



3. Relación entre estilo de vida, circunferencia de cintura e índice de masa corporal en pastores adventistas

Relationship between lifestyle, waist circumference and body mass index in Adventist pastors

Eliana Noemí Gutiérrez Olivares

Facultad de Ciencias de la Salud y Facultad de Teología

Universidad Adventista del Plata

Libertador San Martín, Entre Ríos

eliana.gutierrez@uap.edu.ar

Jesica Mariel Otero

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Adventista del Plata

Libertador San Martín, Entre Ríos

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Rosario

Rosario, Santa Fe

jesica.otero@uap.edu.ar

Recibido: 14 de junio de 2023

Aceptado: 1 de agosto de 2023

Resumen

Los adventistas del séptimo día son promotores de un estilo de vida saludable y han dedicado especial atención al estudio del estilo de vida en individuos que profesan la fe adventista y en no adventistas. Sin embargo, el Adventist Health Study muestra, entre otros hallazgos, que el porcentaje de obesidad y sobrepeso es similar entre la población de adventistas y no adventistas. El presente estudio se propone estudiar la relación entre el estilo de vida, circunferencia de cintura e índice de masa corporal en pastores adventistas con residencia en Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina. El instrumento usado fue una encuesta diseñada en formulario de Google. El diseño es de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. A partir de los



resultados obtenidos, se lograron identificar las características de la población y componentes del estilo de vida pastoral, entre los cuales se encontró que la mayoría de la población estudiada tiene sobrepeso y obesidad de grado I y un puntaje de estilo de vida categorizado como “regular”.

Palabras claves

Estilo de vida – Circunferencia de cintura – Índice de masa corporal – Pastores – Adventista

Abstract

Seventh-day Adventists are promoters of a healthy lifestyle and have devoted special attention to the study of lifestyle in individuals professing the Adventist faith and in non-Adventists. However, the Adventist Health Study shows, among other findings, that the percentage of obesity and overweight is similar between the Adventist and non-Adventist population. This study aims to study the relationship between lifestyle, waist circumference and body mass index in Adventist pastors residing in Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina. The instrument used was a survey designed in Google Forms. The design was descriptive, retrospective, and cross-sectional. Based on the results obtained, it was possible to identify the characteristics of the population and components of the pastoral lifestyle, among which it was found that most of the studied population is overweight and grade I obese, and a lifestyle score categorized as “regular”.

Keywords

Lifestyle – Waist circumference – Body mass index – Pastors – Adventist

Introducción

El término “estilo de vida” se origina en la psicología y la sociología. Sin embargo, sobre este tema, Max Weber trabajó los aspectos socioeconómicos y también las conductas de vida que se manifiestan en decisiones, dentro de las oportunidades que están al alcance, en un contexto específico; mientras que Marc Lalonde introdujo el concepto de estilo de vida como uno de los determinantes de salud.¹

¹ Sylvia Vargas Oreamuno, “Los estilos de vida en salud”, disponible en <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Los%20estilos%20de%20vida%20en%20la%20salud.pdf> (consultado el 6 de abril de 2022); Mike M. Nawas, “Estilo de vida”,

Según Mendoza, “el estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo”, mientras que Wenzel y Nutbeam definieron el estilo de vida como “el fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo”.²

El estudio del estilo de vida posibilita el acercamiento a la realidad de los diferentes grupos poblacionales, recauda información relevante sobre diversidad cultural, costumbres, calidad de vida en lugares, rutinas de trabajo y factores de riesgo, que en muchos casos pueden ser modificables.³

Los adventistas del séptimo día promocionan un estilo de vida saludable (basado en el respaldo bíblico, consejos de Ellen White y el aval científico) y han dedicado especial atención al estudio del estilo de vida en individuos que profesan la fe adventista y también en no adventistas.⁴ Lo curioso del Adventist Health Study es que, entre los hallazgos, muestra que el porcentaje de obesidad y sobrepeso es similar entre la población de adventistas y la de no adventistas,⁵ por lo que puede ser importante tener en cuenta que el cuidado de la salud es fundamentalmente una

Revista Latinoamericana de Psicología 3, n.º 1 (1971): 91-107, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80503105>.

