Iglesia Adventista del Séptimo Día de Tarapoto**. Este grupo se caracteriza por participar activamente en programas de educación sanitaria, talleres de bienestar físico y espiritual, y actividades comunitarias orientadas a la promoción de la salud preventiva. Su estilo de vida refleja una filosofía basada en la temperancia, la fe, la alimentación natural y la práctica regular de ejercicio físico, elementos que fundamentan el modelo adventista de salud.

El tercer grupo, correspondiente al **Centro de Influencia I**, estuvo integrado por personas **no adventistas** que participan voluntariamente en programas de bienestar y capacitación promovidos por la iglesia, aunque sin compartir necesariamente la misma cosmovisión espiritual. Este grupo permitió contrastar las diferencias conductuales y actitudinales respecto al cuidado de la salud entre quienes adoptan un marco de valores espirituales estructurado y quienes se vinculan a las actividades desde una motivación más secular o personal.

En conjunto, la **población total** considerada ascendió a **566 personas**, distribuidas de la siguiente manera:

- **200 pacientes del Consultorio Nutrigénesis**,
- **250 miembros de la Iglesia Adventista (Centro de Influencia II)**,
- **116 participantes no adventistas (Centro de Influencia I)**.

De esta población, se extrajo una **muestra no probabilística intencional** de **246 participantes**, seleccionados en función de su disponibilidad, accesibilidad y consentimiento para participar en el estudio. Este tipo de muestreo responde al criterio de **conveniencia**, empleado comúnmente en investigaciones sociales y sanitarias en las que se busca un análisis detallado de grupos específicos más que una inferencia poblacional generalizada.

La muestra quedó distribuida de la siguiente forma:

- **60 participantes del Consultorio Nutrigénesis (M3)**,
- **75 miembros del Centro de Influencia II – adventistas (M2)**,
- **111 participantes no adventistas del Centro de Influencia I (M1)**.

Los criterios de inclusión se centraron en **la voluntad de participar**, **ser mayor de edad** y **pertenecer activamente** a alguna de las instituciones consideradas. En cambio, se excluyeron a las personas que no manifestaron consentimiento informado o que no formaban parte de los programas de los Centros de Influencia o del consultorio médico.

La diversidad sociocultural y ocupacional de los participantes aportó riqueza al estudio, al permitir observar cómo diferentes estilos de vida —desde el enfoque clínico-preventivo hasta el educativo-espiritual— se relacionan con los niveles percibidos de salud. Esta heterogeneidad facilitó un análisis más completo de las **relaciones entre conducta, contexto y bienestar**, reflejando el modo en que los valores, la formación y las prácticas comunitarias inciden en la salud individual y colectiva.

En suma, la población y muestra del estudio representan una síntesis del mosaico social de Tarapoto: un entorno donde convergen la medicina natural, la educación en salud y la espiritualidad como rutas complementarias hacia una vida más saludable. Este enfoque pluralista refuerza el valor científico y social de la investigación, ofreciendo una base sólida para el análisis de los resultados posteriores.

3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Todo proceso investigativo requiere definir con precisión los criterios que delimitan quiénes pueden participar en el estudio, garantizando así la pertinencia y coherencia de la muestra con los objetivos de investigación. En este caso, los **criterios de inclusión y exclusión** se establecieron con base en consideraciones éticas, metodológicas y contextuales, propias del diseño no experimental y correlacional aplicado en la ciudad de Tarapoto.

Los **criterios de inclusión** se orientaron a incorporar a aquellos participantes que cumplían con las condiciones necesarias para aportar información válida y relevante sobre las variables analizadas. En este sentido, se incluyeron personas que:

1. **Manifestaron su voluntad libre e informada de participar** en el estudio, expresando su consentimiento mediante la firma del formato correspondiente.

2. **Fueron mayores de edad** (18 años o más), condición indispensable para asegurar la comprensión y autonomía en el proceso de respuesta a los cuestionarios.

3. **Formaban parte activa** de alguno de los espacios institucionales seleccionados: los **Centros de Influencia I y II** (miembros y no miembros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día) o el **Consultorio Médico Nutrigénesis**.

4. **Mostraban condiciones de salud estables** al momento de la recolección de datos, lo cual permitió garantizar la validez de las respuestas sin interferencias derivadas de estados clínicos críticos.

Estos criterios permitieron asegurar la homogeneidad mínima entre los participantes y la pertinencia de la información recolectada en relación con las dimensiones del estilo de vida y del estado de salud.

Por otro lado, los **criterios de exclusión** buscaron evitar la participación de personas que pudieran comprometer la confiabilidad de los resultados o que no cumplían con las condiciones éticas y metodológicas necesarias. Se excluyeron, por tanto:

1. Aquellas personas que **no manifestaron disposición o consentimiento informado** para participar en la investigación.

2. Quienes **no pertenecían** formalmente a los Centros de Influencia ni al Consultorio Nutrigénesis, es decir, individuos ajenos a los entornos institucionales contemplados en el estudio.

3. **Menores de edad**, dado que el objetivo era analizar los hábitos y percepciones de salud en población adulta.

4. Personas que, por motivos médicos, emocionales o cognitivos, **no se encontraban en condiciones de responder adecuadamente** los instrumentos aplicados.

La aplicación rigurosa de estos criterios permitió depurar la muestra y garantizar la **validez interna y ética** del proceso investigativo. Además, aseguró que las observaciones y conclusiones derivadas del estudio correspondieran efectivamente a individuos con características comparables y vinculados directamente a las instituciones objeto de análisis.

De esta manera, el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión no solo delimitó el universo empírico del estudio, sino que también fortaleció su **coherencia metodológica y su integridad científica**, en consonancia con las normas de investigación ética y los principios de justicia y respeto por la dignidad humana.

3.1.4. Consideraciones éticas y principios bioéticos.

El cumplimiento de los principios éticos constituye un eje esencial en toda investigación científica que involucra la participación de personas. En el presente estudio, la dimensión ética no fue un mero requisito formal, sino un compromiso sustantivo orientado a garantizar el respeto por la dignidad, la autonomía y el bienestar integral de los participantes. Desde la planificación hasta la ejecución, se adoptaron lineamientos inspirados en los **principios bioéticos universales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia**, los cuales aseguraron la integridad del proceso investigativo y la protección de los derechos humanos.

En primer lugar, se respetó el principio de **autonomía**, garantizando que la participación fuera completamente **voluntaria** y basada en un **consentimiento informado**. Antes de la aplicación de los cuestionarios, los investigadores explicaron con claridad los objetivos del estudio, la naturaleza de la información a recolectar, los posibles beneficios indirectos y el carácter anónimo de las respuestas. Solo se incluyeron aquellos individuos que manifestaron explícitamente su conformidad y comprensión del propósito del trabajo, mediante la firma del consentimiento informado.

El principio de **beneficencia** se aplicó al procurar que la investigación generara **beneficios reales para la comunidad**, contribuyendo a visibilizar los factores que influyen en la salud y orientando futuras acciones de promoción del bienestar. Este principio se tradujo en el compromiso de utilizar los resultados para fortalecer programas de educación sanitaria, diseñar estrategias de intervención y fomentar estilos de vida saludables dentro de los Centros de Influencia y del Consultorio Nutrigénesis.

En coherencia con ello, el principio de **no maleficencia** se observó al garantizar que ningún procedimiento implicara **riesgo físico, psicológico o social** para los participantes. Las encuestas aplicadas no incluyeron preguntas invasivas ni evaluaciones clínicas, y la interacción con los encuestados se realizó en un ambiente de respeto, privacidad y cordialidad. Los datos obtenidos se trataron con estricta confidencialidad, evitando cualquier uso que pudiera afectar la reputación o el bienestar personal de los involucrados.

El principio de **justicia**, por su parte, se reflejó en la **equidad en la selección de los participantes** y en la distribución proporcional de los beneficios del conocimiento generado. Se procuró que todos los grupos tuvieran igual oportunidad de participar, sin discriminación alguna por razones de género, edad, credo religioso, ocupación o condición económica. Además, los resultados se comunicaron de manera general y colectiva, sin individualizar datos sensibles ni señalar instituciones específicas.

Desde el punto de vista institucional, se gestionó la **autorización formal** de las entidades involucradas —los Centros de Influencia y el Consultorio Nutrigénesis—, cuyos administradores otorgaron su consentimiento para el desarrollo del estudio. Esta colaboración garantizó un entorno de confianza y transparencia, elementos fundamentales para el éxito del proceso de recolección de información.

Finalmente, la confidencialidad se aseguró mediante la **anonimización de los cuestionarios**: no se registraron nombres ni datos personales identificables, empleándose únicamente códigos alfanuméricos para el procesamiento estadístico. Todos los registros fueron manejados de manera segura y exclusivamente con fines académicos, en cumplimiento de los principios de **ética en investigación y protección de datos personales** establecidos por la normativa peruana y las guías internacionales del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

En síntesis, el componente ético de este estudio no solo resguarda los derechos individuales, sino que reafirma el compromiso de la investigación con la **humanización del conocimiento científico**, entendiendo que el bienestar de las personas y el respeto por su libertad constituyen el fundamento esencial de toda práctica investigativa orientada al desarrollo integral y sostenible del ser humano.

3.1.5. Variables y operacionalización:

En el marco de la presente investigación, se definieron dos variables principales cuya relación constituye el núcleo del estudio: **el estilo de vida** (variable independiente) y **el estado de salud** (variable dependiente). Ambas se operacionalizaron en función de sus dimensiones teóricas, indicadores observables y escalas de medición, con el fin de garantizar la validez empírica de los resultados y la coherencia con el marco conceptual desarrollado en los capítulos anteriores.

3.1.5.1. Variable 1: Estilo de vida (dimensiones e indicadores).

El **estilo de vida** se define como el conjunto de comportamientos, hábitos y actitudes que el individuo adopta de manera cotidiana y que influyen directamente en su bienestar físico, mental, social y espiritual. Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), representa una forma de vivir determinada por la interacción entre factores personales, socioculturales y ambientales. En el presente estudio, esta variable se concibió como una manifestación integral del modo en que las personas se relacionan con su cuerpo, su entorno y su espiritualidad.

Para su evaluación se empleó el **Cuestionario de Estilo de Vida Integral**, elaborado por Huapaya (2016), validado en el contexto peruano y adaptado a la realidad de Tarapoto. Dicho instrumento mide el estilo de vida de manera holística, considerando los fundamentos de la salud natural y los principios de la temperancia, de acuerdo con el modelo de los **ocho remedios naturales** promovidos por la filosofía adventista de la salud. En esta investigación, se consideraron **seis dimensiones** principales, cada una con sus respectivos indicadores:

Dimensiones	Indicadores principales	Ejemplos de ítems / conductas observadas
1. Alimentación	Consumo de alimentos saludables, equilibrio nutricional, hidratación adecuada.	Frecuencia de ingesta de frutas, verduras y agua; control del consumo de azúcares y grasas.
2. Actividad física	Ejercicio regular, pausas activas, mantenimiento de la movilidad corporal.	Práctica de caminatas, ejercicios aeróbicos o actividades recreativas.
3. Descanso	Calidad del sueño nocturno, pausas de recuperación diurna, hábitos de relajación.	Horas de descanso diarias, siestas y rutinas de sueño regulares.
4. Temperancia	Moderación en el consumo de alimentos y sustancias, autocontrol en los impulsos.	Abstinencia de tabaco, alcohol o fármacos no prescritos; control emocional frente a excesos.
5. Salud mental	Estabilidad emocional, autoconocimiento, inteligencia emocional, actitud positiva.	Capacidad de manejo del estrés, pensamiento optimista, control de la ansiedad.
6. Esperanza espiritual	Fe, propósito de vida, conexión con valores trascendentes.	Confianza en Dios, sentido de gratitud y propósito, práctica de oración o meditación.

Cada dimensión se evaluó mediante ítems con **escala ordinal de frecuencia**, cuyos valores permitieron clasificar los niveles del estilo de vida en categorías

cualitativas: *deficiente o crítico*, *en riesgo*, *aceptable* y *saludable*. La confiabilidad del instrumento fue altamente satisfactoria, alcanzando un **alfa de Cronbach de 0.933** y un **índice KMO de 0.902**, lo que demuestra una alta consistencia interna y validez de constructo.

De esta manera, la operacionalización de la variable permitió cuantificar el grado en que los hábitos cotidianos de los participantes reflejan conductas protectoras o de riesgo para la salud, estableciendo una base sólida para correlacionar dichos comportamientos con los indicadores del estado de salud.

3.1.5.2. Variable 2: Estado de salud (dimensiones e indicadores SF-36).

El **estado de salud** se conceptualiza, según la OMS (1948), como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". Bajo esta definición, el estado de salud no se reduce a parámetros clínicos, sino que integra componentes objetivos y subjetivos del bienestar humano.

Para su medición, se empleó el instrumento **SF-36 (Short Form Health Survey)**, ampliamente utilizado en estudios internacionales para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (Ware & Sherbourne, 1992). Este cuestionario multidimensional comprende **36 ítems** agrupados en **ocho dimensiones** que describen las principales áreas del funcionamiento humano. En el presente estudio, se utilizó la versión adaptada y validada para la población peruana, con un **índice de validez KMO de 0.749** y una **confiabilidad general α = 0.889**.

Dimensiones del SF-36	Descripción	Indicadores o ítems representativos
1. Capacidad funcional	Evalúa el nivel de independencia física y la facilidad para realizar actividades cotidianas.	Ítems 3–12: subir escaleras, caminar, cargar objetos, etc.
2. Rol físico	Analiza las limitaciones en el desempeño laboral o de actividades diarias por problemas físicos.	Ítems 13–16.
3. Dolor corporal	Mide la intensidad del dolor y su interferencia con las actividades habituales.	Ítems 21–22.
4. Salud general	Refleja la percepción global del estado de salud y las expectativas sobre su evolución.	Ítems 1, 33–36.

5. Vitalidad	Evalúa el nivel de energía, fatiga y disposición para realizar actividades.	Ítems 23, 27, 29, 31.
6. Función social	Determina el grado de integración y desempeño en las relaciones interpersonales.	Ítems 20 y 32.
7. Rol emocional	Considera las limitaciones en el trabajo o las actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ítems 17–19.
8. Salud mental	Mide la estabilidad psicológica, el ánimo y la capacidad de afrontamiento.	Ítems 24–28, 30.

Cada dimensión fue puntuada de manera independiente, transformando los resultados en una escala de **0 a 100 puntos**, donde los valores más altos representan un mejor estado de salud. El análisis final permitió clasificar los resultados en tres categorías generales: *deficiente o crítico*, *en riesgo* y *óptimo*.

El SF-36 se complementó con análisis estadísticos de correlación que permitieron identificar la relación directa entre las puntuaciones del estilo de vida y del estado de salud. Este abordaje cuantitativo posibilitó demostrar empíricamente la hipótesis central de la investigación: que **un estilo de vida equilibrado y saludable se asocia de manera significativa con un mejor estado general de salud**.

En conclusión, la operacionalización de ambas variables proporcionó una estructura clara y coherente para el análisis empírico. La precisión conceptual, la validez de los instrumentos y la integración de dimensiones físicas, mentales y espirituales garantizan que los resultados del estudio reflejen con fidelidad la relación entre el estilo de vida y el bienestar integral en la población de Tarapoto.

