

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Medicina Humana



*Una Institución Adventista*

Factores relacionados a los estilos de vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

Por:

Pablo Raúl Iberico Meléndez

Abidán Uziel Meza Arpasi

Asesor:

Mg. Pool Marcos Carbajal

Lima, febrero del 2020

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

**Mg Pool Marcos Carbajal**, de la Facultad de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana, de la Universidad Peruana Unión.

### DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "**FACTORES RELACIONADAS A LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS ASISTENTES A IGLESIAS ADVENTISTAS DE ÑAÑA DEL DISTRITO DE LURIGANCHO-CHOSICA, 2020**" constituye la memoria que presenta el bachiller **Pablo Raúl Iberico Meléndez** y el bachiller **Abidán Uziel Meza Arpasi** para aspirar al Título de Profesional de Medicina Humana, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los 21 días de febrero del año 2020



---

Mg Pool Marcos Carbajal



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Naña, Villa Unión, a veinte día(s) del mes de febrero del año 2020, siendo las 15:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Mg. Luis Felipe Segura Chávez, el secretario: Mg. Ronny Francisco Chilón Troncos y los demás miembros: Mg. Manuel Concha Toledo y el asesor Mg. Paul Marcos Carbajal

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: Factores relacionados a los estilos de vida en adultos existentes a Iglesias Adventistas de Naña del distrito de Luigancho-Choriza, 2020

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Pablo Raúl Iberico Meléndez b) Abidan Uziel Meza Arpaí conducente a la obtención del título profesional de Médico cirujano (Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)/s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)/s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Pablo Raúl Iberico Meléndez

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 14, C, Aceptable, Bueno

Candidato (b): Abidan Uziel Meza Arpaí

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 14, C, Aceptable, Bueno

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)/s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Signatures for Presidente, Asesor, and Candidato/a (a)

Miembro

Signatures for Secretario and Candidato/a (b)

## DEDICATORIA

El siguiente trabajo está dedicado a Dios, porque nunca dejamos de sentir sus bendiciones y su ayuda a lo largo de esta carrera y porque es gracias a él, que tenemos las fuerzas y estamos donde estamos en el momento.

Dedicado también a Gladis Arpasi y José Meza, mis padres, quienes inculcaron en mí el deseo de superación, perseverancia y que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A.U.M.A

A mis padres y a mi hermana por haberme forjado la persona que soy en la actualidad, me forjaron con reglas y pequeñas libertades, pero siempre me motivaron a cumplir con mis ideales y mis metas. Mis logros se los debo a ustedes entre ellos el presente trabajo.

Gracias papá, gracias mamá, gracias hermana de todo corazón

P.R.I.M

## **AGRADECIMIENTOS**

A Nuestras familias por el apoyo brindado, a nuestros amigos por darnos la mano cuando fue necesario, por el tiempo que compartieron con nosotros y la experiencia que juntos fuimos adquiriendo durante todos estos años.

Al Mg Pool Marcos Carbajal por su orientación en todo el proceso de preparación y presentación del trabajo de investigación.

A la Iglesia Adventista de El Inti y Las Colinas, las cuales nos dieron las facilidades necesarias para dirigirnos a sus feligreses y poder recolectar los datos sin Inconvenientes.

## INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA .....	IV
AGRADECIMIENTOS .....	V
INDICE DE CONTENIDO.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	X
ÍNDICE DE IMÁGENES .....	XI
ÍNDICE DE ANEXOS .....	XII
ABREVIATURAS.....	XIII
RESUMEN .....	XIV
ABSTRACT.....	XV
Capítulo I.....	16
1. Planteamiento del problema.....	16
2. Formulación del problema.....	18
3. Objetivos de la investigación .....	18
a.    Objetivo general.....	18

b. Objetivos específicos.....	18
<b>4. Hipótesis .....</b>	<b>19</b>
a. Hipótesis alternativas.....	19
- Existe Relación entre la Religiosidad y los Estilos de Vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020 .....	19
b. Hipótesis Nulas .....	19
- No Existe Relación entre la Religiosidad y los Estilos de Vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020 .....	19
<b>5. Justificación del problema .....</b>	<b>19</b>
a. Aporte teórico .....	19
b. Aporte metodológico .....	19
c. Aporte práctico y social.....	20
<b>6. Presuposición filosófica .....</b>	<b>20</b>
<b>Capítulo II.....</b>	<b>21</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
1. Antecedentes .....	21
2. Marco teórico .....	23
3. Definición de términos .....	32
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>33</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODO .....</b>	<b>33</b>
1. Diseño y tipo de investigación .....	33

2. Delimitación geográfica .....	33
3. Participantes .....	33
a. Población .....	33
b. Muestra .....	33
4. Variable.....	34
a. Operacionalización de variables .....	34
5. Técnica e instrumento de recolección de datos .....	45
6. Proceso de recolección de datos.....	47
7. Procesamiento y análisis de datos .....	47
8. Consideraciones éticas.....	48
CAPÍTULO IV.....	49
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	49
1. RESULTADOS .....	49
2. DISCUSIÓN .....	55
CAPÍTULO V.....	58
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	58
1. CONCLUSIONES .....	58

**2. RECOMENDACIONES.....58**

**REFERENCIAS.....60**

**ANEXOS.....66**

# ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01 .....	46
TABLA 02 .....	47
TABLA 03 .....	47
TABLA 04 .....	49
TABLA 05 .....	49
TABLA 06 .....	50

## ÍNDICE DE IMÁGENES

Pág.

<b>IMÁGEN 01 .....</b>	<b>23</b>
------------------------	-----------

**ÍNDICE DE ANEXOS**

	Pág.
<b>ANEXO 01 .....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO 02 .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO 03 .....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXO 04 .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO 05 .....</b>	<b>70</b>

## ABREVIATURAS

ENT: Enfermedades no transmisibles

ECV: Enfermedades cardiovasculares

OMS: Organización Mundial de la Salud

MINSA: Ministerio de salud

RCM: Riesgo cardiometabólico

IMC: Indices de masa corporal

AHS-2: Adventist Health Study 2

CHIP: Programa Completo de Mejora de la Salud

SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia humana

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores relacionados a los estilos de vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

**Metodología:** Se utilizó el cuestionario de Estilos de Vida Saludables elaborado por Salazar y Arrivillaga (2005) y adaptado por Palomares (2014) en Lima-Perú para evaluar según puntaje los estilos de vida saludables. Para procesar datos se utilizó el programa estadístico STATISTIC. Se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para la estadística inferencial y el p-valor fue  $< 0.05$ , se optó por la prueba no paramétrica de Rho Spearman. **Justificación:** Aportará una base de datos actualizada que permitirá la toma de decisiones basada en evidencia. Los resultados permitirán plantear programas educativos a futuro con el objetivo de seguir mejorando los estilos de vida. **Resultados:** En este estudio donde participaron 256 feligreses, 57% se ubica en Estilo de vida "Saludable", el 38,7% "Poco Saludable". Asimismo, al análisis de sus dimensiones se observó que el 47.7% percibió como poco saludable en la actividad física y deporte, el 45.3% calificó como saludable su recreación y manejo del tiempo libre, y el 67.6% opino que es poco saludable el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. **Conclusiones:** Se encontró relación significativa entre el funcionamiento familiar, en sus dimensiones cohesión ( $p=0.026$ ) y adaptabilidad ( $p=0.000$ ) y de igual manera con la religiosidad y dimensiones recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios, autocuidado y cuidado médico. Por último existe relación entre autoestima y dimensión actividad física y deporte con  $p= 0,005$ .

**Palabras clave:** Estilos de vida, Iglesia Adventista del Séptimo Día, Religiosidad, Funcionamiento Familiar, Autoestima,

---

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the factors related to adult lifestyles attending Ñaña Adventist Churches in the district of Lurigancho-Chosica, 2020 **Methodology:** The Healthy Lifestyles Questionnaire prepared by Salazar and Arrivillaga (2005) and adapted By Palomares (2014) in Lima Peru to Evaluate Healthy Lifestyle Scores. The STATISTIC Statistical Program was used to process data. The Kolmogorov-Smirnov Normality test was performed for Inferential statistics and the p value was  $<0.05$ . The Non-parametric Rho Spearman test was chosen. **Justification:** It will provide an Updated Database that will allow evidence Based decision-making. The results will allow us to propose future educational programs with the aim of continuing to improve lifestyles **Results** in this study where 256 parishioners participated, 57% are in a "healthy" lifestyle, 38.7% "unhealthy". In addition when analyzing its dimensions, it was observed that 47.7% perceived that it was "unhealthy" in physical activity and sport, 45.3% described their leisure and recreational time management as "healthy", and 67.6% thought that their own opinion for alcohol consumption, tobacco and other drugs was "unhealthy" **Conclusions:** A significant relationship was found between family functioning, in its dimensions of cohesion ( $p = 0.026$ ) and adaptability ( $p = 0.000$ ) and in the same way with religiosity and recreation, leisure time management, eating habits, self-care and attention medical dimensions. . Finally, there is a relationship between self-esteem and physical activity and the sports dimension with  $p = 0.005$ .

Key Words: Lifestyles, Seventh-day Adventist Church, Religiousness, Family Functioning, Self-Esteem,

## Capítulo I

### EL PROBLEMA

#### 1. Planteamiento del problema

Las enfermedades no transmisibles (ENT) se definen como: “enfermedades de etiología no infecciosa caracterizadas por su larga latencia, larga duración, períodos de remisión y recurrencia, expresión clínica diversa y por sus consecuencias discapacitantes a largo plazo”(1).

En los últimos años se ha tomado vital importancia a la prevención de estas patologías, a razón de que, aproximadamente dos tercios de la mortalidad mundial es causado principalmente por enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes, cánceres y enfermedades respiratorias crónicas; que en combinación, representan una cantidad significativa de muertes prevenibles en todo el mundo (2). Tales son los casos como: el tabaquismo que bordea los 6 millones de muertes anuales, la inactividad física los 3,2 millones, el consumo nocivo de alcohol los 2,3 millones, el sobrepeso y obesidad los 2,8 millones, y los riesgos dietéticos los 11,3 millones. Además, la salud mental y los trastornos por uso de sustancias son las causas principales de discapacidad en todo el mundo, que representan el 22,9% de años vividos con discapacidad y el 7,4% de todos años de vida ajustados por discapacidad (3).

En Latinoamérica y el Caribe, La OMS reportó que: a pesar de los esfuerzos que se vienen realizando en la región, aún existe un 59% de la población que vive con sobrepeso u obesidad, representando el doble del promedio anual, la misma situación se observa para el consumo de alcohol per cápita y tabaco, con una prevalencia del 14% y 19%, respectivamente. De igual manera, se cuenta con “la segunda prevalencia más alta de colesterol sérico elevado, con un valor de 12,6%” y con un promedio de glicemia en ayunas de 145,93 mg/dl (4).

El Perú no es ajeno a esta realidad, ya que informes remitidos por el MINSA denotan que existe una prevalencia de sobrepeso en el 37,3% de la población, siendo más predominante en la región costeña y en el departamento de Tacna con un 40,9%.

Asimismo, se registra obesidad en el 22,7% de la población, siendo Moquegua el de mayor frecuencia con valores de 32,4% (5).

