

Estilo de vida y su relación con el estado nutricional en adultos organizados por su credo

Lifestyle and its relationship with nutritional status in adults organized by their creed

Gladys María Jara Rodríguez ¹, Danton Jorge Miranda Cabrera ²

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el estilo de vida y el estado nutricional de adultos que mantienen una alimentación y comportamiento basado en su convicción o credo. **Material y Métodos:** Fue una investigación de tipo aplicada no experimental, con nivel descriptivo, transversal, y diseño transeccional correlacional, con un tamaño de muestra de 190 participantes. Se aplicó un cuestionario de estilo de vida y los datos del estado nutricional se obtuvieron mediante medidas antropométricas (peso, talla y circunferencia de cintura) y bioimpedancia (grasa corporal y visceral). **Resultados:** Se encontró que el estilo de vida fue saludable en 65,8% y el estado nutricional deficiente en el 58,4% de los participantes. El Índice de masa corporal es normal en el 48,4% ($25,9 \pm 3,6$) y su relación es estadísticamente significativa con el estilo de vida ($p=0,023$); la circunferencia de cintura resultó normal en el 43,2% ($86,3 \pm 10,0$), no encontrándose una relación significativa con el estilo de vida ($p=0,221$); la grasa corporal resultó normal en el 28,4% ($35,1 \pm 7,4$) y su relación con el estilo de vida fue significativa ($p=0,000$); mientras, la grasa visceral obtuvo un óptimo en el 80% de los participantes ($8,0 \pm 2,9$) y no presentó relación significativa con el estilo de vida ($p=0,178$). **Conclusión:** Se encontró una relación significativa ($p=0,004$) entre el estilo de vida y el estado nutricional, concluyendo que el estado nutricional de los adultos participantes es afectado por su creencia.

Palabras clave: Estilo de vida saludable, estado nutricional, credo, índice de masa corporal, circunferencia de cintura, grasa corporal, grasa visceral.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between lifestyle and nutritional status of adults who maintain a diet and behavior based on their conviction or creed. **Material and Methods:** It was a non-experimental applied type investigation, with descriptive, transversal level, and correlational design with a sample size of 190 participants. A lifestyle questionnaire was applied, and nutritional status data were obtained through anthropometric measurements (weight, height and waist circumference) and bioimpedance (body and visceral fat). **Results:** The lifestyle was shown to be healthy in 65.8% and poor nutritional status in 58.4% of the participants. The Body Mass Index is normal in 48.4% ($25.9 + 3.6$) and its relationship is significant with the lifestyle ($p = 0.023$); waist circumference was normal in 43.2% ($86.3 + 10.0$), not finding a significant relationship with lifestyle ($p = 0.221$); body fat was normal in 28.4% ($35.1 + 7.4$) and its relationship with lifestyle was significant ($p = 0.000$); Meanwhile, visceral fat obtained an optimum in 80% of the participants ($8.0 + 2.9$) and did not show a significant relationship with lifestyle ($p = 0.178$). **Conclusion:** Finally, a significant relationship ($p = 0.004$) was found between lifestyle and nutritional status, concluding that the nutritional status of the participating adults is affected by their belief.

Keywords: Healthy lifestyle, nutritional status, creed, body mass index, waist circumference, percentage of body fat, percentage of visceral fat.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, una seria amenaza de morbilidad con una repercusión social y económica, vienen generando las Enfermedades no Transmisibles (ENT), las cuales se encuentran directamente vinculadas con el modo de vivir o estilo de vida saludable de los individuos, pues refleja de una manera integral los aspectos de cómo se comporta un individuo refiriéndose no solo a la alimentación, sino también observando otros aspectos como actividad física, consumo de sustancias nocivas, descanso reparador, actividades en su tiempo libre, cuidado médico, etc. (Guerrero y León, 2010; García et. al., 2012) Actualmente, la medicina del estilo de vida, intenta modificar los comportamientos que generen cambios favorables para la salud, pero a su vez se conoce lo complicado que resulta que un individuo se adhiera a nuevos comportamientos, por ello la importancia de buscar nuevos argumentos que logren convencer al individuo de cambiar su estilo de vida a más saludable.