3.1.6. Instrumentos:

En toda investigación empírica, la validez de los resultados depende en gran medida de la calidad y confiabilidad de los instrumentos empleados para la recolección de datos. En este estudio, se seleccionaron dos herramientas validadas internacionalmente y adaptadas al contexto cultural y geográfico de Tarapoto, Perú. Ambos cuestionarios permitieron medir de forma objetiva y estandarizada las variables centrales del estudio: el **estilo de vida** y el **estado de salud**.

3.1.6.1. Cuestionario Integral de Estilo de Vida (Huapaya, 2016, adaptación).

El **Cuestionario Integral de Estilo de Vida (CIEV)** fue desarrollado originalmente por el **Mg. Ángelo Huapaya (2016)** con el propósito de evaluar el estilo de vida desde un enfoque holístico y basado en los **principios de salud integral** promovidos por la filosofía adventista. A diferencia de otros instrumentos que abordan aspectos fragmentados de la conducta saludable, este cuestionario considera el **estilo de vida como una totalidad integrada**, en la que confluyen factores físicos, emocionales, mentales y espirituales.

El instrumento original comprendía siete dimensiones (alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental, esperanza espiritual y otros hábitos de riesgo). Sin embargo, para el presente estudio se **adaptó eliminando la última dimensión**, por considerarse menos pertinente para una población adulta y con condiciones de salud particulares. La versión final utilizada se estructuró en **seis dimensiones** que recogen los elementos esenciales de un estilo de vida equilibrado:

1. **Hábitos de alimentación**
2. **Práctica de actividad física**
3. **Práctica de descanso**
4. **Temperancia o autocontrol**
5. **Salud mental y emocional**
6. **Esperanza espiritual y propósito trascendente**

Cada dimensión se operacionaliza mediante indicadores específicos y un conjunto de ítems que evalúan la frecuencia, consistencia y calidad de las prácticas relacionadas con la salud. Las respuestas se registran en una **escala ordinal** tipo Likert, que permite clasificar el nivel de estilo de vida de cada participante en categorías: *crítico o deficiente*, *en riesgo*, *aceptable* y *saludable*.

En el proceso de validación del instrumento para la presente investigación, se obtuvo una **medida KMO de 0.902** y una **significancia de Bartlett de 0.000**, lo que indica una alta adecuación muestral y validez de constructo. En cuanto a la confiabilidad, el **alfa de Cronbach fue de 0.933**, demostrando una excelente consistencia interna y homogeneidad entre los ítems.

Esta herramienta permitió identificar patrones conductuales y hábitos de vida predominantes en la población estudiada, ofreciendo una visión detallada de las áreas que favorecen o comprometen el bienestar integral de los participantes. Además, su enfoque basado en los **"ocho remedios naturales"** —alimentación, agua, ejercicio, sol, temperancia, aire puro, descanso y confianza en Dios— la convierte en un instrumento coherente con la filosofía de prevención y promoción de la salud que sustenta este estudio.

3.1.6.2. Cuestionario SF-36 (Medical Outcomes Study).

El segundo instrumento utilizado fue el **Cuestionario SF-36 (Short Form Health Survey)**, elaborado por el **Medical Outcomes Study** (Ware & Sherbourne, 1992). Se trata de uno de los instrumentos más reconocidos y aplicados a nivel mundial para evaluar la **calidad de vida relacionada con la salud**. Su estructura multidimensional permite obtener una visión amplia del bienestar percibido, abarcando tanto los aspectos físicos como los psicológicos y sociales del estado de salud.

El SF-36 está compuesto por **36 ítems** agrupados en **ocho dimensiones fundamentales**:

1. **Capacidad funcional** – evalúa la independencia y las limitaciones físicas en actividades cotidianas.
2. **Rol físico** – identifica restricciones en el trabajo o las tareas diarias debido a problemas físicos.
3. **Dolor corporal** – mide la intensidad del dolor y su impacto en la funcionalidad.
4. **Salud general** – recoge la percepción global del estado de salud y las expectativas futuras.

5. **Vitalidad** – valora el nivel de energía y fatiga.
6. **Función social** – explora la influencia de la salud en las relaciones interpersonales.
7. **Rol emocional** – analiza las limitaciones ocasionadas por problemas emocionales.
8. **Salud mental** – mide el bienestar psicológico y el equilibrio emocional.

Cada ítem utiliza una escala tipo Likert, y las puntuaciones de las ocho dimensiones se transforman en una escala de **0 a 100 puntos**, donde los valores más altos reflejan un mejor estado de salud. En este estudio, el SF-36 fue adaptado lingüísticamente y aplicado bajo supervisión para garantizar su comprensión en el contexto local.

Los análisis psicométricos confirmaron su idoneidad: el cuestionario alcanzó un **KMO de 0.749** y una **significancia de Bartlett de 0.000**, evidenciando validez de constructo. La **confiabilidad global (α de Cronbach = 0.889)** indicó una alta consistencia interna, por lo que el instrumento resultó adecuado para evaluar el bienestar percibido en la población tarapotina.

La incorporación del SF-36 permitió complementar los datos del cuestionario de estilo de vida con una medida objetiva del **estado general de salud**, facilitando la correlación estadística entre ambos constructos. Esta combinación metodológica fortaleció el diseño del estudio, al integrar la medición de **hábitos conductuales (causas)** con la **percepción del bienestar físico y psicológico (efectos)**, en coherencia con el modelo de determinantes de salud propuesto por Lalonde (1974).

En conjunto, ambos instrumentos conformaron un sistema de medición robusto, válido y confiable, que permitió obtener una visión integral del modo de vida y del estado de salud de los participantes. Su aplicación conjunta garantizó la triangulación de datos y sustentó con evidencia empírica la hipótesis central del estudio: que un estilo de vida equilibrado, moderado y consciente se asocia significativamente con un mejor estado general de salud y calidad de vida.

3.1.7. Validación y confiabilidad de los instrumentos.

Todo instrumento de medición científica requiere demostrar su **validez** —la capacidad de medir lo que realmente pretende medir— y su **confiabilidad**, entendida como la estabilidad y consistencia de los resultados obtenidos. En el presente estudio, ambos criterios se aplicaron rigurosamente a los cuestionarios empleados: el **Cuestionario Integral de Estilo de Vida (Huapaya, 2016, adaptación)** y el **Cuestionario de Estado de Salud SF-36**.

Validación del Cuestionario Integral de Estilo de Vida

El proceso de validación se llevó a cabo en dos etapas:

- **Validez de contenido**, mediante **juicio de expertos**, y
- **Validez de constructo**, mediante **análisis estadístico de adecuación muestral (KMO) y prueba de esfericidad de Bartlett**.

En la primera fase, el cuestionario fue revisado por un panel de especialistas en salud pública, nutrición, psicología y metodología de investigación, quienes evaluaron la **claridad, pertinencia y coherencia conceptual** de cada ítem. Se realizaron ajustes de redacción y adecuación cultural, asegurando que los enunciados reflejaran con precisión las conductas y actitudes de la población tarapotina.

En la segunda fase, la **validez de constructo** se verificó estadísticamente, alcanzando un **índice KMO de 0.902** y una **significancia de Bartlett de 0.000**, lo que evidencia una **excelente adecuación muestral** y la presencia de correlaciones significativas entre los ítems. Estos resultados indican que el instrumento mide de manera coherente las dimensiones teóricas del estilo de vida —alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual—, lo que respalda su solidez conceptual y estructural.

Confiabilidad del Cuestionario Integral de Estilo de Vida

Para determinar la consistencia interna del instrumento, se aplicó el **coeficiente Alfa de Cronbach**, obteniéndose un valor de **0.933**, considerado **altamente confiable**

según los estándares psicométricos. Este nivel de fiabilidad confirma que los ítems del cuestionario mantienen una coherencia interna elevada y que los resultados obtenidos son estables y reproducibles en poblaciones similares.

El análisis adicional de los ítems demostró que ninguno de ellos reducía significativamente la confiabilidad global del instrumento, lo que confirma su **consistencia estructural** y pertinencia empírica. En consecuencia, el Cuestionario Integral de Estilo de Vida se consideró plenamente válido y confiable para medir los comportamientos y hábitos relacionados con la salud en el contexto de Tarapoto.

Validación del Cuestionario SF-36 (Medical Outcomes Study)

De igual modo, el **Cuestionario SF-36**, ampliamente validado a nivel internacional, fue sometido a un proceso de confirmación psicométrica en la muestra local. Este instrumento, diseñado para medir la **calidad de vida relacionada con la salud**, fue evaluado tanto en su **estructura factorial** como en la coherencia entre sus ocho dimensiones principales: capacidad funcional, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

La **validez de constructo** se estableció mediante el cálculo del **KMO = 0.749**, lo que demuestra un nivel adecuado de intercorrelación entre los ítems. La **prueba de esfericidad de Bartlett (χ^2 = 10,268.66; sig. = 0.000)** confirmó que las variables observadas presentan relaciones significativas, avalando la idoneidad del análisis factorial. Estos resultados ratifican que el SF-36 mide de manera válida y estructurada los componentes del bienestar físico, mental y social, ajustándose adecuadamente al contexto sociocultural peruano.

Confiabilidad del Cuestionario SF-36

La **confiabilidad interna** del instrumento se evaluó también mediante el **alfa de Cronbach**, que arrojó un valor global de **0.889**, indicando un nivel **muy alto de consistencia** entre los ítems. En particular, las dimensiones de salud mental, capacidad funcional y vitalidad mostraron los coeficientes más elevados, reflejando una adecuada homogeneidad interna y una estabilidad en las respuestas.

Estos resultados coinciden con los valores reportados en estudios internacionales, lo que reafirma la robustez del instrumento en distintos contextos culturales. La estabilidad de las mediciones permite afirmar que el SF-36 constituye una herramienta fiable para evaluar la percepción del estado de salud y la calidad de vida en poblaciones generales y clínicas.

Ambos instrumentos demostraron niveles **óptimos de validez y confiabilidad**, garantizando que los datos obtenidos reflejan con precisión las realidades empíricas de los participantes. Su uso conjunto permitió abordar las variables desde dos perspectivas complementarias:

- el **estilo de vida**, como causa o conjunto de comportamientos que impactan la salud, y
- el **estado de salud**, como efecto o resultado de dichos comportamientos.

La fortaleza metodológica derivada de esta validación asegura la calidad de los hallazgos del estudio y proporciona bases sólidas para la interpretación científica de los resultados. De este modo, el análisis posterior de la relación entre estilo de vida y estado de salud se sustenta en instrumentos rigurosamente probados, culturalmente adaptados y psicométricamente confiables.

3.2. Resultados y análisis

El análisis de los resultados constituye el núcleo interpretativo del estudio, donde los datos empíricos obtenidos mediante los instrumentos aplicados se transforman en conocimiento significativo. En esta sección se presentan y examinan los hallazgos derivados de la aplicación del **Cuestionario Integral de Estilo de Vida (Huapaya, 2016, adaptación)** y del **Cuestionario de Estado de Salud SF-36**, administrados a una muestra de 246 participantes pertenecientes a tres grupos: los **Centros de Influencia I y II** y el **Consultorio Nutrigénesis** de la ciudad de Tarapoto, Perú.

El propósito central de este análisis fue **determinar la relación existente entre el estilo de vida y el estado de salud**, identificando tanto los niveles generales de cada

variable como las correlaciones entre sus dimensiones específicas: alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual, en relación con las ocho áreas del bienestar evaluadas por el SF-36.

Los resultados se presentan de manera ordenada, iniciando con la **descripción estadística** de las variables principales, seguida del **análisis comparativo** entre los grupos estudiados y, finalmente, de la **contrastación de hipótesis** mediante pruebas de correlación y significancia estadística. Esta estructura permite comprender la magnitud y dirección de la relación entre los estilos de vida adoptados por los participantes y su impacto en la salud percibida.

Asimismo, se interpretan los hallazgos a la luz de los marcos teóricos desarrollados en los capítulos anteriores, vinculando la evidencia empírica con los modelos conceptuales sobre determinantes de la salud, calidad de vida y comportamientos saludables. Este enfoque analítico no solo busca comprobar las hipótesis planteadas, sino también ofrecer una **lectura reflexiva y contextualizada** de los resultados, considerando las particularidades culturales, sociales y espirituales del entorno tarapotino.

De esta manera, el presente capítulo traduce los datos estadísticos en una comprensión integral del fenómeno investigado, aportando evidencia científica sobre cómo los hábitos cotidianos, las actitudes frente al cuidado personal y la vivencia espiritual se asocian con el bienestar físico, mental y social de los individuos, contribuyendo al debate contemporáneo sobre la **promoción de estilos de vida saludables como eje de la salud pública**.

3.2.1. Resultados descriptivos de las variables sociodemográficas

En la tabla 7 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son del sexo femenino 54,9% y un 45,1% del género masculino.

Tabla 7. Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	111	45,1	45,1	45,1
Femenino	135	54,9	54,9	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 8 se observa que un 30,5% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son adultos; unos 20,3% adultos maduros y jóvenes y tan sólo 10,6% son adulto mayores.

Tabla 8. *Edad*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	1	,4	,4	,4
joven(18-24años)	50	20,3	20,3	20,7
joven adulto(25-34años)	41	16,7	16,7	37,4
Adulto (35-50años)	75	30,5	30,5	67,9
Adulto maduro(50-65años)	50	20,3	20,3	88,2
Adulto mayor(66-79años)	26	10,6	10,6	98,8
Anciano(80 a más)	3	1,2	1,2	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 9 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son casados 49,2% en contraste 32,9% solteros y 6,5% de convivientes.

Tabla 9. *Estado civil*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	6	2,4	2,4	2,4
Soltero (a)	81	32,9	32,9	35,4
Casado (a)	121	49,2	49,2	84,6
Viudo (a)	13	5,3	5,3	89,8
Divorciado (a)	9	3,7	3,7	93,5

Conviviente	16	6,5	6,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 10 se observa que un 35% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son madres y un 28% son padres un 22,4% tienen la condición de hijo y un 6,1% vive solo.

Tabla 10. *Posición que ocupa en la familia: los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	9	3,7	3,7	3,7
Padre	69	28,0	28,0	31,7
Madre	86	35,0	35,0	66,7
Hijo/a	55	22,4	22,4	89,0
Primo/a	3	1,2	1,2	90,2
Sobrino/a	2	,8	,8	91,1
Tío/a	2	,8	,8	91,9
Abuelo/a	3	1,2	1,2	93,1
Vivo solo	15	6,1	6,1	99,2
Otra posición	2	,8	,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 11 se observa que una relevante proporción de encuestados 43,5% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis son universitario; un 27,6% tienen secundaría y un 8,5% tienen estudios de posgrado.

Tabla 11. *Grado de instrucción de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	34	13,8	13,8	13,8
Sin estudios	2	,8	,8	14,6
Primaria	14	5,7	5,7	20,3
Secundario	68	27,6	27,6	48,0
Universitario	107	43,5	43,5	91,5
Posgrado	21	8,5	8,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 12 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis el 82,9% son de provincia y un 5,7% de Lima; un 3,7% extranjeros.

