

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Nutrición Humana



Una Institución Adventista

Hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular en adultos denominacionales de un distrito de Lurigancho, Chosica, Lima, 2020

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en
Nutrición Humana

Por:

Flordelina Tapia Gonzáles

Asesor:

Lic. Tabita Lozano López

Lima, marzo de 2020

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Tabita Lozano López de la Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Nutrición Humana, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: **“Hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular en adultos denominacionales de un distrito de Lurigancho, Chosica, 2019”**

Constituye la memoria que presenta la bachiller **Flordelina Tapia Gonzáles** para aspirar al título de Profesional de Licenciada en Nutrición Humana 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 constancia en Lima, el 1 de abril del año 2020.



Tabita Lozano López



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 16 día(s) del mes de Julio del año 2020 siendo las 14:30 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado: Lic. Yaqelin Evelyn Calizaya Ulla, el secretario: Lic. Jackson Santillo y los demás miembros: Mgy. Mery Rodríguez Vásquez, Mgy. Silvia Mori Apolinario y el asesor: Lic. Tabita Elyda Lozano López

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: Hábitos alimentaria, IMC y riesgo cardiovascular en adultos denominaciones de un distrito de Luniganchos Chosica, Lima, 2020

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Fladelina Tapia González b)

conducente a la obtención del título profesional de Licenciada en Nutrición Humana (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)/a(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):

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Handwritten values: Aprobado, 16, B, Bueno, Muy Bueno.

Candidato (b):

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Empty handwritten values.

(*) Ver parte posterior esta sustentación fue realizada de manera virtual u online personalia conforme al Reglamento General de Grados y Títulos

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.

Signature of Presidente

Signature of Secretario

Asesor

Miembro

Miembro

Candidato/a (a)

Candidato/a (b)

Dedicatoria

A mis amigas y amigos, así como a mis familiares.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por la fortaleza y la motivación que en cada momento me dio para cumplir esta meta académica; así mismo, mi sincero agradecimiento a todas las personas (amigas, amigos, familiares y docentes) que han contribuido para el desarrollo de la investigación.

Tabla de contenido

Dedicatoria	IV
Agradecimiento	V
TÉRMINOS USADOS	VIII
RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	11
MATERIALES Y MÉTODOS	13
Lugar de ejecución del estudio.	13
Población y muestra	13
1.1 Criterios de inclusión.....	13
1.2 Criterio de exclusión	13
Características de la muestra.	13
Diseño y tipo de investigación	13
Instrumentos y técnicas de recolección de datos	13
1.3 Instrumentos de recolección de datos	13
1.4 Técnica de recolección de los datos.....	15
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	16
CONCLUSIÓN	20
RECOMENDACIONES.	20
REFERENCIAS	20
ANEXOS	24

ANEXO 1: TABLAS DE RESULTADOS	24
Tabla I. Características de la muestra	24
Tabla II. Hábitos alimentarios en adultos denominacionales.....	24
Tabla III. IMC en adultos denominacionales.....	25
Tabla IV. IMC y género en adultos denominacionales.....	25
Tabla V. IMC y edad en adultos denominacionales.....	25
Tabla VI. Riesgos cardiovasculares en adultos denominacionales	26
Tabla VII. Riesgo cardiovascular y género en adultos denominacionales	26
Tabla VIII. Riesgo cardiovascular y edad en adultos denominacionales	26
Tabla VIII. Correlación entre los hábitos alimentarios, IMC y Riesgo cardiovascular en adultos denominacionales	27
ANEXO 2: FICHA DE EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA.....	28
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS.....	29
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	32

TÉRMINOS USADOS

- Edad: Número de años de vida de la persona.
- Género: Hace referencia a Masculino o femenino.
- Adulta o adulto: Es la persona cuya edad es referida en días, meses o años.
- Peso: es la medida de un cuerpo que es calculado en cantidad que se expresa en gramos o en kilogramos.
- Talla: medida que se toma en posición vertical desde el vértice de la cabeza hasta los talones, expresada en metros y centímetros.
- Circunferencia de cintura (CC): medida que se toma en posición vertical, ubicado entre el tórax y la cadera, la toma de esta medida es entre el borde inferior de la última costilla y la cresta iliaca, la medida es en centímetros
- Índice de Masa Corporal (IMC): es un indicador de la relación entre el peso y la talla que se calcula dividiendo el peso en kilogramos, por talla al cuadrado expresado en metros (Kg/m^2).
- Sobrepeso: Es un peso superior a lo esperado.
- Obesidad: Es la acumulación anormal y excesivo del tejido adiposo.
- Enfermedades cardiovasculares (ECV) son alteraciones producidos en el corazón por acumulación de placas de ateroma en las paredes de los vasos sanguíneos que producen endurecimiento de las arterias.
- Estilos de vida saludable: Hace referencia a la forma de vivir de la persona adulta, cuyos patrones de conducta o hábitos promueven y protegen la salud de la familia y sociedad.
- Organización Mundial de la Salud (OMS): Organismo que vela por la salud integral, a nivel mundial.

RESUMEN

Introducción y objetivo: el sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular son manifestaciones de un estado nutricional inadecuado y, en los adultos, constituye un problema de salud pública en el mundo. El objetivo es determinar la relación entre hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular en adultos denominacionales.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo-correlacional, considerando una muestra de 190 adultos de 18 a 59 años de edad. Se utilizó dos instrumentos: una encuesta de Hábitos Alimentarios, que previamente fue elaborada, adaptada y validada, en la que se consideró: número y frecuencia de consumo de comidas principales, lugar donde se consumen los alimentos, compañía a la hora de la alimentación, tipo de preparación de las comidas, consumo de refrigerios, consumo de azúcar, consumo de bebidas, horarios y tiempo para el consumo de alimentos; y una ficha de Evaluación antropométricas en la que se registró: el peso, talla y la circunferencia de cintura; además, se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) y el riesgo cardiovascular. **Resultados:** los resultados revelan que los adultos tienen adecuados hábitos alimentarios y un IMC, dentro del rango normal. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios con el IMC ($p=0.000$) y riesgo cardiovascular ($p=0.013$); además, se encontró correlación entre IMC y riesgo cardiovascular ($p=0.000$) en los adultos denominacionales.