Asimismo, se considera un derecho fundamental de la persona, la libertad de conciencia, esto le permite tener o no determinadas creencias, elegir las y asumirlas como propias; también implica el derecho a ser coherente con las creencias y actuar conforme a lo que sus enseñanzas imparten; de esta

base nace la Alimentación basada en la convicción, donde las religiones o sistemas de creencias establecen generalmente, indicaciones alimentarias, comportamientos y/o abstenciones al uso de determinadas sustancias, con el fin de favorecer el bienestar del cuerpo y la salud (Llamazares, 2015 y Amerigo, 2016).

Esta investigación toma el credo como punto de partida para lograr cambios favorables en la salud pública, puesto que Perú es considerado un país creyente. El objetivo de esta investigación fue: correlacionar el estilo de vida con el estado nutricional de un grupo de adultos organizados por su credo, lo cual podría ser un precedente para que creyentes de diferentes credos, guiados por sus líderes, cambien y/o mejoren los aspectos que involucren un estilo de vida saludable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Fue una investigación de tipo aplicada no experimental, on nivel descriptivo, transversal, y diseño transeccional correlacional. La población estuvo conformada por 3,259 adultos de ambos sexos de una comunidad cristiana evangélica ubicada en el distrito de Lince-Lima. El muestreo fue probabilístico simple y se tuvo como criterios de inclusión,

Recibido:26/02/2020 - Aprobado:18/03/2020

que sea asistente regular de la comunidad cristiana y adulto de 18-59 años, y como criterio de exclusión, asistente no regular, mujeres embarazadas y personas con discapacidad física o mental. El tamaño de muestra fue de 190 personas, cifra calculada con la fórmula de población finita (Hernandez , Fernandez y Baptista ; 2010), teniendo en consideración: un margen de error del 5% que es la máxima diferencia dispuesta a ser admitida entre la proporción de la población y la proporción muestral para un nivel de confianza del 95%, además, esta población tiene un promedio de 84.5% de adultos de 18 a 59 años según datos estadísticos internos.

Las técnicas de obtención de datos, consistió en aplicar un cuestionario de datos bio socio culturales que incluía edad, sexo, grado de instrucción, tiempo de pertenencia a la comunidad cristiana y distrito de procedencia; luego, un segundo cuestionario para evaluar la variable independiente Estilo de Vida (EV), basado en el cuestionario de prácticas y creencias de Arrivillaga y Salazar, modificado en el Perú por Palomares (2014); este cuestionario se adaptó de acuerdo a la necesidad de la presente investigación y un grupo de jueces expertos procedió a revisar su contenido aplicando la tabla de valores de Aiken obteniendo el instrumento un resultado VÁLIDO (valor= 0,93). Este cuestionario consto de 56 preguntas y estuvo dividido en 6 dimensiones: Hábitos alimentarios (21 preguntas), Actividad Física (4 preguntas) , Sueño y descanso (6 preguntas) Consumo de sustancias nocivas (7 preguntas) Recreación y tiempo libre (8 preguntas) y Autocuidado y cuidado médico (10 preguntas), con ítems de alternativa de respuesta en la escala de Likert. Finalmente, el cuestionario EV se sometió a una prueba piloto, participando 30 personas voluntarias de la población objeto del estudio, determinando el grado de confiabilidad con el alfa de Cronbach.

Para obtener los datos del estado nutricional (EN) se utilizó una balanza digital de composición corporal OMRON HBF 514c, este equipo mediante el método de bio-impedancia eléctrica calculo el porcentaje de GC, y de GV, además, del peso; también se usó una cinta métrica Lutkin y un tallímetro, para obtener la CC y la talla, respectivamente. Los porcentajes de

GC y GV, la CC y el IMC fueron evaluados de acuerdo a las tablas recomendadas para adultos (Gallahger, 2000; Navia y Perea 2006)