El impacto de estos problemas individuales es exacerbado por las interacciones entre los principales factores de riesgo, que ponen en peligro la salud de las poblaciones (6). Es así que, la adopción de estilos de vida saludables se ha convertido en una opción trascendental para la prevención de enfermedades crónicas y muertes prematuras. En torno a esto, la OMS recomienda realizar  $\geq 150$  min de actividad física de intensidad moderada o 75 minutos de intensidad vigorosa por semana. Del mismo modo, consumir una dieta equilibrada y rica en nutrientes, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol a un nivel bajo a moderado, y evitar el uso de drogas (7).

Se entiende por estilo de vida saludable “como los comportamientos habituales, actividades, aficiones, costumbres y prácticas, que caracterizan la cotidianidad de las personas o los colectivos y, con frecuencia, de larga duración en el tiempo” (8). Es conocido que las prácticas de estilos de vida saludables representan un reto para muchos, en especial para aquellos que han hecho de sus hábitos adicciones, motivo por el cual, se ha planteado que la religión y la espiritualidad podrían ser un factor positivo en la práctica y mantenimiento de los mismo. Sin embargo, el estudio de esta variable ha sido desdeñada por la comunidad científica por considerarla subjetiva y ligada a un “apasionamiento de la fe” que raya con las enfermedades mentales. Cabe resaltar, que se diferencian dos tipos distintos de religiosidad: extrínseca e intrínseca, siendo la primera la que se refiere al “conjunto de aquellos aspectos de la religión que se comparten entre la comunidad y es fácilmente evidenciable por comportamientos públicos cotidianos en los que se participa”; y el segundo, “que abarca más la vivencia particular, personal y privada de la religión con un ser superior” (9).

Dentro de la Iglesia Adventista se considera la práctica de vida saludable como parte de la reforma de salud, es más, se estima que los hombres adventistas viven 7,3 años más que el promedio de la población, y 4,4 años en el caso de las mujeres. Para los adventistas vegetarianos, esas diferencias aumentan a 9,5 y 6,1 años. La misma tendencia se observa en la mortalidad por enfermedad que es un 12% en todos los grupos etarios. Los cánceres totales, sobre todo los de colon y recto, tienen 30% menos probabilidad de ocurrir y las afecciones cardiovasculares también son menos frecuentes (10). Por otro lado, el estudio AHS-2 (11) realizado en Norteamérica demostró que la alimentación vegetariana que practican los

adventistas se relacionan con menor mortalidad cardiovascular, no cardiovascular, no cancerosa, renal y endocrina, sobre todo en el sexo masculino. De igual manera, en Australia, se demostró que los adventistas participantes del programa CHIP (12), presentaron menores niveles de lípidos en la sangre y obtuvieron mejores resultados en sus estilos de vida, por el contrario, la población no adventista presentó mayor riesgo para presión arterial elevada, dislipidemias y diabetes.

Un estudio realizado en el Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña (localidad cercana al Inti) (13) reveló que el 62,7% de los pobladores presentaban estilos de vida poco saludables, siendo el consumo de alcohol, tabaco y drogas uno de los problemas más resaltantes. Sin embargo, se ha notado que la presencia de Iglesias en esta zona, ha regulado la venta de estas sustancias, incluso, la presencia de la fábrica “Productos Unión” ha permitido que más productos saludables sean accesibles a las tiendas y mercados de la zona. A su vez, las actividades recreativas de la UPeU han creado conciencia de la importancia de la práctica de una vida saludable.

Las iglesias de la zona, realizan cada sábado su labor misionera, saliendo a visitar a cada familia de esta comunidad, enseñando la reforma de salud y ganado más seguidores para la IASD.

Por lo tanto, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

## **2. Formulación del problema**

¿Cuáles son los factores relacionados a los estilos de vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020?

## **3. Objetivos de la investigación**

### **a. Objetivo general**

Determinar los factores relacionados a los estilos de vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

### **b. Objetivos específicos**

- Clasificar los estilos de vida presentes en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

- Identificar los factores socioculturales, de religiosidad, funcionamiento familiar y autoestima presentes en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica,2020.

#### **4. Hipótesis**

##### **a. Hipótesis alternativas**

- Existe Relación entre la Religiosidad y los Estilos de Vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020
- Existe Relación entre la Autoestima y los Estilos de Vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica,2020
- Existe Relación entre el funcionamiento familiar y los Estilos de Vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica,2020

##### **b. Hipótesis Nulas**

- No Existe Relación entre la Religiosidad y los Estilos de Vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020
- No Existe Relación entre la Autoestima y los Estilos de Vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica,2020
- No Existe Relación entre el funcionamiento familiar y los Estilos de Vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica,2020

#### **5. Justificación del problema**

##### **a. Aporte teórico**

La investigación aporta bibliografía sistematizada y actualizada sobre los estilos de vida; además, servirá de referente para la realización de próximas investigaciones. Asimismo, permitirá a los estudiantes, profesionales y asistentes de la Iglesia Adventista ampliar sus conocimientos sobre la importancia de los estilos de vida saludable.

##### **b. Aporte metodológico**

El diseño de la investigación permitirá conocer los factores que se relacionan con los estilos de vida. Asimismo, la aplicación de instrumentos en una realidad diferente a los

trabajos previamente publicados. Por último, aporta una base de datos actualizados que permitirán la toma de decisiones basadas en las evidencias.

### **c. Aporte práctico y social**

Los resultados de la investigación permitirán plantear programas educativos a futuro con el objetivo de seguir mejorando los estilos de vida de la población adventista y la comunidad en general. Así mismo, hará reflexionar a la comunidad científica sobre la importancia del estudio de factores socioculturales, de religiosidad, autoestima y funcionamiento familiar para la práctica de los estilos de vida saludable.

Cabe resaltar, que a través de la difusión de resultados se dará a conocer la reforma pro salud cristiana, permitiendo la ejecución de la misma a poblaciones vulnerables.

## **6. Presuposición filosófica**

De igual manera, el libro de Reforma de la Salud (14), señala que:

*“Una gran proporción de todas las enfermedades que afligen a la familia humana es resultado de sus propios hábitos erróneos, debido a su deliberada ignorancia, a su descuido de la luz que Dios ha dado con respecto a las leyes de su ser. No es posible que glorifiquemos a Dios mientras vivamos violando las leyes de la vida. El corazón no puede de ninguna manera mantener su consagración a Dios mientras se complace el apetito carnal. Un cuerpo enfermo y un intelecto desordenado, debido a la continua complacencia de la lujuria perniciosa, hace que la santificación del cuerpo y del espíritu sean imposibles. El apóstol entendía la importancia de una condición saludable del cuerpo para lograr el éxito en el perfeccionamiento del carácter cristiano”.*

Finalmente, Gálatas 5:24 menciona: “Pero los que son de Cristo han crucificado la carne con sus pasiones y deseos”. Es así, que es de vital importancia conocer, practicar y difundir los estilos de vida saludable como parte de nuestro trabajo como profesionales de la salud.

## Capítulo II

### MARCO TEÓRICO

#### 1. Antecedentes

Martínez, Pardo y Escribano (15) realizaron un estudio en el 2018, con el objetivo de determinar los factores asociados con una dieta poco saludable en una muestra de estudiantes universitarios. Se realizó una encuesta transversal electrónica con estudiantes universitarios (n = 593) del interior de España, durante el año académico 2016-2017. La encuesta recopiló información sobre los hábitos alimentarios de los participantes mediante un cuestionario anual de frecuencia de alimentos. También se recopilaron datos socioeconómicos y demográficos e información relacionada con el estilo de vida. Se utilizó una regresión logística multivariada para el análisis. La regresión logística multivariante, reveló que los factores asociados con una dieta poco saludable fueron: ser hombre, tener bajo peso en comparación con la categoría de referencia (peso normal), tener una madre de bajo nivel socioeconómico, el hogar familiar no está en la ciudad universitaria y, finalmente, estudiando un curso no relacionado con la salud.

Aceijas, Waldhausl, Lambert, Cassar y Bello (2) realizaron un estudio en Reino Unido, el 2016, con el objetivo de identificar los estilos de vida relacionados con la salud de los estudiantes universitarios e identificar barreras y determinantes sociales de estilos de vida más saludables. La metodología empleada fue la encuesta en línea, dos grupos focales y tres entrevistas en profundidad. La muestra fue aleatoria estratificada por tamaño de la escuela estando conformada por 468 estudiantes que respondieron un cuestionario de 67 ítems. Los resultados revelaron que el 60% de los encuestados eran insuficientemente activos físicamente, 47% tenían una dieta desequilibrada y 30% tenían bajo bienestar mental. Los bebedores de alcohol versus los abstinentes se distribuyeron casi por igual. Un total de 42% de los bebedores de alcohol informaron haberse emborrachado al menos una vez al mes. Los fumadores representaron el 16% de los encuestados. Los factores de riesgo identificados para la actividad física subóptima fueron los siguientes: ser mujer, no usar el gimnasio universitario y fumar. Los factores de

riesgo para una dieta desequilibrada fueron el bajo bienestar mental y el uso de drogas. Se predijo un mal bienestar mental por una dieta desequilibrada, no tener ganas de comprar y cocinar con frecuencia, y una falta de comportamiento de búsqueda de ayuda en casos de angustia. El análisis cualitativo reveló siete categorías temáticas: transición a una nueva vida, ambiente y sistemas universitarios, finanzas, presión académica.

Lima, Guerra y Lima (16) elaboraron una investigación en el 2015, con el objetivo de conocer los estilos de vida de los adolescentes del sur de España, en áreas de alimentación y actividad física, y analizar la influencia de variables sociodemográficas en los mismos. Para la metodología del estudio, se utilizó un diseño transversal correlacional con 204 estudiantes de educación secundaria. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante usando modelos de regresión. Los resultados demostraron que el 67% de los encuestados desayunaba a diario, el 56,3% consumían lácteos, el 44,1% cereales, el 40,7% frutas y el 28,5% verduras. Asimismo, el 19,85% se encontraron en normopeso y la mayoría practicaba ejercicio hasta 6 veces por semana. Mediante modelos lineales multivariantes se comprobó la influencia de la edad, el sexo/género y el estatus social sobre el índice de masa corporal, el consumo de frutas y verduras y la frecuencia de actividad física de estos adolescentes.

Santo, Botelho, Brito, Pinho, Amaral, Oliveira, Volker y Fagundes (17) realizaron un estudio en Brasil, en el 2019, con el objetivo de evaluar los factores vinculados al estilo de vida en estudiantes de colegios públicos. La metodología empleada fue transversal y analítico, participando 819 estudiantes. Se utilizó una encuesta con variables sociodemográficas, escolares, autopercepción de la calidad de vida, síntomas depresivos, adicción a Internet y estilo de vida. Se utilizó la Razón de Chances, mediante la Regresión Logística. Los resultados indicaron que el 92,2% poseía un estilo de vida deseable, con una puntuación media de 70,75 puntos ( $\pm 11,60$ ). Se asociaron al estilo de vida: autopercepción de la calidad de vida ( $p= 0,005$ ), síntomas depresivos ( $p<0,001$ ), y adicción a Internet ( $p=0,007$ ).