CONCLUSIÓN: Existente relación significativa entre hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular en los adultos denominacionales

PALABRAS CLAVES: Hábitos alimentario, IMC, riesgo cardiovascular, adulto joven, adulto medio, denominacionales.

ABSTRACT

Introduction: overweight, obesity and cardiovascular risk are manifestations of an inadequate nutritional status and, in adults, it constitutes a worldwide public health problem. The aim is to determine the relationship between eating habits, Body Mass Index (BMI) and cardiovascular risk in denominational adults. Methods and materials: a descriptive-correlational method was used, including a sample of 190 adults between 18 and 59 years old. Two instruments were used: a Food Habits survey, which was previously prepared, adapted and validated, which considered: number and frequency of main meal consumption, place where meal is consumed, company at the time of consumption, type of meal preparation, snack consumption, sugar and drink consumption, schedule and time for meal consumption; and an anthropometric evaluation sheet considering weight, height and waist circumference; in addition, BMI and the cardiovascular risk. Results: Results reveal that adults have adequate eating habits and a BMI, within normal range. A Statistically significant correlation was found between eating habits with BMI ($p = 0.000$) and cardiovascular risk ($p = 0.013$); Furthermore, a correlation was found between BMI and cardiovascular risk ($p = 0.000$) in denominational adults.

Keywords: Eating habits, Body mass index, cardiovascular risk, young adult, adult medium, denominational.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y obesidad son enfermedades crónicas, consideradas un problema de salud pública a nivel mundial, por lo que favorece el desarrollo de enfermedades metabólicas como: diabetes, arterosclerosis, hipertensión arterial y dislipidemias; causantes de enfermedades cerebro vasculares y cardiovasculares (ECV) (alteraciones producidas en el corazón, un órgano muscular encargado de enviar y recibir la sangre), debido a la acumulación de placas de ateromas a nivel de las paredes de los vasos sanguíneos, produciendo endurecimiento de las arterias que es la causa principal de infarto del miocardio, así como del accidente cerebro vascular (ACV), y como consecuencia produce discapacidad y muertes prematuras (1,2).

Así mismo, el sobrepeso y obesidad promueven el desarrollo de enfermedades no metabólicas como: algunos tipos de cánceres, enfermedades osteomusculares, apneas obstructivas del sueño, entre otras. Los hábitos alimentarios no saludables son una de las causas principales que producen disminución de la calidad y expectativa de vida, así como de las funciones físicas del individuo (1–3).

Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2017, informó que, 2.8 millones de personas adultas mueren cada año, a causa del sobrepeso y obesidad; así mismo, declaró que desde el año 1975, este problema de salud se había triplicado (4); por consiguiente, el año 2016 reportó que más de 1.900 millones de personas, de 18 años a más, presentaron sobrepeso y más de 650 millones fueron obesos (39 % sobrepeso, el 13 % obesidad). Dichos datos fueron menores al año 2015, que fue de 2,300 millones con sobrepeso y 700 millones con obesidad (1). Así mismo, el año 2018, esta misma organización, informó que, cada año mueren 17.9 millones de personas debido a las enfermedades cardiovasculares (5).

Por lo que en España, según el Instituto Hospital del Mar d'Investigacions Mediques (IMIM) y Médicos del Hospital del Mar, para el año 2030, habrían 27 millones de adultos españoles con problemas de sobrepeso y obesidad, donde el 80 % serían hombres y el 55 % mujeres (6).

Por su parte, el Ministerio de salud de Chile, a través de la Encuesta Nacional de Salud realizado por el departamento de epidemiología en los años 2016-2017 sobre el estado nutricional del país, encontró que el 39.8 % tenían sobrepeso y el 33.4 % obesidad, en comparación a un 1.3 % de bajo peso y un 24.5 % con peso normal (7).

Del mismo modo, en el Perú, el año 2019, el 70% de las personas adultas, entre hombres y mujeres, padecieron sobrepeso y obesidad. La causa principal de este problema de salud, fueron los malos hábitos alimentarios (8). Referente al riesgo cardiovascular, según los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para el año 2018, se estimó que, el 41.2% de la población de 15 años a más tuvieron un alto riesgo cardiovascular, donde las mujeres presentaron más prevalencia (60.4%), en comparación a los varones, cuya prevalencia fue de 21,4%. En cuanto a los áreas de residencia, en el área urbano se registró una mayor prevalencia (44.%), que en el área rural (28.2%) (9).

Por lo tanto, los datos epidemiológicos encontrados, tanto a nivel mundial, nacional, regional y local, son evidencias claras que el sobrepeso y obesidad, así como una circunferencia de cintura por encima de los valores recomendados, son un grave problema de salud pública desde inicios del siglo XXI que necesita ser abordado con urgencia, donde los hábitos alimentarios y las prácticas de estilos de vida son los factores a modificar en la solución de dicho problema de salud (10).

Por ello, el sobrepeso y obesidad representa una carga económica muy alta a nivel sanitario y educativo, tanto para el estado y la sociedad; así, la prevención de la misma en las diferentes etapas de la vida ayudarían a reducir dichas cargas y costos, promoviendo mejoras en la salud física, psicológica y social del individuo, lo cual redundaría en su productividad (11,12). Por todo lo expuesto, se decidió llevar a cabo esta investigación con la finalidad de determinar la relación entre hábitos alimentarios con el sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular, en adultos de 18 a 59 años de edad.

A partir de lo expuesto, surge la pregunta ¿Existe relación entre los hábitos alimentarios con el sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular en los adultos denominacionales del distrito de Lurigancho, Chosica,

MATERIALES Y MÉTODOS

Lugar de ejecución del estudio.