Se elaboraron tablas y gráficos descriptivos para la descripción de la muestra utilizando la hoja de cálculo Excel MSO versión 16.0 y para analizar los datos y la correlación de las variables se aplicó la prueba estadística de Chi-cuadrado de Pearson con un 5% de margen de error, utilizando para ello el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS v.25.0.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se reporta las características biosocioculturales de la muestra; observando una mayor participación de mujeres (82,1%) que de hombres (17,9%); el 63,2% de la muestra pertenecía al rango etario de 40 a 59 años, el 81% tenía grado de instrucción superior entre técnica y universitaria, y en cuanto al credo el 74,2% tenía una asistencia a la comunidad religiosa mayor a los 5 años. Tanto hombres como mujeres tienen EV saludable semejantes 72%), siendo el EN en ambos casos deficiente con un 60,6 y 58,0%, respectivamente.

En los grupos etarios se observa un estilo de vida saludable con el 70% y 74% para los grupos de 18 a 39 años y 40 a 59 años, respectivamente. El grado de instrucción superior reportó los más (altos porcentajes en un EV saludable. También se observa que, el 72,6% de adultos organizados por su credo tiene un EV saludable; y el EN fue deficiente en un 58,4% y bueno en un 41,6%. En la tabla 2, el IMC reportó un promedio de $25,9 \pm 3,6$; el 48,4% fue reportado con un IMC normal, el 36,9% con sobrepeso y el 14,7% con obesidad. La CC promedio hallada en el estudio fue de $86,3 \pm 10,0$ cm., el 43,2% se mantuvo en el rango normal, mientras, el 29,2% tenía un muy alto riesgo cardiometabólico. Finalmente, los valores de GV encontrados fueron bastante positivos al encontrar un 80% de nivel normal, un 16,8% presentaba riesgo y solo 3,2% un riesgo muy elevado de posibles enfermedades cardiometabólicas.

Tabla 1

Distribución de frecuencias de las características biosocioculturales, del Estilo de vida y del Estado nutricional en adultos organizados por su credo en zona urbana en noviembre de 2018

CARACTERISTICA		Datos descriptivos n(%)	Muy saludable n(%)	Estilo de vida		Estado nutricional	
				saludable n(%)	poco saludable n(%)	Bueno n(%)	Deficiente n(%)
Sexo	Hombre	33(17,9)	1(3,0)	24(72,7)	8(24,3)	13(39,4)	20(60,6)
	Mujer	157(82,1)	7(4,5)	114(72,6)	36(22,9)	66(42,0)	91(58,0)
Edad	18 - 39 años	70(36,8)	1(1,4)	49(70,0)	20(28,6)	32(45,7)	38(54,3)
	40 - 59 años	120(63,2)	7(5,8)	89(74,2)	24(20,0)	47(39,2)	73(60,8)
Grado de Instrucción	Primaria	1(0,6)	0(0,0)	1(100,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)
	Secundaria	35(18,4)	1(12,5)	20(57,1)	14(40,0)	18(51,4)	17(48,6)
	SuperiorTecn	69(35,6)	4(5,8)	54(78,3)	11(15,9)	30(43,5)	39(56,5)
	Superior Univ	85(45,4)	3(3,5)	63(74,1)	19(22,3)	31(36,5)	54(63,5)
Tiempo de Asistencia	<2 años	26(13,7)	0(0,0)	18(69,2)	8(30,8)	12(46,2)	14(53,8)
	de 2 a 5 años	23(12,1)	1(12,5)	17(73,9)	5(21,7)	11(47,8)	12(52,2)
	>5 años	141(74,2)	7(5,0)	103(73,0)	31(22,0)	56(39,7)	85(60,3)
Estilo de Vida	Muy saludable	8(4,2)					
	saludable	138(72,6)					
	poco saludable	44(23,2)					
Estado Nutricional	Bueno	79(41,6)					
	Deficiente	111(58,4)					

Tabla 2

Distribución de frecuencias de los indicadores del estado nutricional en adultos organizados por su credo en zona urbana en noviembre 2018.