Tabla 12. Lugar de procedencia de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	17	6,9	6,9	6,9
Lima	14	5,7	5,7	12,6
Callao	2	,8	,8	13,4
Provincia	204	82,9	82,9	96,3
Extranjero	9	3,7	3,7	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 13 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis el 71,1% son de la selva y un 10,2% son de la sierra y un 13,8% de la costa.

Tabla 13

Región de procedencia de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	3	1,2	1,2	1,2
Costa	34	13,8	13,8	15,0
Sierra	25	10,2	10,2	25,2
Selva	175	71,1	71,1	96,3
Extranjero	9	3,7	3,7	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 14 se observa que la mayoría de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis el 56,9% son adventista, un 28,5% son católicos y el 4,1% evangélicos.

Tabla 14. *Religión de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	5	2,0	2,0	2,0
Católica	70	28,5	28,5	30,5
Adventista	140	56,9	56,9	87,4
Evangélica	10	4,1	4,1	91,5
Pentecostal	2	,8	,8	92,3
Otro	19	7,7	7,7	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 15 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis el 28,5% son contratados, el 20,7% son estables y un 27,6% son independientes y un 5,3% son misioneros.

Tabla 15. *Condición laboral de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	17	6,9	6,9	6,9
menos de S/850	53	21,5	21,5	28,5
S/900 – S/1500	83	33,7	33,7	62,2
S/1600 – S/3000	67	27,2	27,2	89,4
más de S/3000	26	10,6	10,6	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 17 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis consideran su salud personal el 52,4% como regular; 10,6% mala salud y un 34,1% buena salud.

Tabla 17. *Consideración personal de la salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala	26	10,6	10,6	10,6
Regular	129	52,4	52,4	63,0
Buena	84	34,1	34,1	97,2
Excelente	7	2,8	2,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 18 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen como lugar de consumo de sus alimentos la mayoría el 78,5% en su casa el 11,8% en restaurants y un 7,3% en casa.

Tabla 18. *Lugar de consumo de alimentos de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	1	,4	,4	,4
En ambulantes o kioskos	1	,4	,4	,8
En restaurant	29	11,8	11,8	12,6
En un comedor público	4	1,6	1,6	14,2
En pensión	18	7,3	7,3	21,5
En casa	193	78,5	78,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 19 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis expresan tener una relación con Dios en niveles buenos el 48% a diferencia del 38,2 que refiere tener una relación regular; y sólo un 9,8% en el nivel excelente.

Tabla 19. *Relación con Dios de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No contesto	3	1,2	1,2	1,2
Mala	7	2,8	2,8	4,1
Regular	94	38,2	38,2	42,3
Buena	118	48,0	48,0	90,2
Excelente	24	9,8	9,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 20 se observa que de los participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis expresan tener Alimentación Cárnica todo tipo y derivados el 48% a diferencia del 17,9% que refiere tener una Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves; un 6,5% Alimentación lacto ovo vegetariano (leche, huevos y alimentos de origen vegetal).

Tabla 20. *Tipo de alimentos que consume de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alimentación Cárnica todo tipo y derivados	169	68,7	68,7	68,7
Alimentación vegetariana que incluye pescado y aves.	44	17,9	17,9	86,6
Alimentación Mediterránea que incluye sólo pescado (alimentos de origen vegetal y pescado con escamas	9	3,7	3,7	90,2
Alimentación lacto ovo vegetariano (leche, huevos y alimentos de origen vegetal).	16	6,5	6,5	96,7
Alimentación vegetariana pura (únicamente alimentos de origen vegetal).	8	3,3	3,3	100,0
Total	246	100,0	100,0	

3.2.2. Resultados descriptivos de variables y dimensiones

En la tabla 21 se observa que un 26% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de estilo de vida; un 39,8% en riesgo y 29,7% niveles aceptables y tan sólo un 4,5% mantienen un estilo de vida saludable.

Tabla 1. Nivel de estilo de vida de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	15	6,1	6,1	6,1
Deficiente	49	19,9	19,9	26,0
En riesgo	98	39,8	39,8	65,9
Aceptable	73	29,7	29,7	95,5
Saludable	11	4,5	4,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 22 se observa en cuanto al estado de salud que el un 11,8% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de estado de salud; un 56,5% en riesgo y un 43,5% niveles óptimos en su estado de salud.

Tabla 2. Nivel de estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	29	11,8	11,8	11,8
En riesgo	110	44,7	44,7	56,5
Óptimo	107	43,5	43,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 23 se observa que un 20,3% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de hábitos de alimentación; un 31,3% en riesgo y 33,7% niveles aceptables y tan sólo un 14,6% mantienen hábitos de alimentación saludable.

Tabla 3. Hábitos de alimentación de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	10	4,1	4,1	4,1
Deficiente	40	16,3	16,3	20,3
En riesgo	77	31,3	31,3	51,6
Aceptable	83	33,7	33,7	85,4
Saludable	36	14,6	14,6	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 24 se observa que un 82,1% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de prácticas de ejercicios físicos; un 13% en riesgo y tan sólo 4,9% niveles aceptables en sus prácticas de ejercicios físicos.

Tabla 4. Práctica de ejercicio físico de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	121	49,2	49,2	49,2
Deficiente	81	32,9	32,9	82,1
En riesgo	32	13,0	13,0	95,1
Aceptable	11	4,5	4,5	99,6
Saludable	1	,4	,4	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 25 se observa que un 27,6% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de descanso; un 42,7% en riesgo y 23,2% niveles aceptables y tan sólo un 6,5% mantienen un descanso saludable.

Tabla 5. *Descanso de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	12	4,9	4,9	4,9
Deficiente	56	22,8	22,8	27,6
En riesgo	105	42,7	42,7	70,3
Aceptable	57	23,2	23,2	93,5
Saludable	16	6,5	6,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 26 se observa que un 11% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles de temperancia de riesgo hacia niveles deficientes; un 38,2% en niveles aceptables y una resaltante proporción de 50,8% mantienen una temperancia saludable.

Tabla 6. Práctica de la temperancia de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	4	1,6	1,6	1,6
Deficiente	1	,4	,4	2,0
En riesgo	22	8,9	8,9	11,0
Aceptable	94	38,2	38,2	49,2
Saludable	125	50,8	50,8	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 27 se observa que un 17,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de salud mental; un 33,3% en riesgo y 35,8% niveles aceptables y tan sólo un 13% mantienen una salud mental.

Tabla 7. Salud mental en el estilo de vida de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	6	2,4	2,4	2,4
Deficiente	38	15,4	15,4	17,9
En riesgo	82	33,3	33,3	51,2
Aceptable	88	35,8	35,8	87,0
Saludable	32	13,0	13,0	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 28 se observa que un 38,6% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes a críticos de esperanza espiritual; un 19,9% en riesgo y 21,5% niveles aceptables y un 19,9% mantienen una esperanza espiritual.

Tabla 8. Esperanza espiritual de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Crítico	51	20,7	20,7	20,7
Deficiente	44	17,9	17,9	38,6
En riesgo	49	19,9	19,9	58,5
Aceptable	53	21,5	21,5	80,1
Saludable	49	19,9	19,9	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 29 se observa que el 4,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en su estado general de salud, sin embargo un relevante 69,5% presenta niveles de riesgo y un 30% en niveles óptimos en su estado general de salud.

Tabla 9. Estado general de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	12	4,9	4,9	4,9
En riesgo	159	64,6	64,6	69,5
Óptimo	75	30,5	30,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 30 se observa que el 4,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes de su capacidad funcional, sin embargo, un 14,2 % presenta niveles de riesgo y un 80,9% en niveles óptimos en su capacidad funcional de salud.

Tabla 10. Capacidad funcional de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	12	4,9	4,9	4,9
En riesgo	35	14,2	14,2	19,1
Óptimo	199	80,9	80,9	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 31 se observa que el 16,7% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en sus aspectos físicos de salud, por otro lado 10,2 % presenta niveles de riesgo y un 73,2% en niveles óptimos en sus aspectos físicos de salud.

Tabla 11. Aspectos físicos de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	41	16,7	16,7	16,7
En riesgo	25	10,2	10,2	26,8
Óptimo	180	73,2	73,2	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 32 se observa que tan sólo un 1,2% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en sus aspectos emocionales de salud, por otro lado 20,3 % presenta niveles de riesgo y un 78,5% en niveles óptimos en sus aspectos físicos de salud.

Tabla 12. Aspectos emocionales de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	3	1,2	1,2	1,2
En riesgo	50	20,3	20,3	21,5
Óptimo	193	78,5	78,5	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 33 se observa que el 9,3% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en cuanto al dolor, por otro lado 39,4 % presenta niveles de riesgo y un 51,2% en niveles óptimos en de prevención en el dolor.

Tabla 13. Dolor de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	23	9,3	9,3	9,3
En riesgo	97	39,4	39,4	48,8
Óptimo	126	51,2	51,2	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 34 se observa que el 9,8% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en su vitalidad por otro lado 45,9 % presenta niveles de riesgo y un 44,3% en niveles óptimos en su vitalidad en salud.

Tabla 14. Vitalidad de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	24	9,8	9,8	9,8
En riesgo	113	45,9	45,9	55,7
Óptimo	109	44,3	44,3	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 35 se observa que el 4,9% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en su salud mental en el estado de salud, por otro lado 41,9 % presenta niveles de riesgo y un 53,3% en niveles óptimos en su vitalidad en salud.

Tabla 15. Salud mental en el estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	12	4,9	4,9	4,9
En riesgo	103	41,9	41,9	46,7
Óptimo	131	53,3	53,3	100,0
Total	246	100,0	100,0	

En la tabla 36 se observa que el 1,2% de participantes del Centro de Influencia y pacientes del Centro Nutrigénesis tienen niveles deficientes en su aspectos sociales, por otro lado, un 30,9 % presenta niveles de riesgo y un 67,9% en niveles óptimos en su aspectos sociales en salud.

Tabla 16. Aspectos sociales de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	3	1,2	1,2	1,2
En riesgo	76	30,9	30,9	32,1
Òptimo	167	67,9	67,9	100,0
Total	246	100,0	100,0	

3.2.3. Análisis inferencial de las variables

En cuanto a la contratación de hipótesis, se ha considerado el método inductivo, considerando al análisis de las hipótesis específicas para llegar a la confirmación de la hipótesis general.

Contrastación de hipótesis

Prueba de normalidad

H0. Los datos no difieren de una distribución normal.

H1. Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 37 se observa que el estilo de vida presenta un valor p = .212 siendo mayor a la constante p > α 0.05 con lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna; es decir los datos no difieren de una distribución normal.

Por otro lado, para los datos de la variable estado de salud se observa un valor p = .000 y se cumple que p < α (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha.

Es decir, los datos de la variable estado de salud, no presentan distribución normal.

Por lo tanto, considerando el comportamiento de los datos nos conlleva a tomar la decisión de hacer de pruebas de correlación no paramétricas como el Rho Spearman y para las comparativas Kruskal Wallis para K grupos.

Tabla 17. Prueba de normalidad de las variables estilo de vida y estado de salud.

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estilo_de_Vida	,044	246	,200*	,992	246	,212
Estado_de_Salud	,079	246	,001	,968	246	,000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

3.2.4. Hipótesis general

H0: No Existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis, Tarapoto, Perú, 2018.

H1: Existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 38 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,452 con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ (p< 0.05). Lo cual indica que la correlación es casi media y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre el estilo de vida y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, el estilo de vida de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 18. Correlación del estilo de vida y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

			Estilo_de_Vida	Estado_de_Salud
Rho de Spearman	Estilo_de_Vida	Coeficiente de correlación	1,000	,452**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	,452**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

3.2.4.1. Prueba de normalidad 2

Ho: Los datos no difieren de una distribución normal.

Ha: Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 39 se observa que los hábitos alimentarios presentan un valor p = .425 siendo mayor a la constante p > α 0.05 con lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna; es decir los datos no difieren de una distribución normal.

Por otro lado, para los datos de la variable ejercicio físico se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos del ejercicio físico, no presentan distribución normal.

Asimismo, se evidencia que el descanso presenta un valor p = .109 siendo mayor a la constante p > α 0.05 con lo cual se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna; es decir los datos no difieren de una distribución normal.

A diferencia de los datos de la variable temperancia se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos de la temperancia, no presentan distribución normal.

También, en los datos de la variable salud mental se observa un valor p = .014 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos de la salud mental, no presentan distribución normal

De la misma forma, en los datos de la variable esperanza espiritual se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir los datos de la esperanza espiritual, no presentan distribución normal.

Por lo tanto, considerando el comportamiento de los datos nos conlleva a tomar la decisión de hacer de pruebas de correlación no paramétricas como el Rho Spearman y para las comparativas Kruskal Wallis para K grupos.

Tabla 19. Prueba de normalidad de las dimensiones de la variable estilo de vida.

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Hábitos alimentarios	,039	246	,200*	,994	246	,425
Ejercicio físico	,122	246	,000	,903	246	,000
Descanso	,089	246	,000	,991	246	,109
Temperancia	,138	246	,000	,844	246	,000
Salud mental	,060	246	,030	,986	246	,014
Esperanza espiritual	,103	246	,000	,944	246	,000

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.
a. Corrección de significación de Lilliefors

3.2.4.2. Prueba de normalidad 3

Ho: Los datos no difieren de una distribución normal.

Ha: Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 40 se observa que los datos de la variable Estado general de Salud se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos de Estado general de Salud, no presentan distribución normal.

Asimismo, los datos de la variable Capacidad funcional se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos de la Capacidad funcional, no presentan distribución normal.

También, en los datos de la variable Aspectos físicos se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos de la salud mental, no presentan distribución normal

De la misma forma, en los datos de la variable Aspectos emocionales se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos de la Aspectos emocionales, no presentan distribución normal.

Igualmente, en los datos de la variable Dolor se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos del Dolor, no presentan distribución normal.

Del mismo modo, en los datos de la variable Vitalidad se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos del Vitalidad, no presentan distribución normal.

En los datos de la variable Salud mental se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos del Salud mental, no presentan distribución normal.

Finalmente, en los datos de la variable Aspectos sociales se observa un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05). Con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos del Aspectos sociales, no presentan distribución normal.

Por lo tanto, considerando el comportamiento de los datos nos conlleva a tomar la decisión de hacer de pruebas de correlación no paramétricas como el Rho Spearman y para las comparativas Kruskal Wallis para K grupos.

Tabla 20. Prueba de normalidad de las dimensiones de la variable estado de salud.

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estado general de Salud	,091	246	,000	,976	246	,000
Capacidad funcional	,236	246	,000	,750	246	,000
Aspectos físicos	,434	246	,000	,580	246	,000
Aspectos emocionales	,401	246	,000	,640	246	,000
Dolor	,145	246	,000	,928	246	,000
Vitalidad	,088	246	,000	,975	246	,000
Salud mental	,074	246	,002	,964	246	,000
Aspectos sociales	,160	246	,000	,897	246	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

3.2.4.3. Hipótesis específica 1

Ho: No Existe relación directa y significativa entre los hábitos de alimentación y el estado de salud.