El presente estudio, se realizará en un distrito de Lurigancho, Chosica, Lima, Perú, carretera central, Km 19.5 Ñaña Chosica

Población y muestra

La población sujeto de estudio fueron adultos miembros de una denominación religiosa conformado por 500 miembros. La muestra estuvo conformada por 190 adultos entre las edades de 18 a 59 años, elegidos por muestreo no probabilístico a manera intencional y cumpliendo los criterios de inclusión y de exclusión

1.1 Criterios de inclusión.

- Personas de 18 a 59 años de edad.
- Personas que hayan firmado el consentimiento informado y haber brindado información completa
- Personas que no tengan ninguna discapacidad

1.2 Criterio de exclusión

- Personas que por primera vez visitan la denominación religiosa.
- Personas con problemas de retención de líquidos (edemas o ascitis).
- Mujeres gestantes.

Características de la muestra.

El 59.5 % de la muestra de los adultos denominacionales fueron del género femenino (Tabla 1), el rango de edad más prevalente fue entre 38 a 56 años (58.4 %), el mayor porcentaje fueron de estado civil casado (58.4 %), así mismo, el mayor porcentaje fueron procedentes de la costa (35.3 %).

Diseño y tipo de investigación

El estudio realizado tiene un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental porque no se manipuló ninguna variable, de corte transversal porque los datos se recopilaron en una sola ocasión, en un periodo de tiempo determinado y descriptivo correlacional porque busco describir y correlacionar las variables de estudio.

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

1.3 Instrumentos de recolección de datos

1.3.1 Encuesta de hábitos alimentario

Para determinar los hábitos alimentarios, se realizó mediante un cuestionario sobre Hábitos Alimentarios (Anexo 2), el cual fue adaptado y validado por Ferro y Maguiña en el año 2012 (13), a partir de un cuestionario de hábitos alimentarios diseñado en Estados Unidos en el año 2007. Este instrumento fue modificado, adaptado y validado por juicio de 6 expertos (3 magister y 3 licenciados en Nutrición Humana) previo a una prueba piloto, aplicado a un grupo de 49 personas entre 18 a 59 años de edad, dando una fiabilidad de 0.923 del alfa de Cronbach y recibiendo un puntaje de 1.00 (V de Aiken) indicando una adecuada validez. El instrumento comprende de 27 ítems y compuesto por los siguientes indicadores: número de comidas y frecuencia de consumo de comidas principales, lugar donde se consume los alimentos, compañía a la hora de la alimentación, tipo de preparación de las comidas, consumo de refrigerios, consumo de azúcar, consumo de bebidas, horarios y tiempo para el consumo de alimentos. La misma que fue aplicada en el presente estudio.

1.3.2 Ficha técnica de evaluación antropométricos

a. Determinación del IMC y Riesgo Cardiovascular

La determinación del IMC de los participantes, se realizó de acuerdo a la guía técnica para la evaluación nutricional de la persona adulta por el Ministerio de Salud (10), y los parámetros establecidos por el CDEEO (Sociedad Española para el Estudio de la obesidad) del año 2007 que fue adaptado por María López y Alfonso Soto, el año 2010 (14). En la determinación del peso, se utilizó una balanza digital, calibrada, marca Seca, con capacidad de 200 kg y en la determinación de la talla, se utilizó un tallímetro de madera movable, con sensibilidad de 0.1 centímetros (cm), capacidad máxima de 200 cm y una base de 25 cm de ancho. Así mismo, para calcular el IMC, se utilizó el índice de Quételet, cuya clasificación son: un IMC menor de 18.5 desnutrición; IMC 18.5 a 24.9 Normal; IMC 25.0 a 26.9 Sobrepeso Grado I; IMC 27.0 29.9 Sobrepeso Grado II; IMC 30 a 34.9 Obesidad

Grado I; IMC 35.0 a39.9 Obesidad Grado II; IMC 40.0 a 49.9 Obesidad Grado III; IMC más de 50 Obesidad Mórbida.

b. Determinar el riesgo cardiovascular

En la determinación del riesgo cardiovascular de los participantes, se llevó a cabo la medición de la circunferencia de cintura, con una cinta métrica metálica (Lufkin) de una longitud de 2 metros, con unidades de centímetros y milímetros, siguiendo la técnica establecida en la Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica 2012 (10), cuya clasificación es: en varones menor de 94 cm Bajo Riesgo; igual o mayor a 94 cm Alto Riesgo; igual o menor a 120 cm Muy Alto Riesgo y en mujeres, menor de 80 cm Bajo Riesgo; igual o mayor a 80 cm Alto Riesgo; igual o mayor a 88 cm Muy Alto Riesgo.

1.4 Técnica de recolección de los datos.

Para medir los hábitos alimentarios, la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento fue un cuestionario de hábitos alimentarios. Para la recolección de los datos antropométricos se usó la técnica, medición de la composición corporal.

RESULTADOS

En la tabla 1, se observa el mayor porcentaje (59.5 %) de las personas correspondiente al género femenino; así mismo, se aprecia que el 58.4 % se encuentran entre las edades de 30 a 56 años, el 58.4 % fueron de estado civil casado y el 35.3 % fueron procedentes de la costa.

En cuanto a los hábitos alimentarios de la tabla 2, se observa que el 70.0 % de las personas tienen adecuados hábitos alimentarios y solo el 30.0 % tienen inadecuados hábitos alimentarios; por consiguiente, en la tabla 3, se observa un mayor porcentaje (57.9 %) de IMC normal (33.2 % sobrepeso y 8.9 % obesidad); así mismo, la tabla 4 muestra que el género femenino presenta una mayor proporción (65.5 %) de IMC normal, el 29.2 % sobrepeso y el 5.3 % obesidad; a diferencia del género masculino, el 46.8 % con IMC normal, el 39 % sobrepeso y el 14.3 % de obesidad; en la tabla 5, se evidencia que las edades entre 18 a 29 años presentan un 72.2 % de IMC Normal, 24.1 % con sobrepeso y el 3.8 % de obesidad a diferencia a las edades entre 30 a 56 años presentan el 57.9 % de IMC normal, 39.6 % con sobrepeso y 12.6 % de obesidad.