INDICADORES		n	%	M	DE
IMC	Normal	92	48,4	25,7	3,6
	Sobrepeso	70	36,9		
	Obesidad	28	14,7		
Circunferencia cintura	Normal	82	43,2	86,3	10,0
	Riesgo	52	27,4		
	Muy alto riesgo	56	29,5		
Grasa corporal	Normal	54	28,4	35,1	7,39
	Alto riesgo	72	37,9		
	Muy alto riesgo	64	33,7		
Grasa visceral	Normal	152	80,0	8,0	2,9
	Alto riesgo	32	16,8		
	Muy alto riesgo	6	3,2		

n: frecuencia, M: media aritmética, DE: desviación estándar

Adicionalmente, se evaluaron las dimensiones del EV dando los siguientes resultados (Tabla 3): los hábitos alimentarios resultaron saludables y muy saludables en un 52,1% y 3,7%, respectivamente. La actividad física fue poco y nada saludable en un 75,8% en conjunto y solo un 24,2% se reportó entre saludable y muy saludable. En la dimensión sueño y descanso el porcentaje más alto fue poco saludable con un 47,9%, y en cuanto al consumo de sustancias nocivas este fue saludable y muy saludable en el 98,9% de los participantes. La recreación y tiempo libre fue saludable y muy saludable en el 53,2 % y 19,5% de los participantes, respectivamente. Finalizando observamos que el 42,6 y 20,5% de los participantes tuvieron un autocuidado y cuidado médico saludable y muy saludable, respectivamente.

Tabla 3

Datos descriptivos de las dimensiones del Estilo de vida saludable en adultos organizados por su credo en zona urbana en noviembre de 2018

Dimensiones		n	%	% total
Hábitos Alimentarios	Muy Saludable	7	3,7	100,0
	Saludable	99	52,1	
	Poco Saludable	84	44,2	
Actividad Física	Muy Saludable	8	4,2	100,0
	Saludable	38	20,0	
	Poco Saludable	87	45,8	
	No Saludable	57	30,0	
sueño y descanso	Muy Saludable	14	7,4	100,0
	Saludable	66	34,7	
	Poco Saludable	91	47,9	
	No Saludable	19	10,0	
Consumo de sustancia nociva	Muy Saludable	82	43,2	100,0
	Saludable	106	55,7	
	Poco Saludable	2	1,1	
Recreación y tiempo libre	Muy Saludable	37	19,5	100,0
	Saludable	101	53,2	
	Poco Saludable	51	26,8	
	No Saludable	1	0,5	
Autocuidado y cuidado médico	Muy Saludable	39	20,5	100,0
	Saludable	81	42,6	
	Poco Saludable	64	33,7	
	No Saludable	6	3,2	

Analizando la relación entre el EV y el IMC en la Tabla 4, se encontró que los que tienen un EV muy saludable el 62,5% tiene un IMC Normal, el 25% tiene sobrepeso y el 12,5% tiene obesidad; y los que presentaron EV saludable el 53,6% tiene un IMC normal, el 35,5% tiene sobrepeso y el 10,9% tiene obesidad. También, se realizó el cálculo del estadístico (chi-cuadrada calculado) y se obtuvo:

$$\chi^2_{cal} = \sum \left[\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e} \right] = 11,31 \text{ Donde}$$

f_o = Frecuencia observada

f_e = Frecuencia esperada = (total fila) (total columna) tamaño de muestra hallando el chi-cuadrado tabular:

$$\chi^2_{tab(0,95(3-1)(3-1))} = 9,49$$

Como $\chi^2_{cal} > \chi^2_{tab}$ (rechaza la hipótesis nula)

Reemplazando, se encontró que: $11,31 > 9,49$. Lo que significa que existe asociación entre el EV y el IMC al 5% de nivel de significancia, además, el p valor $0,023 < 0,05$

Tabla 4

Relación entre el Estilo de vida saludable y el Índice de Masa Corporal (IMC) en adultos organizados por su credo en zona urbana en noviembre de 2018