Sossa, Delisle, Agueh, Sodjinou, Ntandou y Makoutodé (18) elaboraron un estudio en África, en el 2013, con el objetivo de evaluar los efectos de la dieta y los estilos de vida en la evolución del RCM. La metodología empleada consideró a sujetos aparentemente sanos ( $n=541$ ) de 25 a 60 años de edad y seleccionados al azar. Junto con los factores de RCM, se recopilaron datos socioeconómicos, de dieta y estilo de vida en entrevistas

individuales. Se desarrolló una puntuación de alimentos basada en la frecuencia de consumo de cuatro grupos de alimentos "centinela" (carne y pollo, lácteos, huevos y verduras). El estilo de vida incluía actividad física, consumo de alcohol y tabaco. La educación y el ingreso fueron las variables socioeconómicas. Los resultados revelaron que, entre los sujetos con datos de seguimiento a cuatro años (n=416), el 13,5% estaban en riesgo al inicio del estudio, mostrando un síndrome metabólico y Score Framingham  $\geq$  10%. La incidencia de los mismos durante el seguimiento fue de 8,2% y 5%, respectivamente. El RCM se deterioró en el 21% de los sujetos. La dieta y el estilo de vida mediaron la ubicación y los efectos sobre la evolución de la RCM. Los bajos puntajes de alimentos y la inactividad aumentaron la probabilidad de deterioro de RCM.

En Perú informes remitidos por el MINSA denotan que existe una prevalencia de sobrepeso en el 37,3% de la población, siendo más predominante en la región costera y en el departamento de Tacna con un 40,9%. Asimismo, se registra obesidad en el 22,7% de la población, siendo Moquegua el de mayor frecuencia con valores de 32,4% (5).

## **2. Marco teórico**

### **2.1 Estilos de vida**

A través de los años se ha estudiado la influencia de los estilos de vida sobre la salud física, mental y psicológica de los seres humanos, sin embargo, no solo se define a la salud como la ausencia de enfermedad, sino que, además de ello, es un bienestar que va más allá de lo físico, sino también lo que respecta al aspecto social, que abarca el comportamiento y el pensamiento y el accionar subjetivo, así como el bienestar emocional de la persona (19).

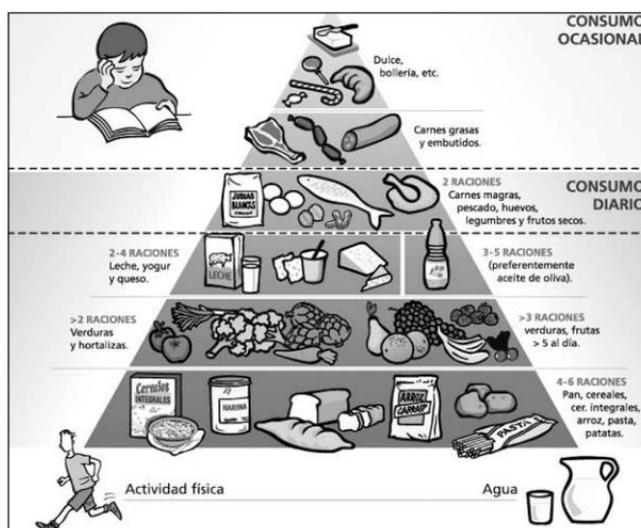
Esto es debido a que el aspecto social de la persona, influye mucho en el accionar de esta, y este accionar en las consecuentes decisiones en los diferentes aspectos de la vida, incluyendo los estilos de vida; sin embargo, a pesar del creciente interés en este campo, no hay muchos estudios referentes a ello. Los primeros estudios sobre la salud y los estilos de vida, fueron hechos por Karl Max y Max Weber antiguos filósofos, posteriormente Ansbacher en 1967, Abel en 1991, Coreil 1992, siguieron estos estudios, pero sin llegar a una conclusión estable (20).

Ahora bien, la OMS, define al estilo de vida saludable de la siguiente manera: “Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”; pero como ya hemos visto antes, no solamente se refiere al propio hecho de la alimentación saludable, sino además, que este engloba un estado de bienestar emocional, ya que de ello depende las decisiones a tomar de cada una de las personas. Es por ello que el estilo de vida saludable depende de los factores que implican una amenaza para la salud, así como aquellos que implican un beneficio para la misma (21). Al hablar de estilo de vida per se englobamos, según la definición de la OMS a las conductas influenciadas tanto por los factores socioculturales y características personales, por tal motivo solo se considera como factores en general que se relacionan a Estilos de Vida.

Finalmente, las variables de estilo de vida que influyen en la salud se pueden clasificar en algunos ítems:

- Dieta e IMC : la dieta es el factor más importante en el estilo de vida y tiene una relación directa y positiva con la salud. La mala alimentación y sus consecuencias, como la obesidad, es el problema saludable común en las sociedades urbanas. El IMC puede medir el estilo de vida poco saludable. El estilo de vida urbano conduce a problemas de nutrición como el uso de comidas rápidas y alimentos pobres, lo que aumenta los problemas cardiovasculares(22).

Imagen 1. La Pirámide de alimentos(37)



- Ejercicio: para tratar problemas de salud generales, el ejercicio se incluye en el estilo de vida. El ejercicio continuo junto con una dieta saludable aumenta la salud. Algunos estudios enfatizan la relación del estilo de vida activo con la felicidad (23).
- Sueño: una de las bases de una vida saludable es el sueño. El sueño no puede estar separado de la vida. Los trastornos del sueño tienen varias consecuencias sociales, psicológicas, económicas y saludables. El estilo de vida puede afectar el sueño y el sueño tiene una clara influencia en la salud mental y física (24).
- Comportamiento sexual: la relación sexual normal es necesaria en la vida sana. La disfunción de la relación sexual es el problema de la mayoría de las sociedades y tiene un efecto significativo en la salud mental y física. Se puede decir que la relación sexual disfuncional puede dar lugar a diversos problemas familiares o enfermedades relacionadas con el sexo como; SIDA.
- Abuso de sustancias: la adicción se considera un estilo de vida poco saludable. Fumar y usar otras sustancias puede ocasionar varios problemas; enfermedad cardiovascular, asma, cáncer, lesión cerebral. Según los estudios recientes en Irán, el 43% de las mujeres y el 64% de los hombres experimentan el uso de la burbuja de hubble ( 10 ). Un estudio longitudinal muestra que el 30% de las personas entre 18 y 65 años fuman cigarrillos de forma permanente (25).

- **Abuso de medicamentos:** es una forma común de usar medicamentos en Irán y se considera un estilo de vida poco saludable. Los comportamientos poco saludables en el uso de medicamentos son los siguientes: autotratamiento, compartir medicamentos, usar medicamentos sin receta, recetar demasiados medicamentos, prescribir la gran cantidad de cada medicamento, medicamentos innecesarios, mala escritura a mano en la receta, ignorar los medicamentos contradictorios, ignorar efectos nocivos de las drogas, sin explicar los efectos de las drogas (26).
- **Recreación:** el tiempo libre es un factor secundario del estilo de vida. Descuidar el ocio puede traer consecuencias negativas. Con una planificación desorganizada y un ocio poco saludable, las personas ponen en peligro su salud.
- **Estudio:** estudiar es el ejercicio del alma. Colocar el estudio como un factor en el estilo de vida puede conducir a una mayor salud física y mental. Por ejemplo, la prevalencia de la demencia, como la enfermedad de Alzheimer, es menor en personas educadas. El estudio podría retrasar el proceso de demencia.

## **2.2 Factores**

### Edad

Es muy diferente en un niño, joven y en un adulto el tipo “vida saludable” que llevarán; por ejemplo en un niño, si bien es cierto ya es capaz de tomar algunas decisiones que influyen en su vida, aún no es independiente de sus padres entorno a la alimentación, ejercicio físico, bienestar emocional, entre otras índoles que los padres puedan brindarle al niño; es decir que en este periodo de edad los estilos de vida saludable del niño son responsabilidad de los padres. Por ejemplo, en nuestro país, los casos de anemia en niños siguen siendo prevalentes, es por ello que se asume un rol de promoción a la salud hacia los padres con el fin de concientizarlos sobre los buenos hábitos que tienen que otorgarle a sus menores hijos (27). Por otro lado en la juventud y la adultez los individuos ya son capaces de tomar sus propias decisiones, esto tanto en la alimentación, ejercicio físico, hábitos nocivos, sexuales, entre otros, por lo que la aplicación de estos estilos de vida dependen de cada uno de ellos, cabe resaltar que el ámbito social de las diferentes

edades también juega un rol muy importante, el individuo es susceptible a querer adaptarse diferentes formas de vida queriendo encajar en cierto grupo de amistad, laboral, financiera, etc., adoptando incluso hábitos que no son del agrado propio solamente con el fin de poder ser admitido en un determinado grupo, para así poder sentirse bien emocionalmente (28).

Castillo Vilela Willy, estudió sobre estilos de vida y factores socioculturales del adulto mayor del AA. HH. Ramiro Prialé-Chimbote, 2011 evaluando a 150 adultos mayores, llegó a la conclusión que “La mayoría de los adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo estilo de vida saludable”, esto debido a que eran dependientes de sus hijos o familiares allegados, por lo tanto al tener un mal estilo de vida saludable el adulto mayor, se puede inferir que la familia completa no goza de buen estilo de vida (29).

### Sexo

Si bien no hay literatura que avale al cien por ciento que haya diferencias entre la alimentación entre hombres y mujeres, en el año 2015 Holmes Espinoza hizo un estudio en estudiantes (varones y mujeres) de 20 a 30 años aproximadamente en una universidad de Medellín – Colombia, la cual obtuvo los siguientes resultados; el 60 % de los estudiantes varones al menos querían o comían 3 a 5 veces por semana algún tipo de carne, ya sea pescado, pollo, cerdo, carne de res; y solamente el 25% de los estudiantes mujeres querían o comían de 3 a 5 veces por semana cualquier tipo de carne en su dieta. Además de ello, se le hizo una serie de preguntas nutricionales para saber su grado de conocimiento acerca del tipo de alimentación y cuantas kilocalorías, porciones, consumo de frutas, verduras, cereales se debían consumir al día, los resultados fueron sorprendentes alrededor del 85,3% de hombres no sabía ninguna de estas preguntas sobre la alimentación recomendable y el consumo de alimentos y porciones que amerita al día, por el contrario el 47,1% de las mujeres no sabía ninguna de las preguntas descritas anteriormente; por lo que Holmes llegó a la conclusión de que el estilo de vida no saludable es mucho más común en hombres que en mujeres, pero no solamente por el tipo de comida que respondieron que comerían, sino también por otros factores influenciados dentro de este estudio; por ejemplo se señaló en el estudio que Colombia aún sigue siendo uno de los países con mayor prevalencia de machismo en el mundo, es por ello que a las mujeres aún se le atribuye su rol en la alimentación de la familia,

independientemente del grado de instrucción, carrera que estas puedan tener, es por ello que su alimentación es más dependiente de lo que el esposo exige comer cada día, sin embargo en este estudio al 90% de las jovencitas que entrevistaron provenían de familias en nivel socioeconómico alto, es por ello que eran libres de elegir qué tipo de alimento consumir, por lo que los resultados son reales sin interferencia alguna. (5)

Asimismo, Silva Lector Alicia Aleida en el año 2011 realizó un estudio sobre “Estilo de vida y los factores socioculturales de la mujer adulta mayor en la urbanización Bellamar II etapa – Nuevo Chimbote, evaluando a 75 mujeres, llegando a la conclusión que “La mayoría de las mujeres adultas mayores presentan un estilo de vida no saludable y un porcentaje significativo presentan estilo de vida saludable” (6)

Mendoza, S en el 2007, Factores Biosocioculturales y Auto cuidado en el Adulto Diabético del Hospital III. Essalud. Chimbote, llegó a la conclusión tras estudiar a 250 diabéticos que el 64.5% eran mujeres, debido a que la mayoría de estas ejercían el servicio de ama de casa, y su alimentación era exclusivamente a base de pan, jugos, arroz, legumbres y carne; Mendoza también dedujo que al ser ellas las que preparaban los alimentos para sus familias, era muy probable que los miembros de esas familias sufrieran las mismas enfermedades. (7)

#### Estado civil

Hay diferentes estatus dentro del estado civil con fines investigativos, el soltero y el casado, también está el divorciado, conviviente, viudo. (4).