Hi: Existe relación directa y significativa entre los hábitos de alimentación y el estado de salud.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 41 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,389 con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ (p< 0.05). Lo cual indica que la correlación es moderada y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre los hábitos de alimentación y el estado de salud

Dicho de otro modo, los hábitos alimentarios de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 21. Correlación de los hábitos alimentarios y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

			Hábitos alimentarios	Estado_de_Salud
Rho de Spearman	Hábitos alimentarios	Coeficiente de correlación	1,000	,389**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	,389**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

3.2.4.4. Hipótesis específica 2

Ho: No Existe relación directa y significativa entre la actividad física y el estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe relación directa y significativa entre la actividad física y el estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigenesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 42 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,411con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ (p< 0.05). Lo cual indica que la correlación es moderada y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula se aceptó la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre la actividad física y el estado de salud.

Dicho de otro modo, la práctica de ejercicio físico de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 22. Correlación del ejercicio físico y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

			Estado_de_Salud	Ejercicio físico
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	1,000	,411**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Ejercicio físico	Coeficiente de correlación	,411**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

3.2.4.5. Hipótesis específica 3

Ho: No Existe relación directa y significativa entre el descanso y el estado de salud *Hi*: Existe relación directa y significativa entre el descanso y el estado de salud .

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 43 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,176 con un p valor = ,006 y se cumple que $p < \alpha$ (p< 0.05). Lo cual indica que la correlación es baja y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre el descanso y el estado de salud.

Dicho de otro modo, el descanso de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 23. Correlación del descanso y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

			Estado_de_Salud	Descanso
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	1,000	,176**
		Sig. (bilateral)	.	,006
		N	246	246
	Descanso	Coeficiente de correlación	,176**	1,000
		Sig. (bilateral)	,006	.
		N	246	246

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

3.2.4.6. Hipótesis específica 4

Ho: No Existe relación directa y significativa entre la temperancia y el estado de salud.

Hi: Existe relación directa y significativa entre la temperancia y el estado de salud.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 44 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,186 con un p valor = ,003y se cumple que $p < \alpha$ (p< 0.05). Lo cual indica que la correlación es baja y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre la temperancia y el estado de salud.

Dicho de otro modo, la temperancia de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 24. Correlación de la temperancia y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

			Estado_de_Salud	Temperancia
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	1,000	,186**
		Sig. (bilateral)	.	,003
		N	246	246
	Temperancia	Coeficiente de correlación	,186**	1,000
		Sig. (bilateral)	,003	.
		N	246	246

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

3.2.4.7. Hipótesis específica 5

Ho: No Existe relación directa y significativa entre la salud mental y el estado de salud.

Hi: Existe relación directa y significativa entre la salud mental y el estado de salud.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 45 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,367 con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ (p< 0.05). Lo cual indica que la correlación es moderada y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre la salud mental y el estado de salud

Dicho de otro modo, la salud mental de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 25. Correlación de la salud mental y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

			Estado_de_Salud	Salud mental
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	1,000	,367**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Salud mental	Coeficiente de correlación	,367**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

3.2.4.8. Hipótesis específica 6

Ho: No Existe relación directa y significativa entre la esperanza espiritual y el estado de salud.

Hi: Existe relación directa y significativa entre la esperanza espiritual y el estado de salud.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 46 mediante el estadístico Rho de Spearman se observa un coeficiente de correlación ,295** con un p valor = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ (p< 0.05). Lo cual indica que la correlación es casi baja y significativa.

Luego habiendo evidencias suficientes para rechazar la hipótesis nula acepto la hipótesis de investigación: Existe relación directa y significativa entre la esperanza espiritual y el estado de salud.

Dicho de otro modo, la esperanza espiritual de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis está implicando en los niveles de estado de salud que ellos presentan.

Tabla 26. Correlación de la esperanza espiritual y estado de salud de los participantes de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

			Estado_de_Salud	Esperanza espiritual
Rho de Spearman	Estado_de_Salud	Coeficiente de correlación	1,000	,295**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	246	246
	Esperanza espiritual	Coeficiente de correlación	,295**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	246	246

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En la tabla 47 se observa la proporción de los grupos a comparar: 52,0% Participantes adventistas del Centro de Influencia (grupo III); 23,6% Participantes no adventistas del Centro de Influencia (grupo II) y 24,4% Pacientes del Centro Nutrigénesis (grupo I).

Tabla 27. Participantes adventistas y no adventistas del Centro de Influencia y Pacientes del Consultorio Nutrigénesis.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pacientes del Centro Nutrigénesis	60	24,4	24,4	24,4
Participantes no adventistas del Centro de Influencia	58	23,6	23,6	48,0
Participantes adventistas del Centro de Influencia (grupo III)	128	52,0	52,0	100,0
Total	246	100,0	100,0	

3.2.4.9. Prueba de normalidad 4

Ho: Los datos no difieren de una distribución normal.

Ha: Los datos difieren de una distribución normal.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

En la tabla 48 se observa que los datos de los participantes de los grupos del Centro de influencia I, II y pacientes del Consultorio Nutrigénesis presenta un valor p = .000 y se cumple que $p < \alpha$ (p<0.05) con lo cual la evidencia nos conlleva rechazar la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta la Ha. Es decir, los datos de la variable estado de salud, no presentan distribución normal.

Por lo tanto, considerando el comportamiento de los datos nos conlleva a tomar la decisión de hacer de pruebas comparativas para datos no paramétricos Kruskal Wallis para K grupos.

Tabla 28. Prueba de normalidad de los datos: participantes del Centro de influencia y pacientes del Consultorio Nutrigénesis.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Participantes	,328	246	,000	,737	246	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

3.2.4.10. Hipótesis específica 7

Ho: No Existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Hi: Existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Regla de decisión

Si Valor p > 0.05, se acepta la Hipótesis Nula (Ho)

Si Valor p < 0.05, se rechaza la Hipótesis Nula (Ho). Y, se acepta Ha

Haciendo uso del estadístico de prueba Kruskal Wallis para datos no paramétricos (según datos tabla 48) para k muestras independientes (participantes del Centro de influencia y paciente del consultorio Nutrigénesis). En la tabla 49 se observa en los grupos encuestados un valor p = ,000 y se cumple que $p < \alpha$ (p< 0.05). Lo cual evidencia que existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud en los participantes del Centro de Influencia y paciente del Consultorio Nutrigénesis con esto, se quiere decir que habiendo evidencias suficientes para aceptar la hipótesis de investigación que existe diferencias significativas del estilo de vida y estado de salud entre los participantes grupo I, II de un "Centro de influencia" y pacientes del consultorio médico Nutrigénesis, Tarapoto, Perú, 2018.

Dicho de otro modo, tanto en los participantes del Centro de Influencia adventista y no adventistas además de los pacientes del Consultorio Nutrigénesis existe diferencias en su estilo de vivir y en su estado de salud.

Tabla 29. Diferencias del estilo de vida y estado de salud entre los participantes del Centro de influencia adventista y no adventista; y los pacientes del Consultorio Nutrigénesis.

Rangos

	Participantes	N	Rango promedio
Estilo_de_Vida	Pacientes del Centro Nutrigénesis	60	71,67
	Participantes no adventistas del Centro de Influencia	58	104,07
	Participantes adventistas del Centro de Influencia	128	156,60
	Total	246	
Estado_de_Salud	Pacientes del Centro Nutrigénesis	60	82,70
	Participantes no adventistas del Centro de Influencia	58	129,81
	Participantes adventistas del Centro de Influencia	128	139,77
	Total	246	

Estadísticos de prueba[a,b]

	Estilo_de_Vida	Estado_de_Salud
Chi-cuadrado	63,872	26,886
gl	2	2
Sig. asintótica	,000	,000

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: Participantes

3.3. Discusión de resultados frente al marco teórico.

La discusión de los resultados constituye una etapa esencial de todo estudio científico, pues permite **interpretar los hallazgos empíricos a la luz del marco teórico y conceptual** que sustentó la investigación. En este apartado se busca trascender

la mera descripción estadística, estableciendo **vínculos explicativos** entre las evidencias encontradas en el caso de Tarapoto y las teorías contemporáneas sobre los determinantes del estilo de vida y su impacto en la salud integral.

El propósito de esta sección es **contrastar los resultados obtenidos con las referencias teóricas, modelos y antecedentes revisados** en los capítulos anteriores, identificando coincidencias, divergencias y aportes novedosos. Se analiza cómo los patrones observados en la población estudiada confirman, amplían o desafían las concepciones planteadas por autores como **Lalonde (1974), Cockerham (2007), la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014, 2016)**, así como las perspectivas bíblico-filosóficas y socioecológicas del bienestar humano.

A partir de esta comparación crítica, se discuten las implicancias de los resultados en términos de **salud pública, educación para la salud y ética del autocuidado**, subrayando el papel decisivo que cumplen los hábitos cotidianos, la actividad física, la nutrición equilibrada, la estabilidad emocional y la dimensión espiritual en la construcción de un bienestar sostenible. Asimismo, se interpretan las diferencias encontradas entre los grupos estudiados —Centros de Influencia y Consultorio Nutrigénesis—, explorando factores contextuales y culturales que pueden influir en sus prácticas y percepciones.

De este modo, la discusión no solo valida la **hipótesis principal del estudio** —la existencia de una relación directa y significativa entre estilo de vida y estado de salud—, sino que también amplía su comprensión mediante una lectura integradora que une la evidencia científica con los fundamentos teóricos y éticos del vivir saludable.

El objetivo de la presente investigación fue **determinar la relación existente entre el estilo de vida y el estado de salud** en los participantes de los Centros de Influencia y del Consultorio Médico Nutrigénesis de la ciudad de Tarapoto, Perú. Los resultados permiten afirmar que **existe una relación directa y significativa entre ambas variables**, confirmando la hipótesis planteada y respaldando las teorías que sostienen que los hábitos de vida condicionan de manera determinante el bienestar físico, mental y social del individuo (Lalonde, 1974; OMS, 2014; Cockerham, 2007).

Los datos muestran que **el 26% de los participantes presentan niveles deficientes a críticos de estilo de vida**, un **39.8% se encuentran en riesgo**, un **29.7% en niveles aceptables**, y apenas un **4.5% alcanza un estilo de vida saludable**. Estos porcentajes reflejan que la mayoría de la población evaluada mantiene **hábitos insuficientes o inconsistentes** para alcanzar un bienestar integral. Esta realidad se ve reflejada en los niveles de salud reportados, donde un **11.8% tiene un estado de salud deficiente**, un **56.5% en riesgo**, y solo un **43.5% alcanza un estado óptimo**.

Estos hallazgos concuerdan con lo señalado por **Castaño y Cardona (2014)**, quienes encontraron que, aunque más de la mitad de los adultos mayores perciben tener buena salud, muchos presentan enfermedades crónicas y dificultades de acceso a servicios médicos. Asimismo, **Sáenz, González y Díaz (2012)** destacaron que las costumbres alimentarias están influidas por factores socioculturales, repercutiendo directamente en la salud. En este sentido, los resultados del presente estudio confirman la premisa de que la salud es el reflejo del conjunto de **decisiones, conductas y condiciones de vida** que configuran el estilo de vida de las personas (OMS, 2016).

Al analizar las dimensiones específicas del estilo de vida, se observa un **20.3% de hábitos de alimentación deficientes a críticos**, un **31.3% en riesgo**, y solo un **14.6% saludables**. Este patrón coincide con la evidencia presentada por **Hu (2002)** y **Dura y Castroviejo (2011)**, quienes afirman que los cambios socioculturales y la globalización han afectado negativamente los hábitos alimentarios, favoreciendo el consumo de alimentos ultraprocesados y el abandono de dietas equilibradas.

De manera alarmante, la dimensión de **actividad física** revela un **82.1% de prácticas deficientes a críticas**, un **13% en riesgo**, y apenas un **4.9% en niveles aceptables**. Este resultado concuerda con los estudios de **Chaspeasen y Christenson (1985)** y **Landa (2016)**, quienes advierten que el sedentarismo se ha convertido en un factor de riesgo global asociado al incremento de enfermedades cardiovasculares, obesidad y diabetes. La **OMS (2016)** también subraya que la inactividad física representa uno de los principales desafíos contemporáneos de salud pública.

En cuanto al **descanso y manejo del estrés**, un **27.6%** de los encuestados presenta niveles deficientes, un **42.7% en riesgo**, y solo un **6.5% disfruta de un**

descanso saludable. Este hallazgo reafirma que los patrones de descanso alterados afectan el equilibrio emocional y fisiológico, tal como lo destacan **Narrow (1997)** y la **OMS (2014)**, quienes consideran el sueño adecuado como una necesidad fisiológica esencial para la calidad de vida.

Por otro lado, los resultados sobre **temperancia** resultan más favorables: un **50.8% de los participantes** mantiene niveles saludables, un **38.2% aceptables** y solo un **11% en riesgo o deficiencia**. Esta dimensión, vinculada al autocontrol en el consumo de sustancias nocivas, evidencia una tendencia positiva que refleja un mayor nivel de conciencia sobre los riesgos asociados a las adicciones y los excesos.

Respecto a la **salud mental**, el estudio identifica un **17.9% de participantes con niveles deficientes**, un **33.3% en riesgo**, y un **13% con buena salud mental**. Esta situación concuerda con lo planteado por **O'Neill y Kenny (1998)** y **Burkhardt (1993)**, quienes sostienen que el bienestar emocional es un componente indispensable del estado de salud integral, y su deterioro tiene repercusiones en la conducta, la productividad y la estabilidad personal.

La dimensión de **esperanza espiritual** muestra un **38.6% en niveles críticos o deficientes**, un **19.9% en riesgo**, y un **19.9% en niveles saludables**, lo que evidencia que, aunque la espiritualidad es reconocida como un componente fundamental de la salud, su práctica y vivencia no se reflejan plenamente en los hábitos cotidianos. Este resultado se relaciona con los fundamentos bíblico-filosóficos mencionados por **White (1949)** y **Pinzón (2013)**, quienes sostienen que el equilibrio espiritual y la fe en el poder divino constituyen "el verdadero remedio" para alcanzar una vida plena y saludable.

El análisis global de las correlaciones demuestra que **todas las dimensiones del estilo de vida se relacionan directa y significativamente con el estado de salud**, confirmando el modelo de **determinantes de salud de Lalonde (1974)**, el cual establece que los estilos y hábitos de vida representan el componente más influyente en el bienestar general, incluso por encima de la biología o el sistema sanitario.

Estos hallazgos son consistentes con las investigaciones de **Torres (2017)**, quien observó que muchas personas desconocen cómo implementar comportamientos

saludables, y con las de **Acuña y Cortés (2013)**, quienes hallaron que la participación en programas de promoción de la salud mejora significativamente los estilos de vida.

Finalmente, se evidencian **diferencias significativas entre los grupos** (Centro de Influencia adventista, no adventista y Consultorio Nutrigénesis), lo que sugiere que los **factores espirituales, educativos y socioculturales** influyen en la adopción de hábitos saludables. Aunque la mayoría de la población estudiada promueve un mensaje "pro salud", los resultados revelan brechas entre el discurso y la práctica cotidiana, indicando la necesidad de fortalecer las estrategias educativas y motivacionales en los centros de influencia y espacios de promoción de la salud.