Referente al riesgo cardiovascular, en la tabla 6, del total de los adultos evaluados, el 62.1 % presentan un riesgo cardiovascular bajo, el 27.4 % alto riesgo y un 10.5 % riesgo muy alto; de los cuales, el género femenino presenta el 61.1 % bajo riesgo cardiovascular, el 21.2 % alto riesgo, el 17.7 % muy alto riesgo; de la misma forma, en la tabla 7 se observa que el género masculino presenta el 63.6 % bajo riesgo, 36.4 % alto riesgo más que el género femenino; así mismo, en la tabla 8, riesgo cardiovascular y edad, se observa que las edades entre 18 a 29 años, el 77.2 % tiene bajo riesgo, el 19.0 % alto riesgo, 3.8 % muy alto; a diferencia del grupo entre 30 a 56 años, el 51.4 % presenta un bajo riesgo cardiovascular, 33.3 % alto riesgo, y 15.3 % muy alto riesgo.

Al realizar el análisis de correlación entre las variables en estudio (tabla 9) se aprecia una relación estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular de los adultos denominacionales en un distrito de Lurigancho, Chosica, 2020 (p 0.05)

DISCUSIÓN

Los resultados evidenciados en este estudio han demostrado una relación estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios e IMC. Resultados similares fueron encontrados por Cervera et al (15); quienes observaron una relación estadísticamente, entre hábitos alimentarios e IMC. Así mismo, Rodríguez et al (16), evidenció una alta asociación, entre hábitos alimentarios y estado nutricional, según IMC y circunferencia abdominal en docentes de una universidad de Guatemala. De la misma manera, Navarro et al (17) observaron que los hábitos alimentarios de su población de estudio (estudiantes universitarios) presentó una alta asociación entre el estado nutricional y Hábitos alimentarios. Estos resultados son congruentes con diversos estudios similares realizados previamente en poblaciones adultas (18–20). Sin embargo, estos resultados se difieren con los encontrado por Catacora et al, quienes no encontraron correlación significativa entre hábitos alimentarios e IMC en su población de estudio (21). Cabe mencionar que una de las posibles razones por las cuales existe esa ausencia de asociación sería el tamaño de la muestra.

Referente a las variables, hábitos alimentarios y riesgo cardiovascular, en nuestro estudio, se evidenció una relación estadísticamente significativa. Resultados similares fueron encontrados por Catacora et al; donde evidenciaron

relación estadísticamente significativa entre hábitos alimentarios y riesgo cardiovascular (21). De la misma manera, Jiménez en su población de estudios, encontró una inadecuada ingesta alimentaria asociada al riesgo cardiovascular. Por su parte, Agudelo et al, en un estudio similar, encontraron una alta relación entre hábitos alimentarios y riesgo cardiovascular (RCV) (22).

En este estudio, se encontró un mayor porcentaje de un IMC normal en mujeres. Se evidenció una correlación estadísticamente significativa entre IMC y hábitos alimentarios, así como de riesgo cardiovascular, el cual significa, que un IMC alto está asociado con los hábitos alimentarios inadecuados. Los resultados mencionados son semejantes a lo reportado por Rodríguez et al (23), donde evidenciaron, que un IMC dentro de los valores normales está asociado a adecuados hábitos alimentarios. Así mismo, en la investigación realizada por Navarro et al (17), encontraron resultados similares, en la que el IMC está correlacionado con los hábitos alimentarios. Sin embargo, estos estudios se contrastan por los informado por Palomino et al (18), quienes encontraron que más de la mitad de su población de estudio presentaron exceso de peso. Así mismo, Agudelo et al (22) encontraron resultados semejantes, en los que la mayor proporción de los encuestados presentó exceso de peso en comparación a los resultados encontrados por Cervera et al (15) y Puente et al (24), no encontraron relación estadísticamente entre IMC y hábitos alimentarios, a pesar que el grupo en estudio no presentó adecuados hábitos alimentarios; sin embargo, sí encontró una relación estadísticamente entre riesgo cardiovascular y hábitos alimentarios.

Nuestros hallazgos y los encontrados en los estudios antes mencionados, son consistentes. Las altas tasas de sobrepeso y obesidad podrían deberse a diversos factores como, una nula o escasa educación alimentaria y nutricional; además de una alta promoción de alimentos de alta densidad energética a través de los medios de comunicación, así como también a una mayor disponibilidad y el acceso a los mismos, tanto en áreas rurales y urbanas, donde se llevaron a cabo estos estudios, los cuales podrían ser un elemento explicativo (11,25). Tanto la educación alimentaria nutricional y de promoción de la salud, por los diversos medios de comunicación, suponen un grave riesgo en el estado nutricional y los hábitos alimentarios de la población en general (24). Cabe mencionar que, en los adultos con sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular,

se puede evidenciar una repercusión negativa en la capacidad física y su calidad de vida, con graves consecuencias en las habilidades locomotoras (1,26), siendo que la asociación entre IMC y una circunferencia de cintura por encima de los valores referenciales, debido a una excesiva ingesta de alimentos con alto contenido calórico, el cual afecta su salud y por ende el desempeño y rendimiento laboral (27).

Asimismo, este estudio evidencia relación significativa entre IMC, riesgo cardiovascular y etapa etaria. Hallazgos similares encontraron en un estudio llevado a cabo por Navarro et al, quienes encontraron que el IMC normal se correlacionó significativamente a la edad (17). Un IMC y una circunferencia abdominal adecuada, está asociado al nivel de conocimiento sobre una alimentación saludable. Esto se vio reflejado en los resultados de un estudio similar realizado por Catacora et al (21), en el que las personas tenían un pobre conocimiento alimentario que repercutía en su IMC y en su circunferencia abdominal (23). Además, las evidencias científicas sugieren que la etapa del adulto joven, tienen significativamente una mayor actividad física y por ende tienen mayor desgaste energético, así como una mejor respuesta metabólica, en comparación con aquellos personas de mayor edad (29). Los hallazgos de Carrión et al, lo corroboraron, donde la mayoría de los participantes adultos jóvenes (18 a 25 años), tuvieron un IMC normal y un adecuado hábito alimentario (30). Por lo tanto, un alto nivel de conocimiento sobre la importancia de una alimentación saludable, ofrece al individuo la oportunidad de alimentarse de manera saludable, tanto en calidad y en cantidad, constituyéndose como una herramienta importante en la prevención de la malnutrición por exceso, en las diferentes etapas de la vida (25). En cambio, un pobre nivel de conocimiento sobre una alimentación saludable, se convierte en un problema a nivel sanitario, económico y laboral (31). Estudios muestran, que las personas con un mayor nivel de conocimiento pueden tomar mejores decisiones respecto al cuidado de su salud, en comparación a aquellos con un bajo nivel de conocimiento. Además, se sugiere que el ingreso económico y un ambiente socioeconómico favorable, así como un poder adquisitivo y una mejora en la promoción de alimentos, a través de los medios de comunicación, juegan un papel importante en el mantenimiento de un peso y una circunferencia abdominal saludable, que son indicadores del estado nutricional (26).