Paula Lizbeth y Rocío Delgado en el año 2011, en su estudio estilos de vida y los factores biosocioculturales del adulto mayor de la urbanización de las casuarinas – Nuevo Chimbote, con 130 adultos mayores llegó a la conclusión "El 70 % de los adultos mayores de la urbanización Casuarinas - Nuevo Chimbote tiene un estilo de vida saludable y el 30% tienen un estilo de vida no saludable. No existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales: sexo, grado de instrucción, religión, estado civil, ocupación e ingreso económico del adulto mayor en la Urbanización Casuarinas - Nuevo Chimbote". (6) Silvia Alicia en el año 2011, Castillo Vilela, Molina en el 2014, en su estudio estilo de vida del adulto mayor que asiste al hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, llegaron a la misma conclusión, es por

ello que hasta la actualidad no hay información que asegure que el estado civil infiere sobre los estilos biosocioculturales de las personas. (6)

#### Grado de instrucción

Acero Roxana en su estudio estilos de vida y factores biosocioculturales de la mujer adulta. Pariacoto 2015, estudió a 65 mujeres adultas jóvenes y maduras y utilizó la escala de estilo de vida y factores biosocioculturales, llegó a la conclusión que de cada 10 mujeres adultas alrededor de 4.4% presentaban un estilo de vida desordenado, mal saludable, y además concluyó que no existe relación entre el estilo de vida saludable y el grado de instrucción, cabe recordar que alrededor del 50% tenían primaria y secundaria incompleta, el 10% era analfabeta, y el 40% tenía secundaria completa. (7)

Cordero Beltrán, Moisés Alfredo y Silva Cruz, María Hilda (2009). Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta. Essalud– Casma, 2009. Llegaron a la conclusión de que no existe relación entre el grado de instrucción y los estilos de vida saludable. (6,7)

Por el contrario, Mendoza en su estudio Factores Biosocioculturales y Auto cuidado en el Adulto Diabético del Hospital III. Essalud. Chimbote. 2007, estudió a 250 diabéticos de los cuáles saco la siguiente conclusión que el 48.5% de estos diabéticos predominaba el nivel primario incompleto y completo, por consiguiente, no tenían ni la mínima idea del balance nutricional de cada alimento, ni de las porciones diarias de comida que se deberían comer. (7) De igual manera Erika Gamarra, Carito Rodríguez en su estudio “Factores demográficos y estilos de vida de los comerciantes del sector “el triángulo” de ciudad de dios - 2013”, llegaron a la conclusión que el 44.4% de los comerciantes tenían secundaria completa, el 22.2% tenían nivel superior, el 20.6% tenían primaria completa y el 12.7% son analfabetos, de ellos se concluyó que el 3.6% tienen un estilo de vida no saludable y su grado de instrucción era la secundaria completa, el 57.1% de los comerciantes tenían estilo de vida regular y su grado de instrucción era secundaria completa, el 46.2% de los comerciantes tenían un estilo de vida saludable y su grado de instrucción era primaria completa, mostrando un chi cuadrado de 2.501, con una probabilidad de 0.868, con lo que se concluyó que no había relación entre las variables grado de instrucción y estilos de vida saludable. (8)

La información no da resultados claros, esto depende del tipo de lugar donde se realiza la investigación, el tipo de población, entre otros factores que hacen que los resultados dentro de esas variables no sean uniformes, y estén variando los resultados en cada investigación. (6,7,8)

#### Ingreso económico

Los estudios de Erika Gamarra (8), Paula Lizbeth (6), concluyeron a través de sus estudios que el estatus económico de las personas influyen y tienen una relación con los estilos de vida saludable de las personas, en estas evaluaron personas entre 30 y 55 años, el 40% con un ingreso económico de 500 a 750 soles mensualmente, el 35% con un ingreso económico de 750 a 1200 soles mensuales, y el 25% con un ingreso económico de 1200 a 2000 soles mensuales; los resultados fueron que el 25% de las personas que percibían entre 500 a 750 soles mensuales tenían malos estilos de vida saludable, el 30% de las personas que percibían entre 750 a 1200 soles mensuales tenían malos estilos de vida saludable, y el 45% de las personas que percibían entre 1200 a 2000 soles mensuales tenían malos estilos de vida saludable, esto debido a que las personas que menos percibían se alimentaban solamente de comidas preparadas en casa y de alimentos que ellos mismos cultivaban, las demás condiciones económicas se alimentaban de comida hecha en restaurantes o comidas rápidas (frituras), gaseosas, entre otras, por lo que sus estilos de vida no eran los correctos. (6,8)

Cordero Beltrán, Moisés Alfredo y Silva Cruz, María Hilda (6,7), por el contrario, no encontraron relación significativa entre los ingresos económicos y los estilos de vida saludable, ya que los resultados que mostraron fueron muy variables y confusos, no encontrándose un resultado uniforme en ninguna de las muestras.

Además de ello, diferentes estudios como Takahashi en el 2008, Gonzáles y Urrego en el 2008, Sanabria en el 2007, Kagamori en el 2008, hallaron que a mayor ingreso económico no necesariamente es por el grado de posición laboral, sino también por las horas que se trabaja al día, así por ejemplo a mayor trabajo en horas, se afecta el sueño del individuo, y esto se vio afectado en los estilos de vida saludable en los trabajadores que trabajaban más horas por día. (10)

## Religión

Edna Gómez y Zuleima Cogollo, hicieron un estudio sobre asociación entre religiosidad y estilo de vida en adolescentes en el año 2015, evaluaron la relación que existe entre el nivel de religiosidad, no el tipo de religión y el estilo de vida (actividad física, actividad coital, consumo de cigarrillos, consumo problemático de alcohol y consumo de sustancias ilegales) esto lo hicieron en estudiantes de la ciudad de Cartagena, Colombia.

Los resultados fueron luego que evaluaron a 1730 estudiantes, el 70.3% (1217), presentaban inactividad física, 482 (27.8%), experiencia coital, 87 (5%), consumen cigarrillos, 180 (10.4%), consumen alcohol y 140 (8.1%), consumo de drogas ilegales, por lo que el estudio concluyó que la inactividad física y la experiencia coital tuvieron una asociación positiva en relación con la religiosidad de cada participante. (11)

Rocío De Diego Cordero, Manuel Guerrero Rodríguez, en su estudio la influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables y no saludables, a través de un metaanálisis, se obtuvo los siguientes resultados:

Los estilos de vida propuestos por las diversas entidades religiosas son un factor protector contra la aparición de enfermedades y problemas relacionados a la salud, no solamente en el ámbito físico, sino la esperanza que brindan cada una de estas entidades religiosas y el convencimiento que estas tienen sobre sus miembros favorecen el proceso de salud y enfermedad de las personas.

El nivel de religiosidad y el consumo de sustancias tóxicas y/o ilegales como son el tabaco, alcohol, drogas, prácticas sexuales riesgosas, no tienen una relación significativa, esto se dedujo después de ver los resultados que las personas que no son seguidores de una cierta religión son menos susceptibles a tener estos hábitos. (12)

Yojanán Carrasco en su tesis "La religión y su influencia en las conductas de salud" en el año 2015, llegó a la conclusión tras evaluar a 2500 participantes, entre ellos el 75% de religiones cristianas, entre ellas adventistas, evangélicos, testigos, etc., se concluyó que la religiosidad influye mucho más para optar por tomar los estilo de vida saludable, el 70% hacía ejercicio físico, comía saludablemente, y no tenía ningún tipo de consumo de sustancia tóxica, el 30% de estos si habían practicado alguno de estos malos hábitos al menos una vez en su vida. Cabe mencionar que alrededor del 88% de los pacientes

habían nacido en una familia cristiana, es decir ya siendo orientados desde pequeños por las enseñanzas de sus padres y el 12 % aproximadamente se habían convertido a lo largo de su vida, es decir no habían nacido en una familia que ya tenía alguna filiación por alguno de estos grupos religiosos. (13)

#### Funcionalidad familiar

Silvia Reyes en su estudio Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-distrito de Pativilca, 2009, se evaluó a 84 familias y sus estilos de vida saludable, llegando a la siguiente conclusión, que el 35.7% de familias presentaban unos buenos estilos de vida saludable, debido a que presentaban alta funcionalidad familiar, es decir padres casados, hijos estables, lo típico de una familia nuclear; el 17.9% presentaban algún tipo de disfunción familiar moderada, es decir padres separados, pero con la crianza de uno de ellos, o de algunos de los parientes cercanos, tíos, abuelos, etc., y por último el 3.6% presentaban una disfunción familiar severa, padres separados, con hábitos nocivos, niños prácticamente criándose solos, también con hábitos nocivos, etc. Al realizar el chi cuadrado se obtuvo el resultado de  $P=0.002$ , por lo tanto, existe una asociación entre los estilos de vida saludable y la funcionalidad familiar. (14)

### **3. Definición de términos**

Estilos de vida: La OMS(26) lo define como “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”. (19)

Religiosidad: “es la práctica de la religión, constituida por las conductas hacia lo sagrado, que abarca la vida individual y colectiva” (20).

Funcionalidad familiar: “Es la capacidad para convivir de manera armoniosa, que posee la familia; además de ostentar la habilidad de enfrentar cualquier problema en sus vidas y sobreponerse a ellos sin que las consecuencias derrumben la estructura integral de sus miembros” (21).

Autoestima: “Es la consideración que se tiene hacia sí misma”(22)

## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODO

#### 1. Diseño y tipo de investigación

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo, debido a que los datos son producto de mediciones y se utiliza métodos estadísticos para probar hipótesis; de diseño no experimental, ya que se observan los fenómenos tal como se dan en su contexto natural; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; de tipo correlacional porque permite establecer relación entre variables (30).

#### 2. Delimitación geográfica

Las iglesias Adventistas “El Inti” y “Las Colinas” pertenecen al distrito de Lurigancho-Chosica, provincia de Lima, situada en la parte oriental de la misma, en la cuenca media del río Rímac. Limita por el norte y este con el distrito de Chaclacayo, por el sur con Ate, y por el Oeste con el distrito de San Juan de Lurigancho.

#### 3. Participantes

##### a. Población

Ambas iglesias tienen un total aproximado de 250 miembros con edades entre los 10 y 80 años.

##### b. Muestra

La muestra será de carácter censal, es decir toda la población será considerada como muestra(31). También se emplearán criterios de inclusión y exclusión.