En síntesis, la presente investigación confirma que **un estilo de vida equilibrado, fundamentado en hábitos saludables y una vida espiritual activa, se asocia positivamente con un mejor estado general de salud**. Los hallazgos aportan evidencia científica que respalda la visión integral de la salud propuesta por la OMS (2014), donde el bienestar físico, mental, social y espiritual se entienden como dimensiones interdependientes de la existencia humana.

3.4. Implicaciones prácticas para la promoción de salud.

Los resultados del presente estudio no solo confirman la relación directa y significativa entre el estilo de vida y el estado de salud, sino que también plantean **importantes implicaciones prácticas para la promoción de la salud individual y comunitaria**. En un contexto como el de Tarapoto —y, por extensión, en muchas regiones del país—, los hallazgos revelan la urgencia de **replantear las estrategias educativas, preventivas y motivacionales** destinadas a fomentar hábitos de vida saludables, especialmente en poblaciones que, pese a identificarse con discursos "pro salud", aún mantienen conductas de riesgo.

La evidencia empírica demuestra que los programas de salud deben trascender el enfoque informativo para incorporar **intervenciones formativas y vivenciales**, donde la educación para la salud se fundamente en el **autoconocimiento, la autodisciplina y el fortalecimiento de la dimensión espiritual** como motor del cambio conductual. Esto implica promover espacios comunitarios de aprendizaje activo, talleres de alimentación

saludable, campañas de actividad física, programas de gestión emocional y jornadas de reflexión espiritual orientadas a la prevención integral.

Asimismo, la integración de los resultados con los marcos teóricos revisados —particularmente el modelo de **determinantes de salud de Lalonde (1974)** y los lineamientos de la **OMS (2016)** sobre estilos de vida saludables— sugiere que la salud no depende únicamente de los servicios médicos, sino también de **políticas públicas intersectoriales** que aborden la educación, la economía, el ambiente laboral y la cultura social. En este sentido, los Centros de Influencia y el Consultorio Nutrigénesis pueden convertirse en **núcleos comunitarios de promoción de salud**, articulando la ciencia médica con la ética del cuidado y la espiritualidad como elementos inseparables del bienestar humano.

Finalmente, estas implicaciones prácticas invitan a los profesionales de la salud, educadores, líderes comunitarios e instituciones a **asumir una visión integral del ser humano**, reconociendo que la prevención efectiva requiere acompañamiento continuo, coherencia de vida y una pedagogía del ejemplo. La evidencia científica aquí presentada debe traducirse en acciones concretas que impulsen la adopción de estilos de vida equilibrados, sostenibles y coherentes con la dignidad de la persona y la armonía con su entorno.

Los resultados de esta investigación revelan una realidad significativa: la mayoría de los participantes presentan **niveles de estilo de vida que oscilan entre el riesgo y la deficiencia**, lo que repercute directamente en su estado general de salud. Este hallazgo, lejos de limitarse a una constatación estadística, tiene profundas **implicaciones prácticas para la acción en salud pública, la educación sanitaria y la gestión institucional**.

Replanteamiento de las estrategias de promoción de la salud

El primer desafío identificado es la necesidad de **reformular las estrategias tradicionales de promoción de la salud**, que suelen centrarse en la transmisión de información y en el cumplimiento normativo, dejando de lado la formación de hábitos sostenibles. En el contexto observado, los mensajes de salud deben pasar de lo teórico a

lo vivencial, de lo instructivo a lo participativo. La evidencia demuestra que las personas no cambian sus comportamientos únicamente por conocer los riesgos, sino por **desarrollar conciencia, motivación y sentido de propósito** (Cockerham, 2007). Por tanto, las intervenciones deben integrar componentes de educación emocional, motivacional y espiritual que fortalezcan la autodeterminación del individuo.

Programas comunitarios que incorporen **talleres de cocina saludable, clubes de caminata, pausas activas laborales, grupos de apoyo emocional y círculos de reflexión espiritual** pueden ser estrategias efectivas para interiorizar prácticas saludables. Estas acciones no deben considerarse aisladas, sino integradas a un plan de salud comunitaria coordinado por centros locales, iglesias, instituciones educativas y redes sanitarias.

Fortalecimiento de la educación integral para la salud

Los resultados confirman que los participantes muestran **niveles críticos en alimentación, actividad física y descanso**, dimensiones que requieren ser abordadas desde una **educación para la salud de carácter integral**. Tal como señala la OMS (2016), la salud debe entenderse como una construcción social y educativa, en la cual el conocimiento técnico se articula con los valores personales y culturales.

En este sentido, se recomienda implementar **programas educativos permanentes** que no se limiten a campañas esporádicas, sino que se integren al quehacer cotidiano de las instituciones. La educación debe promover competencias para la **toma de decisiones saludables**, la **gestión del estrés**, la **planificación del descanso**, y el **manejo responsable del tiempo**. Además, la alfabetización en salud —es decir, la capacidad de comprender, evaluar y aplicar información sanitaria— debe considerarse un eje transversal en la formación ciudadana.

Promoción de la espiritualidad y la esperanza como recursos terapéuticos

Una de las dimensiones con mayor déficit en el estudio fue la **esperanza espiritual**, lo que resalta la importancia de rescatar la dimensión trascendente del bienestar humano. Según White (1949), la verdadera salud proviene de la armonía entre

el cuerpo, la mente y el espíritu, y el equilibrio espiritual constituye el "verdadero remedio" frente a las enfermedades de la vida moderna.

Por tanto, las estrategias de promoción deben incluir el **acompañamiento espiritual y el fortalecimiento de valores éticos** como la gratitud, la templanza, la solidaridad y la fe. La espiritualidad no debe entenderse únicamente en términos religiosos, sino como una **fuente de sentido y resiliencia**, capaz de orientar las decisiones hacia el bien propio y el de los demás.

La integración de programas de salud con actividades espirituales —como charlas motivacionales, retiros de reflexión o espacios de meditación— contribuye a una vivencia más coherente del autocuidado y potencia la estabilidad emocional de las personas y comunidades.

Enfoque intersectorial e institucional en la promoción del bienestar

Los resultados del estudio evidencian la necesidad de fortalecer la **articulación intersectorial** entre las instituciones de salud, educación, gobierno local e iglesia. La salud no puede ser promovida únicamente desde los consultorios o centros asistenciales; requiere la **participación activa de toda la sociedad**, incluyendo los medios de comunicación, las escuelas, los espacios laborales y las comunidades de fe.

Los **Centros de Influencia** y el **Consultorio Nutrigénesis**, como espacios de intervención social, pueden consolidarse en **modelos de referencia para la educación sanitaria comunitaria**, fomentando alianzas entre profesionales de salud, nutricionistas, docentes y líderes sociales. Estos centros pueden implementar planes de acción que integren el diagnóstico comunitario, la capacitación continua, la prevención primaria y la atención personalizada, en coherencia con el modelo de promoción de la OMS (2014).

Fomento de políticas locales sostenibles de estilo de vida saludable

En el plano institucional y político, los resultados demandan la formulación de **políticas locales sostenibles** que favorezcan el desarrollo de entornos saludables: espacios públicos adecuados para la recreación, incentivos laborales para la actividad

física, regulaciones alimentarias que limiten el consumo de productos ultraprocesados y la implementación de programas escolares de educación para la salud.

La gestión pública debe asumir la promoción del bienestar como una inversión social y no como un gasto. En ese sentido, las políticas deben integrar la perspectiva de equidad, asegurando que las comunidades con menor acceso a recursos económicos o educativos puedan beneficiarse de programas inclusivos de salud preventiva.

Ética del cuidado y responsabilidad individual

Finalmente, los hallazgos invitan a recuperar la **ética del cuidado** como principio rector del bienestar humano. La salud no depende únicamente de las estructuras institucionales, sino también del compromiso personal con la vida y con el cuerpo como don divino.

Cada individuo tiene la responsabilidad de gestionar su propio bienestar, lo que implica **practicar la temperancia, cuidar la alimentación, descansar adecuadamente y fortalecer la espiritualidad**. Esta visión se alinea con la concepción bíblica del ser humano como **administrador de su cuerpo y su entorno** (Éxodo 15:26; 3 Juan 1:2), entendiendo que la obediencia a las leyes naturales y morales de la vida es una forma de adoración y gratitud al Creador.

En síntesis, las implicaciones prácticas de este estudio trascienden la evidencia estadística y se orientan a una **transformación cultural del concepto de salud**. Promover un estilo de vida saludable no es solo una estrategia médica, sino una filosofía de vida que abarca la educación, la espiritualidad, la comunidad y la responsabilidad social.

El desafío consiste en **convertir el conocimiento en acción**, integrando los principios científicos, éticos y espirituales en una praxis cotidiana que devuelva al ser humano el equilibrio perdido entre su cuerpo, su mente y su espíritu.

El estudio realizado en la ciudad de Tarapoto, Perú, permitió confirmar empíricamente que **el estilo de vida es un determinante fundamental del estado de salud**, tal como lo postulan los modelos teóricos contemporáneos y las perspectivas

integrales de bienestar desarrolladas a lo largo de este libro. La correlación directa y significativa hallada entre ambas variables evidencia que las prácticas cotidianas —alimentación, actividad física, descanso, temperancia, salud mental y esperanza espiritual— son factores decisivos en la conservación y mejora del bienestar humano.

Los resultados obtenidos reflejan una realidad dual. Por un lado, se observa que una proporción considerable de la población estudiada presenta **niveles de riesgo y deficiencia en su estilo de vida**, lo que se traduce en estados de salud que, aunque en muchos casos son percibidos como aceptables, revelan vulnerabilidad fisiológica, emocional y espiritual. Por otro lado, una minoría demuestra que es posible mantener niveles óptimos de salud a través de **hábitos disciplinados, equilibrio emocional y una espiritualidad activa**, lo que confirma la validez práctica de los principios de salud integral promovidos por la filosofía adventista y los fundamentos bíblico-filosóficos revisados.

Este panorama coincide con los postulados de **Lalonde (1974)**, quien señaló que los estilos y hábitos de vida explican gran parte de la variabilidad en la salud de las poblaciones, más allá de los factores genéticos o del sistema sanitario. Asimismo, la **OMS (2016)** reafirma que la prevención basada en la educación, la participación comunitaria y la modificación de conductas es el camino más eficaz para enfrentar las enfermedades crónicas no transmisibles que afectan a la humanidad contemporánea.

La evidencia local obtenida a partir de los Centros de Influencia y el Consultorio Nutrigénesis demuestra que los esfuerzos institucionales orientados a la **promoción de estilos de vida saludables** deben acompañarse de estrategias educativas continuas, intervenciones motivacionales y una integración real entre ciencia, ética y espiritualidad. Los resultados sugieren que el conocimiento teórico no basta: la verdadera transformación del bienestar humano requiere **voluntad, coherencia y acompañamiento comunitario**.

El capítulo concluye destacando que la salud es una construcción colectiva, dinámica y espiritual, que trasciende la ausencia de enfermedad para convertirse en un **modo de vivir responsable y consciente**. El ser humano, como ser biopsicosocial y

espiritual, encuentra su plenitud no solo en la corrección de sus hábitos, sino en la armonía entre su cuerpo, su mente y su propósito trascendente.

En suma, los hallazgos del caso de estudio de Tarapoto validan la hipótesis central de este libro: **un estilo de vida equilibrado conduce a un estado de salud integral y razonable**, y su adopción consciente puede transformar la calidad de vida individual y social. Esta evidencia invita a las instituciones, profesionales y comunidades a asumir el compromiso de **educar para la salud**, promover la equidad, fortalecer la espiritualidad y construir entornos que favorezcan el florecimiento humano en todas sus dimensiones.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

El presente libro ha permitido recorrer un camino que integra la **ciencia, la reflexión filosófica y la experiencia empírica** en torno a dos ejes esenciales de la existencia humana: el **estilo de vida** y el **estado de salud**. A partir de una revisión profunda de los referentes teóricos, de los modelos conceptuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de las bases bíblico-filosóficas del bienestar, se ha demostrado que la salud no es un fenómeno aislado ni meramente biológico, sino un proceso dinámico que refleja la manera en que las personas **viven, piensan, se relacionan y encuentran sentido a su existencia**.

En este contexto, la investigación desarrollada en la ciudad de Tarapoto, Perú (2018), se erige como un caso representativo que evidencia la estrecha relación entre los **hábitos cotidianos** y el **equilibrio integral del ser humano**. Los resultados obtenidos confirmaron empíricamente la hipótesis central: existe una **relación directa y significativa entre el estilo de vida y el estado de salud**, lo que valida los postulados de la OMS (2016), el modelo de determinantes de Lalonde (1974) y las perspectivas conductuales de Cockerham (2007).

Las conclusiones que aquí se presentan no solo sintetizan los hallazgos cuantitativos y cualitativos del estudio, sino que también invitan a una reflexión más profunda sobre el **sentido de la salud como vocación humana**, enmarcada en principios de responsabilidad, esperanza y trascendencia. Desde la ciencia y la fe, el bienestar se entiende como una construcción continua que requiere conocimiento, disciplina y compromiso moral con la vida propia y con la de los demás.

En consecuencia, este capítulo final no se limita a resumir los resultados, sino que busca **integrar el saber y la experiencia**, orientando al lector hacia una

comprensión renovada de la salud como armonía entre el cuerpo, la mente y el espíritu. A través de estas conclusiones y reflexiones, se reafirma la convicción de que el cambio hacia una vida saludable es posible cuando se vive con propósito, se educa con conciencia y se actúa desde el amor y la fe.

La presente investigación, desarrollada bajo el título *Impacto del estilo de vida en la salud*, tuvo como propósito determinar la **relación entre el estilo de vida y el estado de salud** en una población conformada por participantes de los Centros de Influencia y pacientes del Consultorio Nutrigénesis de la ciudad de Tarapoto, Perú. Los hallazgos obtenidos ofrecen una visión integral del modo en que los hábitos cotidianos, los comportamientos de autocuidado y la vivencia espiritual influyen significativamente en el bienestar físico, mental y social de las personas.

Desde el análisis estadístico general, los resultados evidencian que el **26% de los participantes** presenta estilos de vida deficientes o críticos, mientras que un **39,8% se encuentra en riesgo** y apenas un **4,5% logra mantener un estilo de vida saludable**. Esta tendencia demuestra una **debilidad estructural en los hábitos de salud**, lo cual repercute directamente en los indicadores de bienestar general. Dicho panorama se confirma al observar que el **56,5% de la población** se encuentra en riesgo en su estado de salud y solo el **43,5% alcanza niveles óptimos**, reflejando la estrecha conexión entre la forma de vivir y el estado fisiológico y emocional de las personas.

Las pruebas de correlación realizadas revelaron un **vínculo directo y significativo** entre el estilo de vida y el estado de salud ($r = 0.452$; $p = 0.000$), validando la hipótesis central del estudio. Este resultado confirma que las variaciones en los niveles de salud se explican, en gran medida, por los comportamientos relacionados con la **alimentación, la actividad física, el descanso, la temperancia, la salud mental y la esperanza espiritual**. En efecto, cada dimensión analizada mostró relaciones positivas con la salud, destacando las correlaciones de mayor fuerza en **actividad física ($r = 0.411$)**, **hábitos alimentarios ($r = 0.389$)** y **salud mental ($r = 0.367$)**, seguidas por **esperanza espiritual ($r = 0.295$)**, **temperancia ($r = 0.186$)** y **descanso ($r = 0.176$)**.