Cabe mencionar que, el sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular son un problema de salud pública, que afectan a todas las clases sociales y que podría deberse, a la fácil adquisición de alimentos industrializados, de bajo costo y de mala calidad nutricional, así como al aumento de las actividades sedentarias (1,2); explicarían el exceso de peso en las distintas clases sociales y etapas etarias; así mismo, los alimentos industrializados provocarían una disminución en la adquisición de alimentos de buena calidad nutricional (frutas, verduras, cereales integrales y de frutos secos) (31), sumando otros factores relacionadas como la genética, problemas hormonales, psicológicas entre otras. Todos estos factores contribuyen negativamente en el IMC y circunferencia abdominal de las personas. De hecho, cuanto peor es la situación del conocimiento alimentario de las personas, mayores son los riesgos de enfermedades crónicas como lo son el sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular entre otras (26). En cambio, una educación nutricional fomenta hábitos alimentarios saludables, con mejores condiciones de salud, menor riesgo a desarrollar enfermedades crónicas y sus complicaciones en prevención de muertes prematuras (32).

Por otro lado, es importante resaltar, que las etapas de adulto joven y adulto medio, son etapas de mayor productividad, tanto a nivel reproductivo, académico, laboral y laboral/académico; estas tres últimas condiciones con horarios exigentes y muy variados, no permite a la gran mayoría de las personas, establecer o mantener hábitos alimentarios saludables con horarios establecidos para cada comida, repercutiendo negativamente en la formación y el mantenimiento de los mismos y por ende su salud (29,33). Hallazgos congruentes fueron encontrados por Duran et al (28); en su población de estudio, la mayoría presentó exceso de peso y malos hábitos alimentarios. A diferencia de lo reportado por Cervera et al (15), donde la mayoría presentó un IMC normal y hábitos alimentarios adecuados. Estas grandes diferencias de resultados podrían deberse al tamaño de la muestra.

También, es importante considerar que, un adecuado conocimiento y práctica de una alimentación saludable, puede ayudar a establecer y promover hábitos alimentarios saludables en las diferentes etapas de la vida, por lo cual es necesario concientizar y brindar educación alimentaria y nutricional, siendo que, un adecuado conocimiento sobre una alimentación saludable, infiere positivamente en la salud y vida productiva de la actual y futura sociedad (3,34)

CONCLUSIÓN

- Se evidencio, que los hábitos alimentarios, de los adultos denominacionales, fueron adecuados, con baja prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como de un bajo riesgo cardiovascular.
- Este estudio, muestra una relación significativa, entre hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular en los adultos denominacionales.
- Esta investigación, se suma a las evidencias disponibles que vinculan al sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular, con los hábitos alimentarios; poniendo énfasis en las consecuencias atribuidas al exceso de peso y riesgo cardiovascular, con discapacidad y muertes prematuras.

RECOMENDACIONES.

- Priorizar y realizar, más estudios sobre la asociación entre, hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular y su impacto en la salud a corto, mediano y largo plazo, en esta misma denominación, pero en otras zonas geográficas y en diferentes clases sociales.
- Realizar este tipo de estudio en otros grupos denominacionales que permitan tener más evidencias disponibles.
- La aplicación de programas de educación alimentaria sobre hábitos alimentarios saludables; como pilar del desarrollo integral de cada individuo y a la vez, este lo fomente dentro y fuera del hogar, ciudad y/o país de origen, como parte de su estilo de vida saludable o cultura preventiva.

Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:

El trabajo de investigación fue autofinanciado por su autora quien además declara que no hay conflictos de intereses potenciales

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Ginebra; 2020 [cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 resumende orientación. Ginebra; 2010.

3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra; 2019. Available from: file:///D:/Fundamentacion/Nueva carpeta/ECNT.pd
4. Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud advierte que el rápido incremento del sobrepeso y la obesidad amenaza aumentar las cardiopatías y los accidentes vasculares cer. Ginebra; 2015.
5. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. Ginebra; 2017.
6. Organización mundial de salud. Sobrepe y obesidad 2018. Ginebra; 2018.
7. Ministerio de Salud G de C. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 primeros resultados. [Internet]. Vol. 83, Biochemistry and Cell Biology. 2005 [cited 2019 Jul 10]. 61 p. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Cerca del 70 % de adultos Peruanos padecen de Obesidad y sobrepeso [Internet]. Lima-Perú; 2019 [cited 2020 Mar 5]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
9. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. El 37 % de las personas de 15 y más años de edad tienen sobrepeso y el 22.7 % tienen obesidad en el año 2018. Lima-Perú; 2018.
10. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. Lima, Perú; p. 36.
11. Cordova, JA. Barriguete, JA. Rivera, ME. Lee GCM. Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectivas. 2010 [cited 2019 Jul 26];6. Available from: www.medigraphic.org.mx
12. Villena Chávez JE. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2017;63(4):593–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400012%0Ahttp://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a12v63n4.pdf
13. Ferro, RA. Maguiña V. Relación entre hábitos alimentarios e índice de masa corporal en estudiantes de una universidad pública según área de estudio. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
14. López, MJ. Villata. Soto A. Actualización en Obesidad. Cad Aten Primaria [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 10];17(January 2010):101–7. Available from: https://www.agamfec.com/antiga2013/pdf/CADERNOS/VOL17/vol_2/Para_saber_de_01_vol17_n2.pdf
15. Cervera, F. Serrano, R. Daouas, T. Delicado AGM. Hábitos alimentarios y evaluación nutricional en una población universitaria tunecina. Nutr Hosp. 2014;30(6):9.