##### *i. Criterios de inclusión y exclusión.*

###### *Inclusión*

- Persona Aparentemente Sana
- Personas mayores a 18 años

- Personas asistentes a las Iglesias Adventistas El Inti y Las Colinas de Ñaña.

*Exclusión*

- Personas que padezcan de alguna enfermedad crónica
- Personas que no firmen el consentimiento informado

**4. Variable**

**a. Operacionalización de variables**

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Estilos de vida	La OMS(26) lo define como “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.	La medición de los estilos de vida se realizará mediante el cuestionario creado por Arrivillaga (2005) y adaptado por Palomares (2014) en Lima-Perú. La escala de puntuación será: No saludable: 0 - 36 puntos Poco saludable: 37 - 72 puntos Saludable: 73 - 108 puntos Muy saludable: 109 - 144 puntos	Condición, actividad física y deporte.  Recreación y manejo del tiempo libre.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Haces ejercicio, practicas algún deporte, caminas, trotas, manejas bicicleta, nadas, bailas, o haces aeróbicos, por un tiempo mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana.</li> <li>2. Terminas el día con vitalidad y sin cansancio.</li> <li>3. Mantienes tu peso corporal estable.</li> <li>4. Practicas ejercicios que le ayudan a estar</li> </ol>	Ordinal Siempre (3) Frecuentemente (2) Algunas veces (1) Nunca (0)

			<p>Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.</p> <p>Sueño</p> <p>Hábitos alimenticios</p>	<p>tranquilo (yoga, meditación, relajación autodirigida, taichí, kun fu, danza).</p> <p>5. Practicas actividades físicas de recreación (juegos, deportes, caminatas, bicicleta, natación, patinaje, baile)</p> <p>6. Incluye momentos de descanso en su rutina diaria.</p> <p>7. Compartes con su familia y/o amigos el tiempo libre.</p> <p>8. En tu tiempo libre: lee, va al cine, pasea, escucha música.</p> <p>9. Destinas parte de tu tiempo libre para actividades académicas o laborales.</p> <p>10. ¿Ves televisión</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>3 o más horas al día?</p> <p>11. ¿Fumas cigarrillo o tabaco?</p> <p>12. ¿Prohíbes que fumen en su presencia?</p> <p>13. ¿Consumes licor al menos dos veces a la semana?</p> <p>14. ¿Consumes licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?</p> <p>15. ¿Dices "NO" a todo tipo de droga?</p> <p>16. ¿Consumes más de 3 tazas de café al día?</p> <p>17. ¿Duermes al menos 7 horas diarias?</p> <p>18. ¿Trasnochas?</p> <p>19. ¿Duermes bien y se levanta descansado?</p> <p>20. ¿Te es difícil conciliar el</p>	
			Autocuidado y cuidado		

			médico	<p>sueño?</p> <p>21. ¿Tienes sueño durante el día?</p> <p>22. ¿Tomas pastillas para dormir?</p> <p>23. ¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al día?</p> <p>24. ¿Añades sal a las comidas en la mesa?</p> <p>25. ¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la semana?</p> <p>26. ¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana?</p> <p>27. ¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día?</p> <p>28. ¿Acostumbras comer al día 3 comidas principales y 1 refrigerio?</p> <p>29. ¿Comes en tu refrigerio frutas, frutos secos, verduras o yogur?</p>	
--	--	--	--------	--	--

				<p>30. ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en grasa o “light”?</p> <p>31. ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?</p> <p>32. ¿Consumes embutidos (jamonada, mortadela, jamón, salchicha, tocino)?</p> <p>33. ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?</p> <p>34. ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus alimentos?</p> <p>35. ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?</p> <p>36. ¿Comes frente al televisor, computadora o leyendo?</p> <p>37. ¿Las preparaciones de tus comidas</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>suelen ser al vapor, sancochado, guisado, estofado, a la plancha o sudado.</p> <p>38. ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al horno, al vapor, a la parrilla?</p> <p>39. ¿Desayunas todos los días?</p> <p>40. ¿Consumes comidas rápidas hamburguesa, hotdog, tacos, alitas, pizza, etc?</p> <p>41. Vas al odontólogo por lo menos una vez al año.</p> <p>42. Vas al médico por lo menos una vez al año.</p> <p>43. Cuando te expones al sol, usas protector solar.</p> <p>44. Chequeas al menos una vez al año tu presión arterial.</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>45. Te realizas exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.</p> <p>46. Te automedicas y/o acudes al farmaceuta en casos de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.</p> <p>47. Observas tu cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.</p> <p>48. Como conductor o pasajero usas cinturón de seguridad</p>	
Factores socioculturales	“Es la capacidad económica y social de un individuo, una familia o un país” (32)	Corresponde a característica propias de la población y está determinado por el género, la edad, el grado de instrucción y el estado civil.		<p>1. Género</p> <p>2. Edad</p> <p>3. Grado de instrucción</p>	<p>1. Femenino</p> <p>2. Masculino</p> <p>Numérico</p> <p>1. Sin instrucción</p>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Primaria incompleta</li> <li>3. Primaria completa</li> <li>4. Secundaria incompleta</li> <li>5. Secundaria completa</li> <li>6. Superior</li> </ul>
				4. Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Soltero</li> <li>2. Casado</li> <li>3. Conviviente</li> <li>4. Viudo</li> <li>5. Divorciado</li> </ul>
Factor Religiosid	“es la práctica de la	Se empleará el cuestionario	1. Subjetivo	1. Importancia del templo o	1. Totalmente

ad	religión, constituida por las conductas hacia lo sagrado, que abarca la vida individual y colectiva”(33)	adaptado por Reyes en el 2014 y replicado en Perú López en el 2015. Baja: 30-40 puntos Moderado: 34-66 puntos Alta: 67-100 puntos		sinagoga. 2. Importancia de eventos religiosos 3. Creencia en la oración 4. Importancia del libro sagrado. 5. Importancia del grupo religioso 6. Importancia del servicio a un ser superior. 7. Experiencias de Fe. 8. Creencia en Dios o un ser superior. 9. Relación personal con Dios o un ser superior	en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo
			2. Prácticas organizacionales	10. Lectura de escrituras sagradas y libros religiosos en la comunidad religiosa. 11. Oración en la comunidad religiosa. 12. Realización de actividades en la comunidad religiosa.	

				<p>13. Escuchar y visualizar medios de comunicación religiosos</p> <p>14. Escuchar música religiosa.</p>	
			3. Prácticas individuales	<p>15. Lectura a solas de las sagrada escrituras y libros religiosos</p> <p>16. Escuchar programas de radio y televisión religiosos</p> <p>17. Hablar a otras personas de religión.</p> <p>18. Lectura de libros religiosos</p> <p>19. Escuchar música religiosa.</p> <p>20. Meditación o culto personal</p>	
Factor Funcionalidad familiar	“Es la capacidad para convivir de manera armoniosa, que posee la familia; además de ostentar la habilidad de enfrentar	Se medirá a partir del cuestionario elaborado por Olson, Joyce y Yoav en 1985 y replicado en Perú en el 2016. Puntuación final:	1. Cohesión	<p>1. Lazos emocionales</p> <p>2. Límites familiares</p> <p>3. Tiempo y amigos</p> <p>4. Intereses comunes y</p>	<p>1. Nunca</p> <p>2. Casi nunca</p> <p>3. Algu</p>

	<p>cualquier problema en sus vidas y sobreponerse a ellos sin que las consecuencias derrumbe la estructura integral de sus miembros” (34)</p>	<p>Deficiente: 10-34 puntos Regular: 35-40 puntos Buena: 41-45 puntos. Excelente: 46-50 puntos.</p>		<p>recreación 5. Coaliciones</p>	<p>nas veces 4. Casi siempre 5. Siempre</p>
		<p>Puntuación final: Deficiente: 10-19 puntos Regular: 20-24 puntos Buena: 25-28 puntos. Excelente: 29-50 puntos.</p>	2. Adaptabilidad	<p>6. Liderazgo 7. Disciplina 8. Negociación 9. Roles 10. Reglas de relación</p>	<p>5. Siempre</p>
Factor Autoestima	<p>“Es la consideración que se tiene hacia sí misma”(35)</p>	<p>Se utilizará el cuestionario de Rosemberg y adaptado en Lima por Ventura (2018) Puntuación final de la autoestima en: Alta: 30-40 puntos Media: 26-20 puntos Baja: menos de 25 puntos.</p>		<p>1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos, en igual medida que los demás. 2. Creo que tengo un buen número de cualidades 3. En general me inclino a pensar que soy un(a) fracasado (a). 4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la</p>	<p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo</p>

				<p>gente.</p> <p>5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso (a) de mí.</p> <p>6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a)</p> <p>7. En general estoy satisfecho conmigo mismo (a)</p> <p>8. Desearía valorarme más a mí mismo (a)</p> <p>9. A veces me siento verdaderamente inútil</p> <p>10. A veces pienso que no soy bueno en nada</p>	erdo
--	--	--	--	--	------

## 5. Técnica e instrumento de recolección de datos

Se aplicó el cuestionario de Estilos de Vida Saludables elaborado por Salazar y Arrivillaga (2005) y adaptado por Palomares (2014) en Lima-Perú (36).

El cuestionario consta de un total de 48 preguntas, y está dividido en 6 dimensiones: Condición, Actividad Física y Deporte (4 preguntas), Recreación y Manejo del Tiempo Libre (6 preguntas), Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (6 preguntas), Sueño (6

preguntas), Hábitos Alimenticios (18 preguntas), Autocuidado y Cuidado Médico (8 preguntas). Todas las escalas de respuestas corresponden a una escala Likert (Nunca: 0, Algunas Veces: 1, Frecuentemente: 2 y Siempre: 3).

La calificación considerada para evaluar los estilos de vida saludables fue:

- No saludable: 0 - 36 puntos
- Poco saludable: 37 - 72 puntos
- Saludable: 73 - 108 puntos
- Muy saludable: 109 - 144 puntos

Se aplicó el cuestionario de Funcionalidad Familiar elaborado por Olson, Joyce y Yoav en 1985 y replicado en Perú en el 2016.

El Cuestionario consta de un total de 10 preguntas divididas en 2 dimensiones (5 preguntas para dimensión Cohesión y 5 preguntas para dimensión Adaptabilidad).

La Calificación considerada para la dimensión Cohesión fue:

- Deficiente: 10-34 puntos
- Regular: 35-40 puntos
- Buena: 41-45 puntos.
- Excelente: 46-50 puntos.

La Calificación considerada para la dimensión Adaptabilidad fue

- Deficiente: 10-19 puntos
- Regular: 20-24 29-50 puntos
- Buena: 25-28 puntos
- Excelente: 29-50 puntos

Se aplicó el cuestionario de Autoestima de Rossemberg adaptado en Lima por Ventura y colaboradores (2018)

El Cuestionario consta de un total de 10 preguntas

La calificación considerada para evaluar Autoestima fue:

- Alta: 30-40 puntos
- Media: 26-20 puntos
- Baja: menos de 25 puntos

Se aplicó el cuestionario de Factor Religiosidad adaptado por Reyes en el 2014 y replicado en Perú López en el 2015.