Estos hallazgos coinciden con las perspectivas teóricas planteadas por **Lalonde (1974)**, quien postuló que los estilos de vida son el principal determinante del estado de

salud, y con los lineamientos de la **Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016)**, que enfatizan la necesidad de fortalecer la promoción de hábitos saludables como estrategia clave de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. Además, los resultados reflejan lo señalado por **Cockerham (2007)**, en cuanto a que los comportamientos de salud están profundamente influidos por el entorno social, la cultura y las condiciones estructurales de la vida cotidiana.

El estudio también reveló **diferencias significativas** ($p = 0.000$) entre los grupos analizados —miembros adventistas, no adventistas y pacientes del consultorio—, evidenciando que los contextos de vida y las prácticas espirituales o comunitarias generan variaciones en los niveles de salud percibida y en la coherencia del autocuidado. Esto respalda la concepción de que la **espiritualidad y la cultura de salud institucional** influyen de manera concreta en las decisiones y actitudes relacionadas con el bienestar.

Asimismo, las dimensiones más deficitarias —actividad física, descanso y esperanza espiritual— representan áreas prioritarias para la intervención comunitaria. La baja práctica de ejercicio físico (82,1% en niveles deficientes), los problemas de descanso (27,6% en niveles críticos) y la debilidad en la dimensión espiritual (38,6% con niveles bajos) revelan la urgencia de **programas educativos y motivacionales sostenibles** que fortalezcan el equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu.

Desde una perspectiva integral, los hallazgos de este estudio confirman que **la salud no es solo un fenómeno biológico**, sino una construcción multidimensional en la que convergen factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Esta visión se alinea con el modelo holístico propuesto por la **OMS (2014)** y con la concepción bíblico-filosófica de la salud como armonía entre las leyes naturales y las morales. De esta manera, el bienestar se concibe como un estado de plenitud alcanzado mediante la disciplina personal, la educación continua y la vivencia consciente de valores trascendentes.

Finalmente, la investigación aporta evidencia sólida que respalda la necesidad de **repensar los modelos de promoción de la salud** en contextos comunitarios. Los Centros de Influencia y el Consultorio Nutrigénesis pueden ser vistos como espacios

privilegiados para implementar estrategias educativas y espirituales que integren la ciencia, la fe y la acción social. Así, los resultados no solo confirman una relación estadística, sino que abren una **ruta de transformación cultural y ética**, orientada a fortalecer la responsabilidad individual y colectiva hacia el cuidado de la vida.

4.1. Conclusiones generales y específicas.

El análisis integral de los resultados, sustentado en los fundamentos teóricos, metodológicos y ético-espirituales, permite afirmar que el **estilo de vida constituye un factor determinante y predictivo del estado de salud**. Los hallazgos obtenidos en la población estudiada —participantes de los Centros de Influencia y pacientes del Consultorio Nutrigénesis de Tarapoto, Perú— confirman que los hábitos personales, las condiciones psicosociales y la dimensión espiritual se interrelacionan significativamente, configurando el nivel de bienestar integral de cada individuo.

Conclusión general

El estudio concluye que **existe una relación directa, positiva y significativa entre el estilo de vida y el estado de salud** ($r = 0.452$; $p = 0.000$), lo cual valida la hipótesis central de la investigación. En términos prácticos, esto implica que las personas con mejores hábitos de vida —alimentación equilibrada, práctica regular de actividad física, descanso adecuado, temperancia, estabilidad emocional y esperanza espiritual— presentan un estado de salud más favorable, tanto a nivel físico como mental y social.

Este hallazgo coincide con los postulados del **modelo de determinantes de Lalonde (1974)** y con las perspectivas contemporáneas de la **OMS (2016)**, que reconocen los estilos de vida como el eje central de la salud poblacional. Asimismo, se alinea con los enfoques filosóficos y espirituales que conciben el bienestar como la armonía entre cuerpo, mente y espíritu, en concordancia con los principios bíblicos del cuidado del cuerpo como “templo del Espíritu” (1 Corintios 6:19-20).

De manera más profunda, esta conclusión reafirma que la salud no es un estado pasivo ni un privilegio biológico, sino una **decisión continua de vida**, sustentada en la

disciplina, la conciencia y la responsabilidad personal frente a las leyes naturales y morales del bienestar.

Conclusiones específicas

1. **Nivel general de estilo de vida:** Se observó que el **26%** de los participantes presenta niveles deficientes o críticos de estilo de vida, el **39,8%** se encuentra en riesgo, el **29,7%** en niveles aceptables y solo el **4,5%** mantiene un estilo de vida saludable. Este resultado demuestra que la mayoría de la población estudiada carece de hábitos consolidados de autocuidado, lo que refleja la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y la formación en salud integral.

2. **Nivel general de estado de salud:** En cuanto al estado de salud, el **11,8%** presenta niveles deficientes, el **56,5%** se encuentra en riesgo y solo el **43,5%** alcanza niveles óptimos. La correspondencia entre los resultados de ambas variables evidencia que los comportamientos inadecuados repercuten directamente en la condición física y psicológica de los individuos.

3. **Relación entre estilo de vida y estado de salud:** Se confirmó una **correlación positiva significativa (r = 0.452; p = 0.000)**, lo que indica que la mejora en los hábitos de vida se traduce en un incremento directo del bienestar general. Este resultado respalda empíricamente la concepción de la salud como producto del equilibrio entre las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual.

4. **Relación entre hábitos alimentarios y salud:** Se identificó una correlación significativa (r = 0.389; p = 0.000) entre la alimentación y el estado de salud. Una dieta equilibrada, rica en alimentos naturales y moderada en productos procesados, se asocia con un mejor desempeño funcional y menor prevalencia de malestares físicos, coincidiendo con estudios de **Sáenz, González y Díaz (2012)** sobre la influencia sociocultural en las costumbres alimenticias.

5. **Relación entre actividad física y salud:** La correlación (r = 0.411; p = 0.000) demuestra que la práctica de ejercicio físico regular impacta directamente en la vitalidad y el equilibrio metabólico. El sedentarismo detectado en el 82,1% de

los participantes es un factor de riesgo importante que requiere intervención prioritaria.

6. **Relación entre descanso y salud:** La correlación significativa (r = 0.176; p = 0.006) confirma que el descanso adecuado y la gestión del estrés influyen directamente en la recuperación fisiológica y mental. La falta de sueño reparador constituye un problema emergente vinculado a los estilos de vida acelerados.

7. **Relación entre temperancia y salud:** Con una correlación de (r = 0.186; p = 0.003), se valida que el autocontrol en el consumo de sustancias, alimentos y actividades placenteras es esencial para la conservación de la salud. La temperancia, entendida como equilibrio y moderación, refleja una dimensión ética y espiritual del bienestar.

8. **Relación entre salud mental y salud general:** Se observó una correlación (r = 0.367; p = 0.000) entre la salud mental y la condición general, lo que evidencia que la estabilidad emocional, el optimismo y la resiliencia son pilares fundamentales del bienestar integral. Este hallazgo coincide con los planteamientos de **Cockerham (2007)** sobre los determinantes psicosociales del comportamiento saludable.

9. **Relación entre esperanza espiritual y salud:** La correlación (r = 0.295; p = 0.000) confirma que la espiritualidad y la esperanza contribuyen significativamente a la salud, al proveer sentido, paz interior y fortaleza ante las dificultades. Este resultado refuerza los fundamentos bíblico-filosóficos del estudio y la visión de **White (1949)** sobre la fe como agente restaurador del equilibrio humano.

10. **Diferencias significativas entre grupos:** Los análisis de varianza mostraron diferencias estadísticamente significativas (p = 0.000) en el estilo de vida y el estado de salud entre los grupos participantes —adventistas, no adventistas y pacientes del consultorio—, lo que sugiere que los contextos comunitarios, las prácticas religiosas y los entornos educativos influyen directamente en la conducta de salud.

En conjunto, estas conclusiones evidencian que el bienestar humano depende de la **interacción armónica entre los factores conductuales, sociales y espirituales**, confirmando el enfoque integral del modelo biopsicosocial y espiritual. La salud, en este sentido, es una construcción activa, dinámica y moralmente significativa, que requiere educación, acompañamiento y compromiso comunitario.

La investigación reafirma, finalmente, que promover estilos de vida saludables no solo es un objetivo sanitario, sino un **acto de transformación cultural y espiritual**, donde la ciencia, la fe y la educación convergen para restituir la dignidad y la plenitud del ser humano.

4.2. Reflexiones sobre la relación entre estilo de vida, espiritualidad y salud integral.

A lo largo de esta investigación ha quedado en evidencia que la **salud no puede ser comprendida únicamente desde el plano biológico o médico**, sino como una realidad compleja y multidimensional que abarca la totalidad del ser humano. El estilo de vida, entendido como el conjunto de hábitos, decisiones y actitudes que orientan la existencia, se convierte en el **puente entre la conducta y la salud**, entre lo que la persona elige cada día y las consecuencias que esas elecciones producen en su bienestar físico, emocional y espiritual.

El estudio realizado en Tarapoto reveló que gran parte de la población vive en un equilibrio frágil entre el conocimiento y la práctica. Aunque se reconoce el valor de la salud, las exigencias de la vida moderna, la influencia del entorno social y los cambios culturales tienden a generar **conductas de riesgo y estilos de vida poco saludables**. En este sentido, la ciencia confirma lo que la sabiduría espiritual ya había afirmado: la verdadera salud no se impone desde fuera, sino que **brota de una conciencia iluminada y de una voluntad transformada**.

La **espiritualidad** emerge entonces como un eje articulador del bienestar integral. No se trata de una dimensión ajena al cuerpo o a la mente, sino de un principio vital que **otorga sentido, dirección y propósito a la existencia**. Cuando la persona vive con esperanza, gratitud y propósito, sus decisiones cotidianas reflejan ese equilibrio

interior. Diversos estudios han demostrado que la espiritualidad y la fe están asociadas a menores niveles de estrés, mayor adherencia a los tratamientos médicos, mejor calidad de sueño, y una percepción más positiva de la vida (Koenig, 2012; Puchalski, 2014). Estos hallazgos científicos complementan lo que los textos bíblicos enseñan desde tiempos antiguos: "Un corazón alegre es buena medicina" (Proverbios 17:22).

En la tradición cristiana, el cuerpo se concibe como un templo sagrado (1 Corintios 6:19-20), lo que implica una **responsabilidad moral hacia el autocuidado**. Practicar la temperancia, alimentarse de manera saludable, descansar adecuadamente y mantener la mente serena no son simples recomendaciones higiénicas, sino expresiones de una espiritualidad encarnada. Así, la fe se traduce en acción concreta, y el acto de cuidar el cuerpo se convierte en una forma de adoración, en un gesto de amor hacia la vida otorgada por Dios.

La espiritualidad, en este sentido, no se limita a la religión institucional, sino que se manifiesta como **búsqueda de trascendencia, armonía y conexión**. En las comunidades estudiadas —Centros de Influencia y Consultorio Nutrigénesis—, esta dimensión fue identificada como una fuerza de cohesión y un estímulo para adoptar hábitos más saludables. Sin embargo, los resultados también revelan que **la esperanza espiritual se encuentra debilitada en una proporción significativa de los participantes (38,6% con niveles críticos)**, lo cual plantea el reto de revitalizar la dimensión interior del bienestar. La ausencia de sentido y esperanza, aun cuando existan recursos materiales, debilita el potencial humano de cambio.

Desde una perspectiva filosófico-teológica, puede afirmarse que **la salud integral es la expresión visible de una vida en armonía con los principios universales del bien, la verdad y el amor**. El desequilibrio, por el contrario, surge cuando el ser humano se desconecta de sí mismo, de la naturaleza y del Creador. Recuperar esa armonía requiere un proceso de reeducación del carácter y de renovación espiritual que, a su vez, se traduce en la transformación del estilo de vida.

La ciencia médica moderna comienza a reconocer este vínculo. En el ámbito de la salud pública, los modelos biopsicosociales se han ido ampliando hacia una comprensión **bio-psico-social-espiritual**, reconociendo que la dimensión espiritual —

antes marginada— constituye una fuente real de resiliencia, equilibrio y bienestar. Este giro paradigmático confirma que el bienestar del ser humano no se puede reducir a la ausencia de enfermedad, sino que implica **vivir en plenitud, en paz consigo mismo, con los demás y con Dios**.

Así, la relación entre estilo de vida, espiritualidad y salud integral puede comprenderse como un círculo virtuoso. Un estilo de vida saludable fortalece la mente y el espíritu; una espiritualidad activa orienta las decisiones y promueve hábitos de cuidado; y la salud integral se convierte, a su vez, en el reflejo de una vida coherente, equilibrada y significativa. Este dinamismo confirma que la promoción de la salud no puede ser fragmentaria, sino **un proceso educativo, relacional y espiritual** que acompañe a la persona en todas las etapas de su desarrollo.

En conclusión, las reflexiones derivadas de este estudio permiten afirmar que el ser humano alcanza su máximo bienestar cuando integra **la ciencia del vivir con la sabiduría del creer**. La armonía entre el conocimiento médico, la práctica ética y la fe activa constituye el camino hacia una salud verdaderamente integral. La espiritualidad ofrece la motivación, el propósito y la fuerza interior que la razón y la información, por sí solas, no logran proporcionar.

El desafío contemporáneo consiste, por tanto, en **volver a unir lo que la modernidad separó**: el cuerpo, la mente y el espíritu. Solo desde esa visión unificada será posible educar, sanar y transformar, promoviendo una cultura de salud que no solo prevenga enfermedades, sino que restaure la dignidad y la plenitud de la vida humana.

4.3. Aportes teóricos y metodológicos de la investigación.

El presente estudio aporta de manera significativa al campo de la investigación en salud pública y ciencias del comportamiento, al integrar **enfoques teóricos clásicos y contemporáneos** sobre el estilo de vida y la salud, dentro de un marco de análisis **holístico, espiritual y contextualizado** en la realidad sociocultural del Perú. Desde su diseño conceptual, la investigación reconoce que la salud no puede ser entendida únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un fenómeno multidimensional

que expresa el equilibrio dinámico entre el cuerpo, la mente, el entorno social y la dimensión espiritual del ser humano.

Uno de los principales aportes teóricos radica en la **convergencia de distintos marcos explicativos**: el modelo de los determinantes de salud de **Lalonde (1974)**, las concepciones integrales de la **OMS (1948, 2014, 2016)**, y las perspectivas sociológicas de **Cockerham (2007)** sobre los comportamientos de salud, complementados con el **enfoque bíblico-filosófico** del bienestar integral propuesto por **White (1949)**. Este entrelazamiento de paradigmas permite trascender la fragmentación entre ciencia y espiritualidad, proponiendo una visión de la salud que reconoce la **unidad ontológica del ser humano**.