16. Rodríguez D. Relación del sobrepeso y obesidad con los hábitos alimentarios y actividad física en docentes. Estudio realizado en el campus central de la Universidad Rafael Landívar. Guatemala. 2018. Vol. 2, Высшей Нервной Деятельности. Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Nutrición; 2018.
17. Navarro, AR. Vera, O. Munguía, P. Àvila, R. Lazcano, M. Ochoa CHP. Hábitos alimentarios en una población de jóvenes universitarios (18-25 años) de la ciudad de Puebla. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2017;23:7.
18. Palomino, G. Isidra G. Hábitos alimentarios y estado nutricional según índice de masa corporal en personal policial de la comisaria Villa los Reyes, Ventanilla, Callao-2019 [Internet]. 2018. Available from: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17344/lzquierdo_RS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Yahia, N. Achkar, AI. Abdallah, A. Rizk S. Eating habits and obesity among Lebanese university students. Nutr J. 2008;7(1):16.
20. Ramírez, C. Silva L. Hábitos alimentarios y su relación con el índice de masa corporal en trabajadores administrativos de la Universidad Nacional de San Martín- Tarapoto; mayo-noviembre 2018. Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto; 1390.
21. Catacora P. Quispe, EY. Enrique B. Hábitos alimentarios y su relación con el riesgo cardiovascular y estado nutricional en estudiantes ingresantes las carreras de ciencias de la salud de la Universidad Nacional de San Martín 2017 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4783/NUcaphye.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Agudelo, JF. Mora, B. Posada M. Hábitos alimenticios y riesgo cardiovascular en el Corregimiento de La Florida, Risaralda 2018. Cuad Investig semilleros Andin. 2019;12(12):9.
23. Rodríguez Arteaga D. Relación del sobrepeso y obesidad con los hábitos alimenticios y actividad física en docentes. Estudio realizado en el campus Central de la Universidad Rafael Landívar. Guatemala. 2018. 2018.
24. Puente D. Relación entre hábitos alimentarios y el perfil antropométrico de los estudiantes ingresantes a la Facultad de Medicina de una universidad pública, Lima, 2016 [Internet]. Universidad Mayor de San Marcos; 2016. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/11157/CCLM.pdf?sequence>
25. Horot PAC. Sobrepeso y Obesidad. Canales Psicol [Internet]. 2011;1(1):1–45. Available from: http://recursostic.educacion.es/newton/web/materiales_didacticos/mcientifico/aulametodocientifico.pdf%5Cnhttp://orton.catie.ac.cr/cgi-bin/wxis.exe/?IisScript=CAFE.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=001213

26. Tarqui, C. Alvarez, D. Espinoza P. Riesgo cardiovascular según circunferencia abdominal en peruanos. *An la Fac Med* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 10];78(3):5. Available from: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i3.13760>
27. Valmore, P. Beltrán Y. Aspectos básicos en obesidad [Internet]. Aspectos básicos en obesidad. Colombia; 2018 [cited 2019 Jul 26]. 88 p. Available from: <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2273/aspectosbasicosenobesidad.pdf?sequence=9&isAllowed=y>
28. Durán, S. Maraboli, M. Cubillos, G. Fernández F. Asociación entre hábitos alimentarios e índice de masa corporal normal en soldados chilenos. *Rev Esp Nutr Humana y Diet.* 2016;20(4):7.
29. Rivera, E. Fornaris, A. Ledesma, RM. María López del Rosario, GM. Pérez Y. Circunferencia abdominal y riesgo de enfermedades cardiovasculares. Consultorio 22. Policlínico Docente “Aleida Fernández Chardiet”. 2016. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 26];12. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2261>
30. Carrión, CC. Zavala I. El estado nutricional asociado a los hábitos alimentarios y el nivel de actividad física de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Sedes Sapientiae en el periodo 2016-II. Universidad Católica Sedes Sapientiae. Universidad Católica, Sede Sapientiae; 2018.
31. Morales Garsia Lorena I RLJC. La obesidad , un verdadero problema de salud pública persistente en México. *J Negat no Posit results* [Internet]. 2018;3(8):643–54. Available from: <http://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2544>
32. Perez C. “Perfil epidemiológico de la obesidad y el sobrepeso, principales comorbilidades en adultos, Hospital Referencial Ferreñafe 2018” [Internet]. *Medicina.* 2009 [cited 2019 Jul 10]. Available from: <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/4076/BC-TES-TMP-2894.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Mansilla M. Etapas del desarrollo humano. *Investig en Psicol* [Internet]. 2000 [cited 2019 Jul 14];3(2):12. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf/a08v3n2.pdf
34. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Ginebra; 2020.

ANEXOS

ANEXO 1: TABLAS DE RESULTADOS

Tabla I. Características de la muestra

Variable	N	%
Género		
Femenino	113	59,5%
Masculino	77	40,5%
Edad		
18 a 29 años	79	41,6%
30 a 56 años	111	58,4%
Estado civil		
Soltero	76	40,0%
Casado	111	58,4%
Conviviente	1	0,5%
Viudo	0	0,0%
Divorciado	2	1,1%
Lugar de procedencia		
Costa	67	35,3%
Sierra	61	32,1%
Selva	62	32,6%
Total	190	100,0%

Tabla II. Hábitos alimentarios en adultos denominacionales

Hábitos alimentarios	N	%
Inadecuado	57	30,0
Adecuado	133	70,0
Total	190	100,0

Tabla III. IMC en adultos denominacionales

IMC	n	%
Normal	110	57,9
Sobrepeso Grado I	37	19,5
Sobrepeso Grado II	26	13,7
Obesidad Grado I	17	8,9
Total	190	100,0