El cuestionario consta de un total de 20 preguntas y está dividido en 3 dimensiones (Subjetivo, Prácticas Organizacionales y Prácticas Individuales)

La calificación considerada para evaluar Autoestima fue:

- Baja: 30-40 puntos
- Moderado: 34-66 puntos
- Alta: 67-100 puntos

## **6. Proceso de recolección de datos**

Después de solicitar la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del estudio, se solicitó una carta de presentación dirigida a los ancianos de las iglesias el Inti y las Colinas de Ñaña, para iniciar la ejecución del proyecto de investigación.

Para la aplicación del instrumento, se tomaron 20 min por persona. El recojo de información se llevó a cabo durante los meses de enero febrero del 2020. Todo esto previa aprobación del consentimiento informado.

## **7. Procesamiento y análisis de datos**

Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico STATISTIC, Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento.

Para el análisis de datos descriptivos se utilizaron tablas de distribución de frecuencias para variables categóricas y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas.

Para la estadística inferencial se realizó la prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov para muestras >50 encontrando P valor menor de 0,05 demostrando que la variable estilos de vida no sigue una distribución normal.

Para el análisis correlacional se utilizó la prueba no paramétrica de Rho Spearman ya que se utilizó la sumatoria de cada variable

## **8. Consideraciones éticas**

Para realizar el estudio se considerarán los debidos principios éticos, respetándose la autonomía de los participantes.

De acuerdo con la Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se elaborará y entregará a los sujetos del estudio un consentimiento informado, en el que se explicará el objetivo del trabajo, la seguridad y el anonimato de los participantes; así mismo, se aclarará que la información obtenida no se empleará para ningún propósito fuera de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 1. Resultados

En el presente estudio, de una población total de 268 encuestados se escogió solo 256 asistentes a las iglesias con encuestas válidas que cumplieran los criterios ya descritos.

Se obtuvieron las siguientes características de la población:

En la tabla 1, se observa que del 100% de los encuestados, el 57,4% fue de género masculino, con edades promedio de 44,4 años  $\pm$  16. Asimismo, el 32% contó con un grado de instrucción superior y el 70,3% estuvieron casados.

**Tabla 1.** Características generales de la población de estudio

Características	Escala	n	%
Género	Femenino	109	42,6
	Masculino	147	57,4
Edad	Me $\pm$ DS	44,4 $\pm$ 16,01	
Grado de instrucción	Sin instrucción	3	1,2
	Primaria incompleta	4	1,6
	Primaria completa	19	7,4
	Secundaria incompleta	68	26,6
	Secundaria completa	80	31,3
	Superior	82	32,0
	Estado civil	Soltero	60
Casado		180	70,3
Conviviente		6	2,3
Viudo		7	2,7
Divorciado		3	1,2

**Tabla 2.** Estilos de vida de los adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

Estilos de vida	Muy saludable		Saludable		Poco saludable		Nada saludable	
	n	%	n	%	n	%	n	%
General	7	2,7	146	57,0	99	38,7	4	1,6
Condición, actividad física y deporte.	21	8,2	81	31,6	122	47,7	32	12,5
Recreación y manejo del tiempo libre.	35	13,7	116	45,3	92	35,9	13	5,1
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	3	1,2	17	6,6	173	67,6	63	24,6
Sueño	16	6,3	77	30,1	139	54,3	24	9,4
Hábitos alimenticios	12	4,7	56	21,9	135	52,7	53	20,7
Autocuidado y cuidado médico	16	6,3	98	38,3	97	37,9	45	17,6

En la tabla 2, se observa que del 100% de los encuestados, el 57% presentó un estilo de vida saludable, el 38,7% poco saludable, el 2,7% muy saludable y el 1,6% nada saludable. Asimismo, al análisis de sus dimensiones, se encontró que, el 47,7% percibió como poco saludable su actividad física y deporte, el 45,3% calificó como saludable su recreación y manejo del tiempo libre y el 67,6% opinó que es poco saludable el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Finalmente, el 54,3% señaló como poco saludable su sueño, el 52,7% manifestó hábitos alimenticios poco saludables y el 38,3% como saludable su autocuidado y cuidado médico.

**Tabla 3.** Religiosidad de los adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

Religiosidad	Alto		Moderado		Bajo	
	n	%	n	%	n	%
Global	34	13,3	192	75,0	30	11,7
Subjetivo	11	4,3	185	72,3	60	23,4
Práctica organizacional	120	46,9	111	43,4	25	9,8
Práctica individual	181	70,7	64	25,0	11	4,3

En la tabla 3, se observa que del 100% de los encuestados, el 75% presentó una religiosidad moderada, el 13,3% alta y el 11,7% baja. Por otro lado, al análisis de sus dimensiones, se encontró que, el 72,3% presentó un moderado nivel de subjetividad, el 46,9% alta práctica organizacional y el 70,7% alta práctica individual.

**Tabla 4.** Funcionamiento familiar de los adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

Funcionamiento familiar	Excelente		Bueno		Regular		Deficiente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cohesión	98	38,3	117	45,7	28	10,9	13	5,1
Adaptabilidad	11	4,3	183	71,5	60	23,4	2	,8

En la tabla 4, se observa que del 100% de los encuestados, el 45,7% evidenció un buen nivel de cohesión en su funcionamiento familiar y el 71,5% un buen nivel de adaptabilidad.

**Tabla 5.** Autoestima de los adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

Autoestima	n	%
------------	---	---

Alta	2	0,8
Media	126	49,2
Baja	128	50,0
Total	256	100

---

En la tabla 5, se observa que del 100% de los encuestados, el 50% indicó una baja autoestima, el 49,2% media y sólo el 0,8% alta.

**Tabla 6.** Factores relacionados a los estilos de vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020.

Factores		Estilos de vida global	Condición, actividad física y deporte	Recreación y manejo del tiempo libre	Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	Sueño	Hábitos alimenticios	Autocuidado y cuidado médico
Religiosidad	Rho	,007	,058	,135*	,040	-,054	,142*	,157*
	Sig.	,905	,359	,031	,521	,388	,023	,012
Subjetivo	Rho	,096	,049	,127*	,122	,021	-,097	,171**
	Sig.	,126	,437	,043	,052	,741	,122	,006
Prácticas organizacionales	Rho	-,019	,050	,105	-,025	-,112	-,078	,116
	Sig.	,758	,423	,093	,690	,073	,215	,064
Prácticas individuales	Rho	-,094	,007	,082	-,062	-,052	-,116	,028
	Sig.	,132	,908	,190	,320	,405	,065	,651
Cohesión	Rho	,139*	-,092	,161*	,041	,206**	,154*	-,005
	Sig.	,026	,144	,010	,513	,001	,014	,933
Adaptabilidad	Rho	,225**	,007	,146*	,228**	,034	,125*	,129*
	Sig.	,000	,908	,020	,000	,588	,046	,040
Autoestima	Rho	-,012	,174**	,018	,061	-,092	-,022	,085
	Sig.	,847	,005	,772	,331	,144	,722	,178

En la tabla 6, se observa que a partir de la prueba estadística Rho de Spearman, hubo relación significativa entre el funcionamiento familiar, en sus dimensiones cohesión ( $p=0,026$ ) y adaptabilidad ( $p=0,000$ ). De igual manera, se encontró relación entre la religiosidad y las dimensiones recreación y manejo del tiempo libre ( $p=0,031$ ), hábitos alimenticios ( $p=0,023$ ) y autocuidado y cuidado médico ( $p=0,012$ ). Por último se vio que si existe relación entre el autoestima y la dimensión actividad física y deporte con p valor de 0,005.

## 2. Discusión

Los enormes efectos potenciales de determinadas intervenciones en el estilo de vida sobre la mortalidad, morbilidad y costes sanitarios son motivación más que suficiente para el estudio de la misma. Por lo tanto, la práctica de estilos de vida saludables mejoran a la calidad de vida, y tiene en cuenta todas las causas anteriores a la enfermedad y al riesgo de enfermar, desde todos los niveles de causalidad (38).

En el estudio se encontró que existe relación entre el nivel de religiosidad y la dimensión recreación con p valor de 0,031. De igual manera, una investigación realizada en Nepal(39), reportó que rezar oraciones ( $B = -2,75$ ;  $p < 0,005$ ) mejora satisfacción con la vida, mejorando la salud mental de los adultos mayores. Asimismo, un estudio hecho en Canadá(40), reveló que los niños y jóvenes involucrados en grupos religiosos presentaron una menor participación en conductas de riesgo.

La recreación es de gran importancia en la conciliación de la vida, ya que puede despertar emociones positivas, promover la autoeficacia, aumentar las capacidades y actuar como amortiguadores para el estrés. Además, se espera que al aumentar el nivel de actividad de ocio se mejore la autoevaluación de la salud y el estado de la misma(41).

Por otro lado, también se halló relación entre el nivel de religiosidad y la dimensión hábitos alimenticios con p valor de 0,023. Igualmente, una revisión hecha en el 2013(42), señaló que existe una asociación positiva entre la religiosidad/espiritualidad con la ingesta de frutas y verduras. De manera similar, un estudio hecho en EEUU (43) demostró que, los participantes pertenecientes a una filiación religiosa presentaron cambios positivos en sus comportamientos dietéticos y porcentajes de grasa. (43)Por lo tanto, la religiosidad puede afectar positivamente la salud a través de la implementación individual de actos y creencias religiosas que promuevan la salud, prohibiciones religiosas contra comportamientos poco saludables y otras leyes religiosas. Así también, puede proporcionar conexiones sociales de

apoyo que pueden reforzar los comportamientos, aumentar la confianza y la participación de la comunidad, y potencialmente permitir el flujo de información de salud (44).

En lo que respecta a la religiosidad y la dimensión autocuidado y cuidado médico, se estableció relación con p valor de 0,012. Resultados parecidos se obtuvieron en Irán(45), donde se halló relación lineal entre el afrontamiento religioso y los comportamientos de autocuidado. Del mismo modo, en EEUU(46), se encontró que el crecimiento espiritual, el autoconcepto, la iniciativa y responsabilidad se relacionan con un mejor autocuidado.

Por otro lado, también se obtuvo relación entre el funcionamiento familiar, en su dimensión cohesión (0,026) y adaptabilidad (0,0001), con el estilo de vida. Así también, en España(47), se demostró que el funcionamiento familiar actúa como factor protector en la prevención de conductas de riesgo como: fumar (OR = 7,06, p = 0,000), consumo de alcohol (OR = 3,97, p = 0,008), relaciones sexuales (OR = 3,67, p = 0,041) y seguridad vial ( $\beta$  = 1.82, p = 0,000). Por tanto, el apoyo que proporciona la familia, es la principal herramienta en la promoción de la salud y prevención de enfermedades y daños, así como, la más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital, por lo que debería ser considerada como una estrategia global(48).

Por último, se estableció relación entre la autoestima y la dimensión condición, actividad física y deporte con p valor de 0,005. Un estudio de Irán(49), encontró que la actividad física estaba directa e indirectamente asociada con la autoestima. A su vez, un ensayo controlado aleatorio determinó que la influencia de los cambios en la eficacia y los parámetros físicos tienen efectos positivos en la autoestima física(50). De acuerdo al modelo de ejercicio y autoestima, se supone que los cambios positivos en los parámetros físicos asociados con la actividad física conducen a aumentos en las percepciones de autoeficacia, es decir, las creencias en las capacidades personales (51).