Asimismo, el estudio fortalece la **teoría del estilo de vida como determinante fundamental de la salud**, reafirmando su carácter dinámico, modificable y educativo. A diferencia de las aproximaciones biomédicas tradicionales, esta investigación asume que los estilos de vida son el resultado de **procesos de aprendizaje y socialización**, influenciados por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. La inclusión explícita de la **esperanza espiritual** como dimensión constitutiva del estilo de vida representa una **innovación conceptual**, al incorporar la fe, el propósito y el sentido trascendente como variables empíricamente medibles que influyen en la salud general.

En el plano teórico, la investigación también contribuye a consolidar un **modelo biopsicosocial-espiritual** del bienestar humano. Este enfoque, alineado con las tendencias actuales de la medicina integrativa y la psicología de la salud, sostiene que el bienestar se construye a través de la armonía entre la razón, la emoción, el cuerpo y la fe. El estudio demuestra que el equilibrio espiritual no solo es un factor protector frente al estrés y las enfermedades crónicas, sino también un **mediador entre la conducta y la motivación hacia el cambio**.

En este sentido, los hallazgos empíricos corroboran los postulados de la **promoción de la salud** impulsados por la **Carta de Ottawa (1986)**, en cuanto a que el autocuidado y la educación para la salud deben abordarse desde una perspectiva participativa y contextualizada. Así, el estudio aporta al desarrollo de una

epistemología de la salud integral, que combina la evidencia cuantitativa con la comprensión cualitativa de la experiencia humana.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación representa un valioso referente para futuras exploraciones correlacionales y comparativas en poblaciones latinoamericanas. El diseño **observacional, no experimental, correlacional y de corte transversal** permitió identificar con precisión la magnitud y dirección de las relaciones entre las variables estudiadas, sin alterar los comportamientos naturales de los participantes.

El uso de instrumentos **validados y adaptados al contexto peruano** constituye otro aporte fundamental. El **Cuestionario Integral de Estilo de Vida (Huapaya, 2016)**, adaptado para esta población, logró un **coeficiente de validez KMO = 0.902** y una **confiabilidad α = 0.933**, lo cual garantiza su consistencia y pertinencia cultural. De igual modo, el **Cuestionario SF-36 (Medical Outcomes Study)**, ampliamente reconocido en la literatura científica, obtuvo **KMO = 0.749** y **α = 0.889**, evidenciando un nivel alto de confiabilidad.

La combinación de ambos instrumentos posibilitó una evaluación simultánea y coherente entre los **hábitos de vida y el estado de salud percibido**, permitiendo establecer correlaciones sólidas entre sus dimensiones. Esta articulación metodológica —poco frecuente en investigaciones de enfoque local— representa una contribución sustantiva al campo de la medición de la salud integral.

Además, la investigación aporta al desarrollo metodológico mediante la **integración de la dimensión espiritual en un modelo empírico de salud**, superando las limitaciones de los enfoques reduccionistas. Al incluir la esperanza espiritual como variable medible y correlacionable con los indicadores de salud, el estudio amplía las fronteras del conocimiento científico y abre nuevas posibilidades para el desarrollo de instrumentos multidimensionales de evaluación del bienestar.

Por último, el enfoque metodológico destaca por su **rigurosidad ética**, basada en los principios de **autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia**. La aplicación de consentimientos informados y la preservación del anonimato de los

participantes reflejan un compromiso con la integridad científica y el respeto a la dignidad humana, lo que refuerza la legitimidad de los resultados.

4.4. Recomendaciones para instituciones, profesionales y políticas de salud.

El conjunto de evidencias obtenido en la presente investigación pone de manifiesto la necesidad urgente de **replantear las estrategias de promoción de la salud desde una perspectiva integral**, que no se limite al tratamiento de las enfermedades, sino que priorice la educación, la prevención y la transformación de los estilos de vida. A partir de los hallazgos teóricos y empíricos, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a distintos niveles de acción: institucional, profesional y político-social.

Recomendaciones para las instituciones educativas, religiosas y de salud comunitaria

Las instituciones que trabajan en el ámbito de la salud, la educación y la formación espiritual —como los Centros de Influencia y consultorios médicos de orientación preventiva— deben asumir un rol protagónico en la **promoción activa de hábitos saludables**, integrando en sus programas componentes de alimentación equilibrada, actividad física, descanso adecuado, salud mental y desarrollo espiritual.

- **Diseño de programas integrales de formación en salud:** Es necesario implementar talleres y proyectos sostenibles de educación en estilo de vida saludable, con enfoque participativo y basado en la evidencia. Estos programas deben promover cambios conductuales graduales, sustentados en el autocuidado y la responsabilidad personal.

- **Fortalecimiento del liderazgo institucional:** Los directivos y responsables de las instituciones eclesiásticas y de salud deben ejercer un liderazgo ejemplar, modelando con su conducta los principios de vida saludable que promueven.

- **Vinculación entre ciencia y espiritualidad:** Se recomienda fortalecer la alianza entre el conocimiento científico y los principios ético-religiosos, fomentando

espacios de diálogo, reflexión y formación interdisciplinaria donde la salud se entienda como una misión educativa y espiritual.

En el caso específico de los **Centros de Influencia Adventistas y del Consultorio Nutrigénesis**, los resultados del estudio evidencian la necesidad de **revisar y fortalecer las estrategias de intervención**, asegurando que sus programas no solo comuniquen el mensaje "Pro Salud", sino que también acompañen a los participantes en procesos reales de transformación personal. Ello requiere mejorar la capacitación de los facilitadores, establecer sistemas de seguimiento y evaluación, y fomentar redes comunitarias de apoyo mutuo.

Recomendaciones para los profesionales de la salud y educadores

Los profesionales de la salud —médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeros y promotores de salud— tienen la responsabilidad ética de **abordar al paciente desde una visión integral**, reconociendo que cada individuo es una unidad biopsicosocial y espiritual.

- **Promover la educación para la salud:** La consulta médica debe ser también un espacio pedagógico. El profesional debe fomentar el empoderamiento del paciente, motivándolo a asumir un rol activo en el cuidado de su salud.
- **Aplicar herramientas de evaluación integral:** Se sugiere incorporar instrumentos como el **Cuestionario Integral de Estilo de Vida (Huapaya, 2016)** y el **SF-36**, adaptados a los contextos locales, para diagnosticar de manera sistemática las dimensiones física, emocional y espiritual del bienestar.
- **Capacitación continua:** Se recomienda que los profesionales de la salud reciban formación en **psicología de la salud, comunicación empática y espiritualidad aplicada al cuidado**, de modo que puedan acompañar los procesos de cambio con sensibilidad y ética.
- **Trabajo interdisciplinario:** El abordaje de los problemas de salud requiere equipos integrados, donde los especialistas trabajen de manera coordinada, compartiendo una visión centrada en la persona más que en la enfermedad.

De esta manera, el profesional deja de ser un mero ejecutor de procedimientos clínicos para convertirse en **agente de transformación social**, facilitador de procesos de bienestar integral y promotor del desarrollo humano sostenible.

Recomendaciones para la formulación de políticas públicas de salud

A nivel gubernamental, los resultados de este estudio evidencian que los problemas de salud actuales —particularmente las enfermedades crónicas no transmisibles— están directamente relacionados con los **estilos de vida inadecuados** y con la falta de políticas preventivas eficaces. Por ello, se proponen las siguientes líneas de acción:

- **Implementar políticas de prevención integral:** Las políticas públicas deben priorizar la prevención por encima de la atención curativa, con programas que promuevan hábitos saludables en las escuelas, centros laborales, comunidades y medios de comunicación.
- **Incluir la dimensión espiritual en los programas de salud:** Reconociendo que la espiritualidad constituye una fuente de resiliencia y bienestar, los planes de promoción de la salud deberían incorporar este componente dentro de los modelos de atención integral.
- **Incentivar la investigación interdisciplinaria:** Es fundamental promover estudios que integren factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales, orientados a comprender y transformar los comportamientos de salud en poblaciones diversas.
- **Articular alianzas interinstitucionales:** Los ministerios de salud, educación, trabajo y desarrollo social deben coordinar estrategias conjuntas que garanticen coherencia en las políticas de promoción del bienestar.
- **Formación ciudadana en salud integral:** Se recomienda incorporar en los currículos escolares y universitarios contenidos sobre autocuidado, ética de la salud y valores humanos, a fin de cultivar generaciones más conscientes, responsables y saludables.

Estas recomendaciones apuntan a una transformación estructural del paradigma sanitario: pasar de un modelo reactivo y fragmentado a uno **preventivo, educativo y espiritual**, centrado en el fortalecimiento de la persona y la comunidad como sujetos activos de su propio bienestar.

En síntesis, los resultados de la investigación deben inspirar **una reforma cultural en torno al concepto de salud**. Promover estilos de vida saludables no es solo una tarea médica o técnica, sino un compromiso ético y espiritual con la vida misma. Las instituciones, los profesionales y las políticas públicas tienen la responsabilidad de trabajar de manera conjunta para generar entornos que faciliten decisiones saludables y comportamientos responsables.

El desafío es **transformar la promoción de la salud en una pedagogía de la esperanza**, donde la ciencia aporte conocimiento, la fe brinde sentido, y la comunidad acompañe el proceso de cambio. Solo así se logrará construir una sociedad donde la salud sea no solo un derecho, sino también una forma de vivir con plenitud, gratitud y propósito.

4.5. Proyecciones para futuras líneas de investigación.

El presente estudio abre un horizonte fecundo para la continuidad del conocimiento científico en torno a la relación entre **estilo de vida, espiritualidad y salud integral**. Los hallazgos obtenidos evidencian no solo la relevancia de ambas variables en la calidad de vida de los individuos, sino también la necesidad de seguir explorando los factores que median, condiciona o potencian dicha relación, desde enfoques interdisciplinarios y metodologías mixtas.

Profundización en la dimensión espiritual de la salud

Una de las líneas más prometedoras es la ampliación del estudio de la **esperanza espiritual y su impacto en el bienestar psicológico y fisiológico**. Aunque el presente trabajo incluyó esta dimensión dentro del constructo del estilo de vida, futuras investigaciones podrían explorarla como una variable independiente, abordando su influencia en los procesos de afrontamiento, resiliencia, adherencia a tratamientos médicos y calidad de vida percibida.

Asimismo, se propone desarrollar **instrumentos psicométricos específicos para la evaluación de la espiritualidad y la fe** en contextos latinoamericanos, que integren tanto componentes teológicos como psicológicos. Estos instrumentos permitirían contrastar de manera empírica la interacción entre espiritualidad, emociones positivas, salud mental y fisiología del bienestar.

Estudios longitudinales y diseños mixtos

La naturaleza correlacional y transversal del presente estudio permitió establecer asociaciones, pero no causalidades. Por tanto, una línea de continuidad importante consiste en realizar **investigaciones longitudinales**, que permitan observar los efectos del cambio en los estilos de vida sobre la salud a lo largo del tiempo.

Complementariamente, se recomienda aplicar **diseños mixtos (cuantitativo–cualitativo)**, que integren la estadística con la interpretación narrativa de las experiencias personales. Este enfoque permitirá comprender cómo las creencias, emociones, valores y prácticas diarias se entrelazan en la construcción de la salud integral.

Intervenciones educativas y programas de promoción de la salud

Los resultados invitan a desarrollar **programas de intervención basados en evidencia**, orientados a la modificación de hábitos en comunidades escolares, laborales, religiosas y sanitarias. Estas intervenciones deberían incluir módulos de educación nutricional, actividad física, manejo del estrés, salud mental y espiritualidad aplicada, evaluando su impacto en el bienestar general mediante diseños experimentales o cuasi experimentales.

Asimismo, se sugiere incorporar el componente espiritual como **variable moderadora o mediadora** en los programas de promoción de la salud, analizando su efecto en la adherencia a los cambios de comportamiento y en la sostenibilidad de los hábitos saludables.

Extensión del modelo a otras poblaciones y contextos

El contexto del estudio —Tarapoto, Perú— ofrece una base sólida para replicar la investigación en otros escenarios urbanos y rurales, tanto a nivel nacional como internacional. Se propone **ampliar la muestra a diferentes grupos etarios y socioculturales**, incluyendo adolescentes, adultos mayores y comunidades indígenas, para identificar las variaciones culturales en la relación entre estilo de vida y salud.

También resultaría relevante explorar **diferencias de género, nivel educativo y ocupación** como factores que modulan el comportamiento saludable. Estas comparaciones permitirían diseñar estrategias de intervención más específicas y equitativas, adaptadas a las necesidades reales de cada grupo social.

Integración de nuevas tecnologías y análisis interdisciplinarios

Las futuras investigaciones pueden beneficiarse del uso de **tecnologías digitales y herramientas de inteligencia artificial** para el monitoreo continuo de los hábitos de vida (actividad física, alimentación, sueño, estrés), integrando estos datos con indicadores de salud percibida. El desarrollo de plataformas digitales y aplicaciones móviles enfocadas en el autocuidado espiritual y físico podría fortalecer la participación activa de la población en su proceso de salud.

De igual forma, se propone fomentar la colaboración entre disciplinas —medicina, psicología, nutrición, sociología, teología y educación— para construir un **marco integrador de la salud humana**, que reconozca la interacción dinámica entre factores biológicos, psicosociales y espirituales.

Incidencia en políticas públicas y modelos de gestión de salud

Finalmente, los resultados de esta investigación pueden servir como base para **elaborar políticas públicas y modelos institucionales** centrados en la prevención y la educación para la salud integral. Se requiere fomentar la creación de redes académicas y gubernamentales que impulsen la **formulación de estrategias comunitarias** orientadas al cambio de estilos de vida, especialmente en zonas con alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

Estas políticas deberían incorporar la **educación espiritual y ética del cuidado** como parte de la formación ciudadana y sanitaria, reconociendo que el bienestar colectivo depende de la responsabilidad individual y del fortalecimiento de valores humanos universales como la solidaridad, la compasión y la templanza.

Las proyecciones aquí expuestas reafirman que el camino hacia una salud sostenible exige un cambio de paradigma: pasar de la medicina curativa a la **educación para la vida plena**. Investigar sobre el estilo de vida implica no solo medir conductas, sino también comprender el sentido de vivir bien y en armonía con uno mismo, con los demás y con Dios.

Futuras líneas de investigación deberán continuar integrando ciencia y espiritualidad, cuantificación y reflexión, razón y fe, para construir un conocimiento verdaderamente transformador que promueva una **cultura de salud integral, ética y esperanzadora** al servicio del desarrollo humano.

El recorrido de esta investigación ha permitido constatar que la salud no es un punto de llegada, sino un **camino de aprendizaje, equilibrio y responsabilidad personal**. A lo largo de estas páginas, se ha demostrado que el estilo de vida no es una suma de hábitos aislados, sino la manifestación concreta de una filosofía de vida que abarca la alimentación, la actividad física, el descanso, la temperancia, la salud mental y la esperanza espiritual.

El análisis científico y estadístico confirmó que **existe una relación directa y significativa entre el estilo de vida y el estado de salud**, pero más allá de los coeficientes y correlaciones, este hallazgo encierra un mensaje trascendental: **cada decisión cotidiana es un acto de cuidado o descuido hacia la vida**. Comer, moverse, descansar, pensar, sentir y creer forman parte de un mismo proceso de construcción del bienestar, en el que el cuerpo, la mente y el espíritu convergen para expresar la plenitud del ser humano.