ESTILO DE VIDA	INDICE DE MASA CORPORAL						Valor(g.l) significacion	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		asintotica	
	n	%	n	%	n	%	bilateral	
Muy saludable	5	62,5	2	25,0	1	12,5	11,307(4)	0,023
Saludable	74	53,6	49	35,5	15	10,9		
Poco saludable	13	29,5	19	43,2	12	27,3		
CHI-CUADRADO PEARSON								

En la tabla 5, con respecto a si existe relación entre el EV y la CC, se observó, que los que tienen un EV muy saludable el 62,5% tiene una CC normal, el 25% tiene un alto riesgo y el 12,5% tiene un muy alto riesgo; los que tienen un EV saludable el 46,4% tienen una CC normal, el 29% tienen muy alto riesgo y el 24,6% tienen alto riesgo de sufrir de una enfermedad cardiovascular metabólica. El p-valor es igual a 0,221 el cual al ser mayor a 0,05, significa que no existe asociación entre Estilo de vida saludable y la Circunferencia de cintura al 5% de nivel de significancia, lo cual también es confirmado al calcular el Chi-cuadrado de Pearson, encontrando que el $\chi^2_{cal} < \chi^2_{tab} : 5,72 < 9,49$.

Tabla 5

Relación entre el Estilo de vida saludable y la Circunferencia de cintura en adultos organizados por su credo en zona urbana en noviembre de 2018.

ESTILO DE VIDA	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA						Valor(g.l) significacion	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		asintotica	
	n	%	n	%	n	%	bilateral	
Muy saludable	5	62,5	2	25,0	1	12,5		
Saludable	64	46,6	34	24,6	40	29,0		
Poco saludable	13	29,5	16	36,4	15	34,1		
CHI-CUADRADO							5,719(4)	0,221
PEARSON								

De los que tienen un EV muy saludable el 62,5% presentaron GC normal y el 37,5% alto riesgo cardiometabólico (Tabla 6); del 100% que tiene un EV saludable el 37,7% tiene alto riesgo, el 33,3% tiene GC normal y el 29% tiene muy alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Los cálculos realizados con el Chi-cuadrado de Pearson confirman la existencia de una asociación entre el EV y la GC al 5% de nivel de significancia. Con un p valor igual a 0,000 lo cual concluye una relación estadísticamente significativa.

Tabla 6

Relación entre el Estilo de vida saludable y la Grasa corporal en adultos organizados por su credo en zona urbana en noviembre de 2018.

ESTILO DE VIDA	GRASA CORPORAL						Valor(g.l) significacion	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		asintotica	
	n	%	n	%	n	%	bilateral	
Muy saludable	5	62,5	3	37,5	0	0,0	20,958(4)	0,000
Saludable	46	33,3	52	37,7	40	29,0		
Poco saludable	3	6,8	17	38,6	24	54,5		
CHI-CUADRADO PEARSON								

Según la Tabla 7, del 100% que tiene un EV muy saludable el 87,5% tiene GV normal y el 12,5% tiene una GV de muy alto riesgo; del 100% que tiene un Estilo de vida saludable el 82,6% tiene una GV normal, el 14,5% tiene GV de alto riesgo y el 2,9% tiene una GV de muy alto riesgo. De acuerdo con los cálculos obtenidos aplicando la de prueba Chi-cuadrado, el $X^2_{cal} > X^2_{tab}$, por lo tanto, no existe una asociación significativa entre el EV y la GV, siendo además el p-valor $0,178 > 0,05$.

Tabla 7

Relación entre el Estilo de vida saludable y la Grasa visceral en adultos organizados por su credo en zona urbana en noviembre de 2018.

ESTILO DE VIDA	GRASA VISCERAL						Valor(g.l)	
							significacion	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		asintotica	
	n	%	n	%	n	%	bilateral	
Muy saludable	7	87,5	0	0,0	1	12,5	11,307(4)	0,023
Saludable	114	82,6	20	14,5	4	2,9		
Poco saludable	31	70,5	11	25,0	2	4,5		
CHI-CUADRADO PEARSON								

Finalmente, en la Tabla 8, de los participantes con un EV muy saludable el 62,5%, tienen un EN bueno y el 37,5% deficiente, mientras los que tienen un EV saludable el 52,9% tiene un EN deficiente y el 47,1% bueno. Con respecto a la aplicación de la prueba Chi-cuadrado el X^2_{cal} resulto mayor que el X^2_{tab} ($11,26 > 5,99$), por lo tanto, si existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Además, el p valor obtenido fue de 0,004 siendo este menor a 0,05.