Este estudio tuvo como limitación la ausencia de datos de la población en cuanto a la variable Ingreso Económico, debido a que sólo una minoría registró el dato dentro del rubro “Ingreso Mensual” que corresponde a dicha variable dentro del instrumento que se Utilizó para la extracción de datos en la Población de estudio. Por tal motivo se optó por extraer la variable dentro del análisis estadístico del trabajo por contar con muestra insuficiente para poder analizar la variable.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 1. Conclusiones

En el presente estudio se buscó determinar los factores que se relacionan a los estilos de vida saludable en asistentes a Iglesias Adventistas de nuestra localidad. En Ambas iglesias hacen un aproximado de 250 miembros y se concluye lo siguiente:

- El 57% presentó un estilo de vida saludable, asimismo, al análisis de sus dimensiones, se encontró que, el 47,7% percibió como poco saludable su actividad física y deporte, el 45,3% calificó como saludable su recreación y manejo del tiempo libre y el 67,6% opinó que es poco saludable el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Finalmente, el 54,3% señaló como poco saludable su sueño, el 52,7% manifestó hábitos alimenticios poco saludables y el 38,3% como saludable su autocuidado y cuidado médico.
- En relación a los factores: el 75% presentó una religiosidad moderada, el 45,7% evidenció un buen nivel de cohesión en su funcionamiento familiar y el 71,5% un buen nivel de adaptabilidad. De igual manera, el 50% evidenció una autoestima baja.
- Se encontró relación entre el nivel de religiosidad y la dimensión recreación con p valor de 0,031.
- Se encontró relación entre el nivel de religiosidad y la dimensión hábitos alimenticios con p valor de 0,023.
- Se encontró relación entre el nivel de religiosidad y la dimensión autocuidado y cuidado médico con p valor de 0,012.
- Se encontró relación entre el funcionamiento familiar en su dimensión cohesión (0,026) y adaptabilidad (0,0001) con el estilo de vida.
- Se encontró relación entre la autoestima y la dimensión condición, actividad física y deporte con p valor de 0,005

#### 2. Recomendaciones

A los hermanos de la iglesia, a seguir estudiando la Biblia para mejorar su relación con Dios y mejorar la práctica de los 8 remedios naturales.

Se recomienda a los líderes de la iglesia a realizar mayores actividades que mejoren la religiosidad y la autoestima de sus feligreses, asimismo la implementación de campañas de salud periódicas para mejorar los estilos de vida.

A los Estudiantes de la escuela de Medicina, a realizar campañas de intervención dentro de la Iglesia y establecer rotaciones comunitarias en la misma.

A la comunidad científica, a seguir haciendo investigaciones que incluyan exámenes de laboratorio y más variables que permitan ampliar el análisis del perfil de salud de la población adventista.

Es importante destacar que en la población estudiada es necesaria una intervención, por lo que se recomienda especialmente a las personas encargadas de Salud en las respectivas iglesias a poder plantear planes y estudios de como una intervención podría ser de impacto para esta población y mejorar el Estilo de Vida.

## REFERENCIAS

1. Ramos W, Venegas D, Honorio H, Pesantes J, Arrasco J, Yaugui M. Enfermedades no transmisibles: efecto de las grandes transiciones y los determinantes sociales. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 19];18:1–10. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203132677006>
2. Aceijas C, Waldhäusl S, Lambert N, Cassar S, Bello-Corassa R. Determinants of health-related lifestyles among university students. *Perspect Public Health* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2019 Dec 16];137(4):227–36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27597797>
3. Sánchez M, Luna E. Estilos de vida saludables de la población universitaria. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 16];31(5):1910–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25929358>
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Universidad de Washington. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe [Internet]. Tercera. Legetic B, Medici A, Hernández M, Alleyne G, Hennis A, editors. EE.UU: DCP3; 2017 [cited 2019 Dec 19]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33994>
5. Organización Mundial de la Salud. Sala de información y análisis en salud [Internet]. Perú. 2018 [cited 2019 Dec 19]. Available from: <http://siaperu.paho.org/SIA/index.php/sala-de-situacion#/categorie/9/enfermedades-no-transmisibles>
6. Mas M, Alberti L, Espeso N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2005 [cited 2019 Dec 16];5(2). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202005000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200006)
7. Coral R, Vargas L. Estrategias que promueven estilos de vida saludables. *Rev UDCA Actual y Divulg Científica* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 16];17(1):35–43. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-42262014000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-42262014000100005&lng=en).
8. Salgado A. Review of empirical studies on impact of religion, religiosity and spirituality as protective factors. *Propósitos y Represent* [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 16];2(1):141–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>

9. Gómez E, Cogollo Z. Asociación entre religiosidad y estilo de vida en adolescentes. *Rev Fac Med* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 16];63(2):193–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.49289>
10. White E. El gran objetivo de la Reforma Pro-salud [Internet]. *Revista Adventista*. 2015 [cited 2019 Dec 19]. Available from: <https://revista.adventista.es/el-gran-objetivo-de-la-reforma-pro-salud/>
11. Orlich M, Singh P, Sabaté J, Jaceldo K, Fan J, Knutsen S, et al. Vegetarian dietary patterns and mortality in adventist health study 2. *JAMA Intern Med*. 2013 Jul 8;173(13):1230–8.
12. Kent L, Morton D, Ward E, Rankin P, Ferret R, Gobble J, et al. The Influence of Religious Affiliation on Participant Responsiveness to the Complete Health Improvement Program (CHIP) Lifestyle Intervention. *J Relig Health*. 2016 Oct 1;55(5):1561–73.
13. Calderón M, Ginez M. Estilo de vida y su relación con el riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2019. [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2019 [cited 2020 Feb 13]. Available from: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1636/Miguel\\_Tesis\\_Licenciatura\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1636/Miguel_Tesis_Licenciatura_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
14. White E. *Spiritual Gifts*. 4th ed. Washington, D.C: Review and Herald; 1945. 120-151 p.
15. Martínez R, Pardo I, Amo E, Escribano F. Socioeconomic, demographic and lifestyle-related factors associated with unhealthy diet: a cross-sectional study of university students. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 Dec 7 [cited 2019 Dec 19];18(1):1241. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6149-3>
16. Lima M, Guerra M, Lima J. Estilos de vida y factores asociados a la alimentación y la actividad física en adolescentes. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 19];32(6):2838–47. Available from: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/9831.pdf>
17. Santos M, Pinho L, Botelho A, Brito R, De Pihno S, Amaral C, et al. Factors associated with the lifestyle of high school students from public schools. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. 2019 Jun 6 [cited 2019 Dec 19];40:e20180168. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983->

14472019000100419&script=sci\_arttext&tlng=en

18. Sossa C, Delisle H, Agueh V, Sodjinou R, Ntandou G, Makoutodé M. Lifestyle and dietary factors associated with the evolution of cardiometabolic risk over four years in West-African adults: The Benin study. *J Obes* [Internet]. 2013 [cited 2019 Dec 19];2013. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/job/2013/298024/>
19. Aguilar R. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa Maria del Triunfo, 2013 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [cited 2019 Dec 19]. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3579>
20. Rodríguez H, Restrepo L, Deossa G. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios de Medellín-Colombia. *Rev Perspect en Nutr Humana* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 19];17(1). Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/25434>
21. Farhud DD. Impact of lifestyle on health. *Iran J Public Health* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2019 Dec 19];44(11):1442–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4703222/>
22. Cáceres J. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [cited 2019 Jan 31]. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5250/Caceres\\_pj.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5250/Caceres_pj.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
23. Zambrano R. Estilo de vida de una comunidad rural del municipio de Tarqui (Huila) y su relación con la salud cardiovascular [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2013 [cited 2019 Feb 18]. Available from: <http://bdigital.unal.edu.co/11399/1/539792.3013.pdf>
24. Rojas J, Zubizarreta M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2018 Dec 26];23(1). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100007)
25. Salazar I, Arrivillaga M. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitarios. *Rev Colomb Psicol* [Internet]. 2004 [cited 2019 May 10];(13):74–89. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401309>

26. Guerrero L, León A. Estilo de vida y salud. Educere [Internet]. 2010 [cited 2018 Dec 25];14(48). Available from: <https://www.redalyc.org/html/356/35616720002/>
27. Angelucci L, Cañoto Y, Hernández M. Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios. Av en Psicol Latinoam [Internet]. 2017 Sep 20 [cited 2019 Dec 19];35(3):531. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/4454>
28. Orozco R, Molina R. Actividad física, recreación y salud en el adulto mayor. InterSedes Rev las Sedes Reg [Internet]. 2002 [cited 2018 Dec 25];3(4):61–71. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66630407>
29. Palomares L. Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014 [cited 2019 Feb 18]. Available from: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestría\\_LitaPalomares.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestría_LitaPalomares.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
30. Sampieri RH, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. MCGRAW-HILL, editor. México; 2014. 518 p.
31. Cuesta M, Herrero FJ. Introducción al muestreo. 2009;1–9.
32. Souza M, Zea A, Rodríguez G, Molina A. Estilo de vida y factores socioeconómicos en estudiantes de electivas de actividad física y deporte de la Pontificia Universidad Javeriana. Análisis [Internet]. 2017 Feb 28 [cited 2019 Dec 19];49(90 (En-Ju)):229. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6140729>
33. López E, Guevara V. Religiosidad y resiliencia en estudiantes de psicología de una universidad privada de Lima Este [Internet]. Universidad Peruana Unión; 2015 [cited 2019 Dec 19]. Available from: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/169/Eliana\\_Tesis\\_bachiller\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/169/Eliana_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Wall L. Funcionalidad familiar y logros de aprendizaje en Comunicación de estudiantes de secundaria en la Institución Educativa Divino Maestro de Pamplona, 2016 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2017 [cited 2019 Dec 19]. Available from: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6979/Wall\\_CLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6979/Wall_CLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
35. Ojeda Z, Cárdenas M. El nivel de autoestima en adolescentes entre 15 a 18 años

- [Internet]. Universidad de Cuenca; 2017 [cited 2019 Dec 19]. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28093/1/Trabajo de Titulación.pdf>
36. Palomares Estrada L. Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. [Internet]. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2014 [cited 2018 Oct 10]. Available from: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestría\\_LitaPalomares.pdf?sequence=2](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestría_LitaPalomares.pdf?sequence=2)
  37. Congreso de la República. Ley General de Salud - PERU. Igarss 2014. 1997;(1):1–5.
  38. Mora Ripoll R. Lifestyle medicine: The importance of considering all the causes of disease. Vol. 5, Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Ediciones Doyma, S.L.; 2012. p. 48–52.
  39. Gautam R, Saito T, Kai I. Leisure and religious activity participation and mental health: Gender analysis of older adults in Nepal. BMC Public Health [Internet]. 2007 [cited 2020 Feb 6];7. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/299>
  40. Michaelson V, Robinson P, Pickett W. Participation in church or religious groups and its association with health: a national study of young Canadians. J Relig Health [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2020 Feb 6];53(5):1353–73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138435/>
  41. Wu S, Xuan Z, Li F, Xiao W, Fu X, Jiang P, et al. Work-recreation balance, health-promoting lifestyles and suboptimal health status in southern China: A cross-sectional study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2016 Mar 19 [cited 2020 Feb 7];13(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4809002/>
  42. Tan M, Chan C, Reidpath D. Religiosity and spirituality and the intake of fruit, vegetable, and fat: A systematic review. Evidence-based Complement Altern Med [Internet]. 2013 [cited 2020 Feb 6];23. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2013/146214/>
  43. Bowen D, Beresford S, Christensen C, Kuniyuki A, McLerran D, Feng Z, et al. Effects of a multilevel dietary intervention in religious organizations. Am J Heal Promot [Internet]. 2009 Sep [cited 2020 Feb 7];24(1):15–22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19750958>
  44. Ansari S, Soltero EG, Lorenzo E, Lee RE. The impact of religiosity on dietary habits and physical activity in minority women participating in the Health is Power (HIP)