Rho de Spearman (p<.05); IMC = Índice de Masa Corporal

Tabla IV. IMC y género en adultos denominacionales

		Género		Total	
		Femenino	Masculino		
IMC	Normal	n	74	36	110
		%	67,3%	32,7%	100,0%
	Sobrepeso Grado I	n	20	17	37
		%	54,1%	45,9%	100,0%
	Sobrepeso Grado II	n	13	13	26
		%	50,0%	50,0%	100,0%
	Obesidad Grado I	n	6	11	17
		%	35,3%	64,7%	100,0%

Tabla V. IMC y edad en adultos denominacionales

		Edad		Total	
		18 a 29 años	30 a 56 años		
IMC	Normal	N	57	53	110
		%	51,8%	48,2%	100,0%
	Sobrepeso Grado I	N	13	24	37
		%	35,1%	64,9%	100,0%
	Sobrepeso Grado II	N	6	20	26
		%	23,1%	76,9%	100,0%
	Obesidad Grado I	N	3	14	17
		%	17,6%	82,4%	100,0%

Tabla VI. Riesgos cardiovasculares en adultos denominacionales

Riesgo cardiovascular	n	%
Bajo	118	62,1
Alto	52	27,4
Muy alto	20	10,5
Total	190	100,0

Tabla VII. Riesgo cardiovascular y género en adultos denominacionales

			Género		Total
			Femenino	Masculino	
Riesgo cardiovascular	Bajo	N	69	49	118
		%	58,5%	41,5%	100,0%
	Alto	N	24	28	52
		%	46,2%	53,8%	100,0%
	Muy alto	N	20	0	20
		%	100,0%	0,0%	100,0%

Tabla VIII. Riesgo cardiovascular y edad en adultos denominacionales

			Edad		Total
			18 a 29 años	30 a 56 años	
Riesgo cardiovascular	Bajo	N	61	57	118
		%	51,7%	48,3%	100,0%
	Alto	N	15	37	52
		%	28,8%	71,2%	100,0%
	Muy alto	N	3	17	20
		%	15,0%	85,0%	100,0%

Tabla VIII. Correlación entre los hábitos alimentarios, IMC y Riesgo cardiovascular en adultos denominacionales

			IMC	Riesgo cardiovascular
Rho de Spearman	Hábitos alimentarios	Coefficiente de correlación	-,262	-,179
		P	0.000	0.013
		N	190	190
	IMC	Coefficiente de correlación		,826
		P		0.000
		N		190

Anexo 2: Ficha de evaluación antropométrica

FICHA DE EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Título de la investigación.

Hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular, en adultos denominacioales de un Distrito de Lurigancho-Chosica-Lima-Perú-2020.

Objetivo.

Determinar la relación entre hábitos alimentarios, IMC y Riesgo Cardiovascular.

I. Datos generales para la Evaluacion Nutrición.

Apellidos y Nombre:		Fecha:
Edad:	Género:	Estado civil:
Lugar de prosedencia:		
Peso:	Talla:	Circunferencia de cintura:
Diagnóstico nutricional:		

BACHILLER EN NUTRICIÓN
FLORDELINA TAPAI G.

FICHA DE EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

Título de la investigación.

Hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular, en adultos denominacioales de un Distrito de Lurigancho-Chosica-Lima-Perú-2020.

Objetivo.

Determinar la relación entre hábitos alimentarios, IMC y Riesgo Cardiovascular.

I. Datos generales para la Evaluacion Nutrición.

Apellidos y Nombre:		Fecha:
Edad:	Género:	Estado civil:
Lugar de prosedencia:		
Peso:	Talla:	Circunferencia de cintura:
Diagnóstico nutricional:		

BACHILLER EN NUTRICIÓN
FLORDELINA TAPAI G.

Anexo 3: Cuestionario de Hábitos alimentarios

Hábitos alimentarios y relación con el sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular en adultos de Lurigancho-Chosica-2019

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PERSONAS ADULTAS

Nombres y Apellidos.....

Edad: Género

 F M

Este cuestionario ayudará a identificar los hábitos alimentarios de las personas adultas, para ello marca la alternativa que más se asemeja a tu realidad.

1. **¿Cuántas comidas principales consume habitualmente?**
 - a. Menos de 3 principales al día
 - b. 3 comidas principales al día
 - c. 4 a más comidas principales al día
2. **¿Cuántas veces a la semana toma desayuno?**
 - a. 1-2 veces por semana
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 5-6 veces por semana
 - d. Diario
 - e. Nunca
3. **Con frecuencia ¿Dónde consume su desayuno?**
 - a. Casa
 - b. Restaurante
 - c. Cafetín
 - d. Quiosco
 - e. Puesto de ambulante
4. **¿Con quién consume sus alimentos?**
 - a. En familia
 - b. Con amigos
 - c. Solo
5. **¿Cuál es la bebida que acostumbra a tomar con frecuencia en su desayuno?**
 - a. Leche y/o yogur
 - b. Jugo de frutas
 - c. Avena-quinua-maca-soya
 - d. Infusiones y/o café
 - e. No acostumbro ninguno
6. **¿Consume pan con frecuencia?**
 - a. Si
 - b. No
7. **¿Con que acostumbra acompañarlo?**
 - a. Queso, pollo, palta, aceituna.
 - b. Embutidos (hot dog, jamón)
 - c. Mantequilla o frituras (huevo, tortilla, camote)
 - d. Mermelada y/o manjar blanco
8. **En caso de no consumir pan ¿Come?**
 - a. Come Tubérculos (papa, camote, yuca, ollucos) y/o Cereales (mote, cancha, arroz y quinua graneada), menestras.
 - b. Otros
9. **Si consume pan ¿Qué tipo de pan consume?**
 - a. Pan integral.
 - b. Pan blanco.
 - c. Pan integral y pan blanco
10. **¿Qué es lo que acostumbra consumir a media mañana?**
 - a. Fruta enteras o frutos secos
 - b. Snacks y/o o galletas
 - c. Hamburguesa o sándwich
 - d. No acostumbro
11. **¿Qué bebida suele consumir durante el día?**
 - a. Agua pura
 - b. Refrescos o infusiones (te, manzanilla)
 - c. Jugos industrializados (cifrut, frugos)
 - d. Gaseosas, bebidas rehidratantes (Gatorade, sporade)
12. **¿Cuántas veces a la semana suele almorzar?**
 - a. 1-2 veces a la semana
 - b. 3-4 veces a la semana
 - c. 5-6 veces a la semana
 - d. Diario
 - e. Nunca
13. **Con frecuencia ¿Dónde consume su almuerzo?**
 - a. En casa
 - b. En el comedor universitario
 - c. En restaurante
 - d. Quiosco
 - e. En los puestos de ambulantes
14. **¿Qué tipo de preparaciones suele consumir mayormente en su almuerzo?**
 - a. Comida típica, casera o guisos
 - b. Comida light
 - c. Pollo a la brasa, pizza, pollo broaster, hamburguesa o papa rellena
15. **¿Qué es lo que acostumbra comer a media tarde?**
 - a. Fruta enteras o frutos secos (pecanas, nueces, almendras, pistachos)
 - b. Snacks y/o galletas
 - c. Hamburguesa o sándwich
 - d. No acostumbro con frecuencia
16. **¿Cuántas veces a la semana sueles cenar?**
 - a. 1-2 veces por semana
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 5-6 veces por semana
 - d. Diario
 - e. Nunca
17. **Con frecuencia ¿Dónde consume su cena?**