Tabla 8

Relación y resultado estadístico de Estilo de vida Saludable y el Estado nutricional en adultos organizados por su credo en zona urbana en noviembre de 2018.

ESTILO DE VIDA	GRASA CORPORAL				Valor(g.l) significacion	
	Bueno		Deficiente		asintotico	
	n	%	n	%		
					bilateral	
Muy saludable	5	62,5	3	37,5	11,257	0,004
Saludable	65	47,1	73	52,9		
Poco saludable	9	20,5	35	79,5		
CHI-CUADRADO PEARSON						

DISCUSIONES

El resultado favorable con respecto al estilo de vida del grupo en estudio que se muestra en la tabla 1, es acorde a lo expresado por Amerigo (2016), quien señalo que “la religión de alguna manera regula directa e indirectamente el comportamiento cotidiano en todos sus ámbitos”. Por otro lado respecto a la obesidad, que se muestra en la tabla 2; Pajuelo (2017) refiere que en un análisis sobre la obesidad en el Perú dice que la mayor prevalencia de obesidad se da en mujeres, entre los 18 a 59 años, que viven en zona urbana, y que se estiman como no pobres, con un 23,3 de IMC. De la misma tabla 2; Cedeño et al. (2015) señalaron que la circunferencia abdominal a comparación del resto de los parámetros usados para cuantificar la obesidad, da una mejor predicción del riesgo cardiometabólico en adultos; además, encontraron que el 21,5% de los adultos trabajadores con un IMC menor a 30 tenía una circunferencia abdominal alterada resultado similar al nuestro. De los resultados de GC se observó que el 56,8% presentó riesgo o muy alto riesgo cardiometabólico, esto podría deberse a que la mayoría de las personas que participaron en el estudio eran mujeres (82,1%) y que el 63,2% se encontraba entre los 40 a 59 años, de modo que, es posible una mayor participación de mujeres menopaúsicas y post menopaúsicas, y esta es una condición que afecta la precisión de este indicador (Hernández y Valdez, 2014). Como se observa en la tabla 3, todas las dimensiones se muestran favorables para un EV saludable, a excepción de la actividad física con solo 24,2%, siendo una posible razón al deficiente EN (56,4%) conociendo que esta actividad tiene una influencia directa en la composición corporal y reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (Tueros y Márquez, 2012). De la tabla 4, se puede deducir que las personas que llevan EV saludable tienen un IM aceptable concordando con un estudio con veganos logrando un IMC normal en el 77% de una muestra, con una media de 22,5 y un Estilo de vida saludable en este caso el 47% de los individuos expresaron que este cambio de Estilo de vida lo hacen por razones de salud, el 40% por una conciencia de protección animal y 9% por motivos religiosos, (Saravia, 2017). En nuestro caso el credo religioso podría influir en una alimentación vegana. En nuestro estudio la relación entre EV y IMC salió estadísticamente significativa, en cambio, si comparamos estos resultados con los obtenidos de un grupo de profesionales de la salud de un hospital del MINSA (los cuales conocen las consecuencias que conlleva un EV no saludable, es más, deben ser referente para