- study. *Prev Med Reports*. 2017 Mar 1;5:210–3.
45. Sharif H, Pahlevan S, Goudarzian A, Allen K, Jamali S, Heydari M. The Relationship between Religious Coping and Self-Care Behaviors in Iranian Medical Students. *J Relig Health*. 2017 Dec 1;56(6):2109–17.
  46. Callaghan D. Health-promoting self-care behaviors, self-care self-efficacy, and self-care agency. *Nurs Sci Q [Internet]*. 2003 Jul [cited 2020 Feb 7];16(3):247–54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12876883>
  47. Lima M, Guerra M, Lima J. Relación entre el funcionamiento familiar y los estilos de vida de los adolescentes en edad escolar. *Enferm Clin*. 2017 Jan 1;27(1):3–10.
  48. Reyes S, Valderrama O, Ortega K, Chacón M, Resumen A. Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento humano Nuevo Paraíso-districto de Pativilca, 2009 1 a a 2 a Artículo original. Vol. 3, Rev. Aporte Santiaguino. 2010.
  49. Zamani S, Fathirezaie Z, Brand S, Pühse U, Holsboer E, Gerber M, et al. Physical activity and self-esteem: Testing direct and indirect relationships associated with psychological and physical mechanisms. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016 Oct 12;12:2617–25.
  50. McAuley E, Blissmer B, Katula J, Duncan TE, Mihalko SL. Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: A randomized controlled trial. *Ann Behav Med*. 2000;22(2):131–9.
  51. Elavsky S. Longitudinal examination of the exercise and self-esteem model in middle-aged women. *J Sport Exerc Psychol [Internet]*. 2010 Dec [cited 2020 Feb 7];32(6):862–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21282842>

## ANEXOS

### ANEXO 01: Cuestionario Estilos de Vida Saludable

Muy buenos días, Sr (a), somos egresado de la UPeU y estamos realizando el trabajo de investigación “Factores relacionados a los estilos de vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020”, para lo cual, estamos realizando una encuesta, que es anónima (no tiene que dar su nombre ni su dirección). Esperamos su más sincera colaboración. (36)

ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Terminas el día con vitalidad y sin cansancio.	0	1	2	3
2. Haces ejercicio, practicas algún deporte, caminas, trotas, manejas bicicleta, nadas, bailas, o haces aeróbicos por un tiempo mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana.	0	1	2	3
3. Mantienes tu peso corporal estable.	0	1	2	3
4. Practicas ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (yoga, meditación, relajación autodirigida, taichí, kun fu, danza).	0	1	2	3
5. Practicas actividades físicas de recreación (juegos, deportes, caminatas, bicicleta, natación, patinaje, baile)	0	1	2	3
6. Incluyes momentos de descanso en su rutina diaria.	0	1	2	3
7. Compartes con su familia y/o amigos el tiempo libre.	0	1	2	3
8. En tu tiempo libre: lee, va al cine, pasea, escucha música.	0	1	2	3
9. Destinas parte de tu tiempo libre para actividades académicas o laborales.	0	1	2	3
10. ¿Ves televisión 3 o más horas al día?	0	1	2	3
11. ¿Fumas cigarrillo o tabaco?	0	1	2	3
12. ¿Prohíbes que fumen en su presencia?	0	1	2	3
13. ¿Consumes licor al menos dos veces a la semana?	0	1	2	3
14. ¿Consumes licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	0	1	2	3
15. ¿Dices “NO” a todo tipo de droga?	0	1	2	3
16. ¿Consumes más de 3 tazas de café al día?	0	1	2	3
17. ¿Duermes al menos 7 horas diarias?	0	1	2	3
18. ¿Trasnochas?	0	1	2	3
19. ¿Duermes bien y se levanta descansado?	0	1	2	3
20. ¿Te es difícil conciliar el sueño?	0	1	2	3
21. ¿Tienes sueño durante el día?	0	1	2	3
22. ¿Tomas pastillas para dormir?	0	1	2	3
23. ¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al	0	1	2	3

día?				
24. ¿Añades sal a las comidas en la mesa?	0	1	2	3
25. ¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la semana?	0	1	2	3
26. ¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana?	0	1	2	3
27. ¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día?	0	1	2	3
28. ¿Acostumbras comer al día 3 comidas principales y 1 refrigerio?	0	1	2	3
29. ¿Comes en tu refrigerio frutas, frutos secos, verduras o yogur?	0	1	2	3
30. ¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en grasa o "light"?	0	1	2	3
31. ¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?	0	1	2	3
32. ¿Consumes embutidos (jamón, mortadela, jamón, salchicha, tocino)?	0	1	2	3
33. ¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?	0	1	2	3
34. ¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus alimentos?	0	1	2	3
35. ¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?	0	1	2	3
36. ¿Comes frente al televisor, computadora o leyendo?	0	1	2	3
37. ¿Las preparaciones de tus comidas suelen ser al vapor, sancochado, guisado, estofado, a la plancha o sudado.	0	1	2	3
38. ¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al horno, al vapor, a la parrilla?	0	1	2	3
39. ¿Desayunas todos los días?	0	1	2	3
40. ¿Consumes comidas rápidas hamburguesa, hotdog, tacos, alitas, pizza, etc.?	0	1	2	3
41. Vas al odontólogo por lo menos una vez al año.	0	1	2	3
42. Vas al médico por lo menos una vez al año.	0	1	2	3
43. Cuando te expones al sol, usas protector solar.	0	1	2	3
44. Chequeas al menos una vez al año tu presión arterial.	0	1	2	3
45. Te realizas exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.	0	1	2	3
46. Te automedicas y/o acudes al farmaceuta en casos de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.	0	1	2	3
47. Observas tu cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.	0	1	2	3
48. Como conductor o pasajero usas cinturón de seguridad	0	1	2	3

## ANEXO 02: Cuestionario de Religiosidad

Ítems	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Acostumbro leer las escrituras sagradas en las prácticas de mi comunidad religiosa.	1	2	3	4	5
2. El templo es muy importante para mí.	1	2	3	4	5
3. Realizo meditaciones religiosas o culto personal.	1	2	3	4	5
4. Mi fe es parte de quién soy yo como persona	1	2	3	4	5
5. Sintonizo programas religiosos en la radio o televisión.	1	2	3	4	5
6. Participo en actividades organizadas por mi comunidad religiosa.	1	2	3	4	5
7. Los eventos religiosos (ejem: semana santa, bautismos, matrimonios, entre otras) son importantes para mí.	1	2	3	4	5
8. Acostumbro hablarle a otras personas sobre mi religión.	1	2	3	4	5
9. Escucho programas religiosos por radio o televisión como parte de las prácticas de mi comunidad religiosa.	1	2	3	4	5
10. Oro antes o después de comer.	1	2	3	4	5
11. Oro, rezo o medito como parte de las prácticas de mi comunidad religiosa.	1	2	3	4	5
12. Encuentro aburrido la lectura del libro sagrado: biblia.	1	2	3	4	5
13. Los grupos religiosos son irrelevantes para mí.	1	2	3	4	5
14. Me es poco importante orar, rezar o meditar en privado.	1	2	3	4	5
15. Creo que nada es más importante en la vida que servir a Dios o a un Ser superior.	1	2	3	4	5
16. Mi fe está envuelta en lo que hago en mi vida cotidiana.	1	2	3	4	5
17. Participo de la lectura de libros religiosos como parte de las prácticas de mi comunidad religiosa.	1	2	3	4	5
18. Escucho grupos de música religiosa.	1	2	3	4	5
19. Mi fe me brinda seguridad y consuelo en mi vida.	1	2	3	4	5
20. Acostumbro a leer a solas las escrituras sagradas: biblia.	1	2	3	4	5

21. Creo que es importante orar antes de tomar un decisión.	1	2	3	4	5
22. Experimento en mi vida la presencia de Dios o de un Ser superior	1	2	3	4	5
23. Creo que asistir a actividades religiosas me permiten acercarme a Dios o a un Ser superior	1	2	3	4	5
24. Para mí es importante hacer cosas que agraden a Dios	1	2	3	4	5
25. Me esfuerzo por llevar mis creencias religiosas a mi vida cotidiana.	1	2	3	4	5
26. Asisto a cultos o a ceremonias organizadas por mi comunidad religiosa	1	2	3	4	5
27. Participo de grupos de música religiosa (góspel, coros, etc) como parte de las prácticas de mi comunidad religiosa.	1	2	3	4	5
28. Leo libros o revistas religiosas	1	2	3	4	5

### ANEXO 03: Cuestionario de Autoestima

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
11..... siento que soy una persona digna de aprecio, al menos, en igual medida que los demás.				
12. Creo que tengo un buen número de cualidades				
13. En general me inclino a pensar que soy un(a) fracasado (a).				
14. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
15. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso (a) de mí.				
16. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a)				
17. En general estoy satisfecho conmigo mismo (a)				
18. Desearía valorarme más a mí mismo (a)				
19. A veces me siento verdaderamente inútil				
20. A veces pienso que no soy bueno en nada				

### ANEXO 04: Cuestionario de Funcionalidad Familiar

ÍTEMS	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.	1	2	3	4	5
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.	1	2	3	4	5
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.	1	2	3	4	5
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.	1	2	3	4	5
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.	1	2	3	4	5
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.	1	2	3	4	5
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.	1	2	3	4	5
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas según sean estas.	1	2	3	4	5
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.	1	2	3	4	5
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.	1	2	3	4	5
11. Nos sentimos muy unidos.	1	2	3	4	5
12. En nuestra familia los hijos también toman las decisiones.	1	2	3	4	5
13. Cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente.	1	2	3	4	5
14. En nuestra familia las reglas cambian según las circunstancias.	1	2	3	4	5
15. Con facilidad podemos planear las actividades en familia.	1	2	3	4	5
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.	1	2	3	4	5
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.	1	2	3	4	5
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.	1	2	3	4	5
19. La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20. En mi familia es difícil decir quien hace cada tarea doméstica	1	2	3	4	5

## ANEXO 05: CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Adultos)	
<i>Título del estudio :</i>	<i>Factores relacionados a los estilos de vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020</i>
<i>Investigador:</i>	<i>Pablo Raúl Iberico Meléndez Abidán Uziel Meza Arpasi</i>
<i>Institución :</i>	<i>Universidad Peruana Unión</i>

### Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para ver los factores relacionados a los estilos de vida en adultos asistentes a Iglesias Adventistas de Ñaña del distrito de Lurigancho-Chosica, 2020. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Peruana Unión, con el apoyo de la escuela profesional de medicina humana.

### DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos  
Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_