- a. En casa
 - b. En el comedor universitario
 - c. En restaurante
 - d. Traigo mi comida
 - e. En los puestos de ambulantes
18. **¿Qué suele consumir mayormente en su cena?**
- a. Comida típica, casera o guisos
 - b. Comida light
 - c. Pollo a la brasa, pizza, pollo broaster, hamburguesa, papa rellena o chifas.
 - d. No acostumbre cenar
19. **¿Con quién consume su cena?**
- a. En familia
 - b. Con amigos
 - c. Solo
20. **¿Qué tipo de preparaciones suele consumir con más frecuencia?**
- a. Guisados, sancochados, al horno o la plancha
 - b. Frituras, a la brasa y/o sopas instantáneas
21. **¿El huevo en qué tipo de preparación suele consumirlo más?**
- a. Sancochado y/o escalfado
 - b. Pasado
 - c. Frito
 - d. En preparaciones (chifa, arrebozado o tortilla)
22. **¿Con que bebidas suele acompañar las menestras o las comidas?**
- a. Bebidas cítricas (limonada o naranja)
 - b. Infusiones (anís, manzanilla, otras)
 - c. Gaseosas
 - d. Agua pura
23. **¿Suele consumir las menestras con ensaladas de verduras?**
- a. Si
 - b. No
24. **¿Cuántas cucharaditas de azúcar le agrega a su vaso y/o taza?**
- a. Ninguna
 - b. 1 cucharadita
 - c. 2 cucharaditas
 - d. Más de 3 cucharaditas
25. **¿Tiene horarios establecidos para cada comida?**
- a. Si
 - b. No

En las siguientes tablas Marque con una "X" en los ítems que más se asemejan a su realidad.

26. **¿Con cuanta frecuencia consume los alimentos que se presentan en la tabla.**

ALIMENTOS	ITEMS					
	Nunca	1-2 veces al mes	1-2 veces a la semana	Inter diario	Diario	OTROS
Leche / yogur						
Queso						
Res						
Pollo						
Pescado y/o Conserva de pescado						
Huevo						
Menestra (lentejas, pallares, garbanzos, frijol canario y otros)						
Verduras crudas						
Verduras cocinadas						
Frutas enteras o en ensaladas						
Frutas en jugos						
Tubérculos (papa, camote, yuca, ollucos otros)						

Cereales integrales (arroz, quinua, trigo, morón, avena, maíz, alpiste otros)						
Cereales refinados (fideos, pan, galletas)						
Frutos secos (pecanas, nueces, avellanas, pistachos, almendras, otros)						
Aceite de oliva, girasol, sacha inchi, maíz						
Aceite de palma, soya u otros						
Mantequilla / margarinas						
Azúcar / miel						

27. ¿Cuánto tiempo demora aproximadamente en

	ITEMS				
	Menos de 15 minutos	15 a 30 minutos	25 a 35 minutos	35 a 45 minutos	Más de 45 minutos
Desayunar?					
Almorzar?					
Cenar?					

Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN NUTRICIONAL

Título de la investigación: Hábitos alimentarios, IMC y riesgo cardiovascular, en adultos denominacioales de un Distrito de Lurigancho-Chosica-Lima-Perú-2020

Determinar la relación entre hábitos alimentarios, IMC y Riesgo Cardiovascular; a través de una evaluación antropométrica que consiste en pesar, tallar y medir la circunferencia de cintura y la aplicación de una encuesta sobre hábitos alimentarios como parte del procedimiento.

VALORACIÓN NUTRICIONAL:

Para esta actividad, medición del peso, talla y circunferencia de cintura. Se requiere de su participación; con la ropa más ligera posible, quitarse los zapatos y con el cabello sin trenzas ni moños.

APLICACIÓN DE UNA ENCUESTA:

En esta actividad, se requiere marcar una alternativa de cada ítems que considere correcto u adecuado según su realidad.

El procedimiento de la valoración nutricional y llenado del cuestionario no conlleva ningún riesgo para su salud, los resultado de la evaluación antropométrica se le será entregado al final de la investigación.

SI () NO () OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me realicen los procedimientos necesarios.

La información que se recoja será manejada de manera confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. La participación es voluntaria.

Desde ya le agradecemos por su participación.

Yo:....., identificada con DNI N°, declaro haber recibido y entendido la información brindada sobre el estudio de investigación y de los procedimientos de evaluación que me realizarán.

Firmo el presente en pleno uso de mis facultades mentales y comprensión del presente, el mismo que deberá ser registrado por el personal de salud en forma obligatoria.

Firma del participante

N° DNI