los pacientes que los consultan), estos presentaron un 70,7% un EV poco saludable, además en este estudio se reportó una asociación negativa entre el EV saludable y el IMC, observando poca coherencia al momento de actuar conforme a lo que enseñan y/o exigen a sus pacientes, todo lo contrario, con los resultados obtenidos en esta investigación (Palomares 2014). En esta investigación no existe relación entre EV y circunferencia de cintura (Tabla 5), sin embargo Ortiz (2018); en un estudio realizado en individuos con una base de grasa visceral igual a 100 cm² (medido por escanografía) determinó que los mejores puntos de corte de CC para hombres era de 91 cm y para mujeres entre 86 y 87 cm, también consideró que para ambos sexos el promedio es de 87 cm; de aplicarse estos nuevos puntos de corte el resultado de este estudio variaría de 43,1% a 60,5% para una CC normal y de 56,9% a 39,5% para alto y muy alto riesgo de enfermedades cardiometabólicas, y en este caso si correspondería con los resultados hallados, pues tanto los que llevan un EV saludable y muy saludable reportaron los más altos porcentajes de circunferencia de cintura normal, mientras que los que tenían un estilo de vida poco saludable presentaban una circunferencia de cintura de alto riesgo cardiometabólico. Hay una relación estadísticamente significativa entre EV y grasa corporal que se muestra en la tabla 6, al respecto la GC como indicador nutricional fue estudiado en la universidad de Emory Atlanta en mujeres blancas y negras, y observaron que la distribución de la GC influye en un mayor endurecimiento (acumulación de placas) de las arterias, debido al proceso de envejecimiento de las arterias o a la acumulación de lípidos en el endotelio vascular, conllevando a una aterosclerosis, concluyendo que las mujeres negras tienen una mayor rigidez en la zona de la axila, y las mujeres blancas en las zonas del abdomen y del tríceps (Robert, 2011), en nuestro estudio solo participaron mujeres de raza mestiza. En esta investigación se obtuvo que no hay asociación estadística entre EV y GV. Esta GV tiene una actividad endocrina y libera sustancias pro inflamatorias que contribuyen al incremento del riesgo de accidentes cerebrovasculares; la presencia de la grasa visceral causa un mayor riesgo de mortalidad en mujeres por la presencia de grasa ectópica (grasa profunda en órganos, mientras que en hombres este riesgo más se reflejaría con la circunferencia de cintura aumentada (Depress, 2012). Para García, (2016), el mayor riesgo cardiometabólico es en los hombres obesos, ya que la grasa excesiva se distribuye rápidamente a los órganos envolviéndoles, mientras que las mujeres primero acumulan grasa subcutánea en piernas, cadera, glúteos y senos. A partir de los 60 años el riesgo cardiometabólico se iguala para ambos. Otro factor que afecta el contenido de grasa visceral es el consumo de medicamentos como los corticoides (específicamente dexametasona y prednisolona), los cuales favorecen un incremento de peso y acumulación de GV, de aquí que se determinó un incremento significativo en la ingesta de calorías de 1103 a 1482 kcal (p valor < 0,01) y un aumento de 12% de consumo de grasas saturadas y también de sal (Warris et al., 2017). Existe una relación estadística significativa entre EV y EN, entre las investigaciones que han analizado estas variables, tenemos la de Ramón, (2017), quien encontró una relación significativa con un p valor = 0,000 entre el estilo de vida saludable y el estado nutricional de docentes universitarios, concordando con lo encontrado en

esta investigación.

CONCLUSIONES

Los adultos organizados por su credo tienen un estilo de vida predominantemente saludable (72,6% de los participantes)

El estilo de vida saludable y el índice de masa corporal, tienen una relación estadísticamente significativa.

No se encontró una relación significativa entre las variables de estilo de vida saludable y la circunferencia de cintura.

El estilo de vida saludable y el indicador de grasa corporal tienen una relación estadísticamente significativa.

El estilo de vida y la grasa visceral no presentan una relación estadísticamente significativa.