La evidencia obtenida invita a una reflexión profunda sobre los desafíos del mundo moderno. La prisa, el estrés, el consumismo y la desconexión espiritual han erosionado la armonía natural del ser humano, generando un escenario propicio para el

auge de enfermedades crónicas y trastornos emocionales. Frente a esta realidad, **la salud debe ser entendida como un compromiso colectivo**, donde la educación, la comunidad y las instituciones trabajen juntas en la promoción de estilos de vida saludables y sostenibles.

El libro también resalta que **la espiritualidad es una fuente esencial de resiliencia y sentido**, un componente que da coherencia a las demás dimensiones del bienestar. Cuando el individuo vive con propósito, gratitud y esperanza, su mente se fortalece, su cuerpo se equilibra y su vida adquiere dirección. En este contexto, la fe —entendida no solo como creencia religiosa, sino como confianza en la vida y en los valores trascendentes— se convierte en el motor invisible del cambio y en el fundamento del bienestar duradero.

Desde el punto de vista institucional, los resultados obtenidos en Tarapoto revelan la necesidad de **repensar la salud pública desde una visión integral**. No basta con programas curativos o campañas temporales: se requiere una pedagogía del bienestar, una cultura de salud que promueva el autocuidado, la responsabilidad personal y la solidaridad social. Los Centros de Influencia, consultorios y comunidades de fe tienen el potencial de convertirse en **espacios transformadores**, donde la ciencia y la espiritualidad dialoguen en favor de la vida.

Asimismo, este estudio invita a la academia y a los profesionales de la salud a **reconocer la interdependencia entre conocimiento, ética y espiritualidad**. Educar en salud no significa solo enseñar a prevenir enfermedades, sino formar seres humanos conscientes de su valor, capaces de amar, de cuidar y de servir. Esta es la esencia de una salud verdaderamente humana: aquella que se fundamenta en el respeto por la vida y en la búsqueda del bien común.

Mirando hacia el futuro, el desafío es construir una sociedad que **viva lo que cree y crea lo que vive**, donde la coherencia entre los valores espirituales y los comportamientos cotidianos sea el reflejo de una salud integral. La promoción de estilos de vida saludables debe dejar de ser una obligación médica para convertirse en una **expresión de gratitud hacia el don de la existencia**.

El mensaje final que deja este libro es claro:

"Cuidar la vida es honrar al Creador; vivir saludablemente es una forma de adoración".

Que esta convicción inspire a las instituciones, profesionales y ciudadanos a **asumir la salud como una misión compartida**, sustentada en la ciencia, la fe y el amor al prójimo. Porque solo cuando aprendamos a cuidar con sabiduría y esperanza, la salud dejará de ser una meta individual para convertirse en un patrimonio de toda la humanidad.

REFERENCIAS

Acuña, Y. y Cortes, R. (2012). *Promoción de estilos de vida saludables área de salud de esperanza. Instituto centroamericano de administración pública*. San José. Costa Rica.

AEO.NET unión europea (2013), actualizado enero de 2016, citado en 16 de octubre de 2016, disponible en: http://www.agenciasinc.es/noticias/la-incidencia-mundial-de-cancer-aumentara-un-75-en-2030-segun-la-oms.

Alva, M.(2005). Promocionando la salud, entre el discurso y la práctica.. Perú: Editorial Renjior. p. 54 – 57.

Alvares, R. (2001). *Temas de Medicina general integral.* Cuba: Ciencias Médicas, 40 – 41, 61- 64.

Álvarez A. (2015). Estilo de vida y estado de nutrición en niños escolares. *La revista Enfermería Universitaria de México.2 (*4) ,182-187.

Álvarez M.A., Hernández M. R., Jiménez M. & Durán A. (2014) Estilo de vida y presencia de síndrome metabólico en estudiantes universitarios. Diferencias por sexo. *La Revista de Psicología de México*, 32 (1), ISSN 0254-9247.

Arbós T. (2017). Actividad física y salud en estudiantes universitarios desde una perspectiva salutogénica. (Tesis Doctoral) Universitat de les Illes Balears. . Facultad de Medicina.Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias. España.

Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, (2009). Evaluación del Estilo de Vida. Colombia: FLORES, Luís y HERNÁNDEZ, Lidia. 1998. [acceso: 19 de julio de 2009]. Disponible en: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm

Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, Promoción de los estilos de vida saludables. Colombia: BECOÑA, Elisardo; VÁZQUEZ, Fernando y OBLITAS,

Luis. Bogotá, 2004. [acceso: 19 de junio de 2010]. Disponible en: http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm

Bastias E. M. & Stiepovich J. (2014) Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos. *La revista ciencia y enfermería de Chile.XX* (2),93-101.

Bennassar M. (2014). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. (Tesis Doctoral)- Universitat de les Illes Balears. Facultad de Medicina. Programa de Doctorado en Ciencias Biosociosanitarias. España.

Bray, F.; Jemal, A.; Grey, N.; Ferlay, J.; Forman, D. (2012). Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study". The Lancet

Bustamante S. (2014) Promoción de hábitos saludables para la prevención de la obesidad infantil. (Tesis Doctoral)-Universidad de Salamanca. Facultad De Educación. Departamento de didáctica, organización y métodos de investigación. España.

Cárdenas, S. (2012). Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte, Lima. (Tesis para optar Título Profesional). Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Castaño D. M. & Cardona, D. (2014) Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. *Revista de la Salud Pública de Colombia,17* (2),171-183.

Castillo, Y. E. (2016). *Estilos de vida y factores biosocioculturales en adultos. Sector 8, Bellamar - nuevo Chimbote 2014*. (Tesis Licenciada en enfermería). Universidad Católica los Ángeles Chimbote- Facultad de ciencias de la salud. Escuela profesional de enfermería.

Cid, P., Merino, J. y Ctiepovich, J. (2006). *Factores biológicos y Psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud.* Chile, 1496 – 1498.

Córdoba, D., Carmona, M., Terán, OE, Márquez, O. (2013). Life style and nutritional status in university students: a descriptive, cross-sectional study. Medwave 2013; 13(11):e5864 doi: 10.5867/medwave.2013.11.5864.

Del Rio, R. (2015). Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un hospital nacional. (Tesis para optar licenciado en enfermería). Lima.

El Comercio, Estilo de vida de la juventud peruana. Lima: Gilda Castro y Rafael Cabrera – CEDRO; 2007 [acceso: 13 mayo de 2009]. Disponible en: http://blogs.elcomercio.com.pe/corresponsalesescolares/2007/06/e stilo-de-vida-de-la-juventud.html

Flores N. N. (2018). *Estilos de vida Y factores biosocioculturales de los Adultos del Asentamiento Humano Estrella del Nuevo Amanecer, La Joya Arequipa, 2018.* (Tesis Licenciada en enfermería) - Universidad Católica Los Ángeles Chimbote Facultad - De Ciencias De La Salud- Escuela Profesional de Enfermería. Perú.

Gallegos M. E. (2017). *Las plantas medicinales: usos y efectos en el estado de salud de la población rural de Babahoyo Ecuador 2015*. (Tesis Doctor en Ciencias de la Salud) - Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad De Medicina - Escuela de Posgrado. Perú.

García M. A. (2014). Estilo de vida y salud reproductiva. *Revista Vox Juris, 28*(2), 125-145. Perú.

Gonzales, R., Calzadilla, L. y Amador, J. (2004). "Calidad y Estilo de Vida en estudiantes de Medicina y Enfermería". Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana; Cuba [acceso: 02 de junio de 2010]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hph/hph_1_04/hph06104.htm

Hurtado, L. y Morales, C. (2012). Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital regional de Sonsonate. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador. (Tesis de Posgrado). San Salvador-El Salvador.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda – Perfil sociodemográfico del Perú. Lima: INEI; 2008 [acceso: 09 de julio de 2009]. Disponible en: http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf

Instituto Nacional del Cáncer de los estados unido inceua.net. eua (2016), actualizado en febrero de 2016. Citado en 16 de octubre de 2016. Disponible en: http://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas

Instituto Nacional del Cáncer inca.net. Brasil, estimativa (2016). *Incidencia del cáncer en Brasil. Actualizado* en mayo de 2015, citado en 17 de octubre de 2016. Disponible en: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/.

Irazusta, A., Ruíz, F. y Gil, S. (2010). "Hábitos de vida de los estudiantes de Enfermería" [acceso: 12 de junio de 2010]. Disponible en: http://hedatuz.euskomedia.org/3806/1/27099107.pdf

Jara, V. & Riquelme, N. (2018). Estilo De Vida Promotor de Salud y Factores de Riesgo en Estudiantes Universitarios. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería de Chile, 8*(2), 7,12.

Jenkins, D. (2005). Mejoremos la salud a todas las edades. OPS – PCT. México. P. 100

Justo-Chipana, M., Moraes, R., & others. (2015b). Plantas medicinales comercializadas por las chifleras de La Paz y El Alto (Bolivia). *Ecología en Bolivia*, 50(2), 66–90.

Kozier, B.(1999). Fundamentos de enfermería: conceptos, procesos y práctica. (5ta edición). México: McGraw – Hill Interamericana.

Lalonde, M. A. (2009). New perspective on the health of Canadians: a working document. Canadá. 1981. p.31 [acceso: 12 de junio de 2009]. Disponible en:

http://www.hc-sc.gc.ca/hcssss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf

Landa, N. M. (2016). *Estilos de vida del profesional de enfermería del servicio de emergencia Hospital Regional de Huacho 2016.* (Tesis especialista en enfermería en emergencias y desastres)- Universidad Nacional Mayor de San Marcos -Facultad De Medicina - Escuela de Posgrado. Perú.

Lemp, M. y Behn, V. (2006). Utilización del tiempo libre de estudiantes del área de salud de la Institución Educacional Santo Tomas, Talca. México, 59 – 61.

Lip, C. y Fernández, R. (2005). Determinantes Sociales de la salud en Perú; MINSA – Universidad Norbert Wiener – OPS. Perú. p.56

Lopez, J., Gonzales, M. y Rodríguez, M. (2009). Actividad física en estudiantes universitarios: prevalencias, características y tendencia. *En Medigrafic Artemisa*.22, (03), Año 2006 [acceso: 19 de julio de 2009]. Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgibin/resumen.cgi?idrevista=83&idarticulo=14423&idpublicacion=1480&nombre=medicina%20interna%20de%20mc%20b)xico

López, P. (2011). Actividad física para la salud. Universidad de Murcia. España [acceso: 19 de febrero del 2011]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10201/5151

Lumbreras, I., Guadalupe, M. y Medina, M. (2004). *Estilos de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios.* México, 8-10.

MINSA. 1er Encuentro Nacional de Promoción de la Salud. Perú. 2005. P.33

MINSA_OPS. (2007). La Educación como determinante social de la salud en el Perú. Perú: Cartolan E.I.R.L.

Moreno. R. H. Murillo (2004). El cáncer: o que es el cáncer? ministerio de la prevención social (mps). Colombia.

O'connell, S. y Bare, B. (2005). Enfermería Médicoquirúrgica. (10ª edición). México: McGraw – Hill Interamericana Editores. p. 60 – 61

OMS (2014). ENT Perfiles de países. Recuperado de (http://www.who.int/nmh/countries/gbr_es.pdf?ua=1

OMS. (1998). Promoción de la salud: glosario. Ginebra: Gil, Enrique [acceso: 05 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

OMS.NET. EUA, 2014. Citado en 16 de octubre. Disponible en: http://www.who.int/ features/factfiles/cancer/es/.

OPS – oficina regional de la –Organización –mundial de Salud. Actividad física regular para una salud mejor. Hoja Informativa Nº 1; 2002[acceso: 30 abril de 2009]. Disponible en: - 92 - http://www.ops.org.bo/dias_mundiales/2002/diasmundiales/whd/m ateducativo/hoja1.pdf

Orellana, K. y Urrutia, L. (2013). *Evaluación del estado nutricional, nivel de actividad física y conducta sedentaria en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.* (Tesis para optar Título Profesional). Facultad de Ciencias de la Salud UPC. Lima-Perú.

Páez, M.y Castaño, J. (2010). "Estilos de vida y salud en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales". Archivos de Medicina. 9 (2), Colombia. [acceso: 28 de abril de 2010] Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/archivos_9(2)/8.%20estilos%20de%20vida%20est%20medici.pdf

Palomares, L. (2014). *Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud*. (Tesis de magister en gestión y docencia en alimentación y nutrición). Universidad Peruana de ciencias aplicadas escuela de posgrado.

Pascual Casamayor, D., Pérez Campos, Y. E., Morales Guerrero, I., Castellanos Coloma, I., & González Heredia, E. (2014). Algunas consideraciones sobre el surgimiento y la evolución de la medicina natural y tradicional. *Medisan*, *18*(10), 1467–1474.

PINN (2003). “Sex and gender factors in Medical Studies: Implications for health and Clinical Practice”. *JAMA*, 289 (04), 397 – 400 [acceso: 20 de julio de 2009]. Disponible en: http://orwh.od.nih.gov/pubs/sexgenderfactormedical.pdf

PNUD (2008). Sistema de las Naciones Unidas en el Perú, 72% de los jóvenes opina que el Perú puede mejorar con su esfuerzo. Lima: PNUD; 2008 [acceso: 11 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.onu.org.pe/publico/centroprensa/DetalleNoticia.aspx?id =1576

Ramos, B.G. (2017). *Estilos de vida y su influencia sobre el estado nutricional en escolares adolescentes de la institución educativa técnico industrial san miguel Achaya 2017. (*Tesis Licenciada En Nutrición Humana)- Universidad Nacional “Del Altiplano”- Facultad De Ciencias De La Salud. Escuela de posgrado. Perú.

Reséndiz E., Aguilera, P., y Rocher, M. (2010). Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México. *Aquichan.* 10(3), 244-252, 2010. Colombia: D - Universidad de La Sabana.

Reyes, S. (2008). “Factores que intervienen a llevar estilos de vida saludables en el personal de enfermería en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres en el hospital san Benito, Petén” Guatemala, p. 17 – 20.

Tello K. *Estilos de vida y calidad de vida.* [Artículo en internet]. México. [Citado 2010 Agosto10]. Disponible desde el URL: http://www.mitecnologico.com/Main/EstilosDeVidaYCalidadDeVida.

Torres, K. (2014). Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto joven. In crescendo. [serie en Internet]. [citado 14 Mar 2016]. 01(01), 21- 29. Disponible en: URL.http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendosalud/article/view/261/15

Valencia P. A. (2014). *Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca en el 2013.* (Tesis Médico Cirujano Dentista)-

Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad De Medicina - Escuela de Posgrado. Perú.

Walker, N., Sechrist, K. y Pender, N. (1995). Estilos de vida II. UNMC.

Yataco, K. I. (2017). *Estado de salud periodontal durante el tratamiento ortodóntico con aparatología fija*. (Tesis Médico Cirujano Dentista) - Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Facultad de Odontología - Escuela de Posgrado. Perú.