Estadísticamente se concluye que, existe una relación significativa entre el estilo de vida y el estado nutricional del grupo de adultos organizados por su credo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amerigo, F. (2016). La problemática de la alimentación religiosa y de convicción en los centros educativos. *UNED. Revista de derecho político*(97), 143-147. doi: <https://doi.org/10.5944/rdp.97.2016.17621>
- Cedeño Morales, R., Castellanos Gonzales, M., Benet Rodriguez, M., Mass Sosa, L., Mora Hernandez, C., & Parada Arias, J. C. (2015). Indicadores antropometricos para determinar la obesidad y sus relaciones con el riesgo cardiometabolicos. *Revista Finlay*, 5(1). Recuperado el 12 de abril de 2019, de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/247>
- Depress, J. (4 de setiembre de 2012). Body fat distribution and risk of cardiovascular disease. 126, 1301 - 1310. Obtenido de <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.067264>
- Gallagher, D., Heymsfield, S., Heo, M., Ajebb, S., Murgatroyd, P., & Sakamoto, Y. (set de 2000). Manual de instruccion de Grasa corporal. *American Journal of clinical nutricion*, 72(3). Obtenido de <https://academic.oup.com/ajcn/article/72/3/694/4729363>
- Garcia Laguna, D., Garcia Salamanca, G., Taperiro, Y., & Ramos, D. (set de 2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios.
- Garcia, A. I. (Julio-Agosto de 2016). Volumen de la grasa visceral como indicador de la obesidad en hombres adultos. *Revista colombiana de Cardiología*, 23(4). Obtenido de https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/49482/CONICET_Digital_Nro.a204be7b-ea0c-4adb-a678-4ae762b6b653_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

- Guerrero, L., & León, A. (Jul-dic de 2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. Antecedentes. *Educere*, 14(49), 13-15. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>
- Hernandez N, J., & Valdez Y., M. (2014). Riesgo cardiovascular durante el climaterio y la menopausia entre mujeres de Santa Cruz del Norte, Cuba. *Re.chil.obstet.ginecol.*, 79(1). Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-752620140001000030
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª edición ed.). Mexico: McGrawHill.
- Llamazares Calzadilla, M. C. (2015). *Ritos, signos e invocaciones: Estado y simbología religiosa* (1ed.). Madrid: S.L.Dykinson. Obtenido de <https://books.google.com.pe/books?id=ceS7CwAAQBAJ&pg=PA365&dq=llamazares+ritos&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi9oqursbHjAhWTG80KHVG9DT8QuwUIKzAA#v=onepage&q=llamazares%20ritos&f=false>
- Navia, B., & Perea, J. (2006). Dieta y control de peso corporal. En P. Saavedra, & F. Arrieta, *Nutriguía. Manual de nutrición clínica primaria* (págs. 117-124). Madrid: Complutense.
- Ortiz Santos, D. (2018). *Determinación de los mejores puntos de corte de circunferencia abdominal para hombres y mujeres, con base en el área de Grasa Visceral mayor de 100 cm² medida por escanografía de abdomen en el nivel vertebral L4 en pacientes del hospital universitario Sa. Tesis*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Pajuelo Ramirez, J. (abr-jun de 2017). La obesidad en el Perú. *An.Fac.Med.*, 78(2). doi:<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13214>
- Palomares, L. (2014). *Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud*. Tesis Maestría, UPC, Lima.
- Ramon Aspajo, C. (2017). *Estilo de Vida y Estado Nutricional en docentes de una universidad de Lima Metropolitana*, 2017. Tesis Maestría, Universidad Cesar Vallejo, Lima.
- Robert, P. (abril de 2011). La ubicación de la grasa corporal podía predecir la aterosclerosis, según un estudio. *Healthday*. Obtenido de <https://consumer.healthday.com/espanol/general-health-information-16/biology-and-anatomy-news-24/la-ubicaci-oaacute-n-de-la-grasa-corporal-podr-iacute-a-predcir-la-aterosclerosis-seg-uacute-n-un-estudio-652511.html>
- Saravia, M. (2017). *Evaluación del estado nutricional, composición corporal y distribución de grasa en una población vegana*. Tesis de Maestría, UNIFE, Lima.
- Tuero del Prado, C., & Marquez, S. (2012). Estilo de Vida y Actividad física. En C. Tuero del Prado, & N. Garatachea, *Actividad Física y salud* (pág. Cap.3). Madrid: Diaz de Santos
- Warris, L., Vanden Akker, E., Biering, M., Vanden Bos, C., Aarsen, F., Zwaan, M., . . . Eibrink, N. (29 de abril de 2017). eating behavior during dexametasone treatmeant in children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Blood Cancer*, 2-6.