- ² Ramón Mendoza Berjano, María Reyes Sagrera Pérez y Joan Manuel Batista Foguet, *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud, 1986-1990* (Madrid: Editorial CSIC, 1994), <https://books.google.com.pr/books?id=vCmq0DCZBSEC&printsec=frontcover>.
- ³ Adolfo Rubinstein et al., “Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 27, n.º 4 (2010): 237-245, https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_atachs/6387.pdf; Ismael Morales Ojeda et al., “Estilo de vida en trabajadores de la Universidad Adventista de Chile”, *Revista Horizonte* 9 (suplemento 2018), <http://revistahorizonte.ulagos.cl/index.php/horizonte/article/view/128>.
- ⁴ Rocío V. Gili et al., “Healthy lifestyle practices among Argentinian vegetarians and non-vegetarians”, *Nutrients* 11, n.º 1 (2019), <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/1/154>.
- ⁵ Arnold Vang et al., “Meats, processed meats, obesity, weight gain and occurrence of diabetes among adults: Findings from Adventist health studies”, *Annals from Nutrition and Metabolism* 52, n.º 2 (2008): 96-104, <https://www.karger.com/Article/FullText/121365>.

responsabilidad individual, por más que se disponga del conocimiento de lo que es conveniente para la salud.⁶

Por ello, surge la necesidad de considerar un grupo particular dentro de la población adventista, sus líderes, los pastores de esta comunidad religiosa, quienes se encargan de atender las necesidades espirituales de la comunidad adventista y no adventista. En cuanto a su lugar de trabajo, se puede ejercer en la oficina o puesto de trabajo o en un tiempo y espacio que varía según donde se encuentren (por motivos de viajes y cambios de residencia frecuentes).⁷ Por dichos motivos, la rutina diaria y los hábitos alimentarios se podrían ver influenciados por su trabajo, convirtiéndose en un desafío diario articular sus actividades con hábitos saludables para obtener un equilibrio en la salud personal.

Debido a que este grupo podría estar expuesto a un ritmo de vida más intenso que el resto de los adventistas, se puede formular un nuevo concepto: “el estilo de vida pastoral adventista”. Este puede definirse como el conjunto de decisiones y conductas que resultan de la combinación de creencias religiosas sobre la salud, costumbres del hogar y lugar de procedencia, el rol de servicio que desempeñan, los lugares de residencia, los recursos disponibles y la percepción individual del autocuidado.

La influencia del estilo de vida y los hábitos saludables o no saludables puede verse reflejada en la valoración del estado nutricional. El índice de masa corporal (en adelante IMC) es la herramienta que clasifica las diferentes categorías del peso, pero no distingue la localización del tejido adiposo. Las variaciones de este son relevantes por su relación directa como factor de riesgo cardiometabólico. Por ello, la combinación del IMC con la circunferencia de cintura (en adelante CC) resulta útil para realizar esa

⁶ Daniel Pinzón Gómez, “Healthy lifestyle: Some limitations of biomedical focus”, *Apuntes Universitarios* 3, n.º 1 (2013): 9-26, <https://apuntesuniversitarios.upeu.edu.pe/index.php/revapuntes/article/view/289>.

⁷ Jorge Iuorno, “El estudiante de la Licenciatura en Teología de la Universidad Adventista del Plata: hábitos religiosos, percepción del currículum y expectativas laborales”, *Memrah* 2 (2020): 151-184, <https://publicaciones.uap.edu.ar/index.php/revistaMemrah/article/view/954>.

identificación.⁸ Desde hace varios años, diferentes estudios han considerado alarmantes las cifras de individuos con obesidad central, sobrepeso y obesidad.⁹

- ⁸ Dominique Durrer Schutz et al., “European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care”, *Obesity Facts* 12, n.º 1 (marzo 2019): 40-66, <https://doi.org/10.1159/000496183>; Nuno M. Pimenta, “Waist-to-hip ratio is related to body fat content and distribution regardless of the waist circumference measurement protocol in nonalcoholic fatty liver disease patients”, *International Journal of Sport* 26, n.º 4 (2016): 307-314, DOI: 10.1123/ijnsnem.2014-0256; Sergio Cinza Sanjurjo et al., “Prevalencia de obesidad y comorbilidad cardiovascular asociada en los pacientes incluidos en el estudio IBERICAN (identificación de la población española de riesgo cardiovascular y renal)”, *Medicina de Familia. SEMERGEN* 45, n.º 5 (julio-agosto 2019): 311-322, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359318304325>; Alberto Alejandro Díaz et al., “Prevalencia del síndrome metabólico en Argentina en los últimos 25 años: revisión sistemática de estudios observacionales poblacionales”, *Hipertensión y Riesgo Vascular* 35, n.º 2 (2018): 64-69, <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/59415>; Roberto Ross et al., “Waist circumference as a vital sign in clinical practice: Consensus statement from the IAS and ICCR working group on visceral obesity”, *Nature Reviews Endocrinology* 16 (2020): 177-189, <https://www.nature.com/articles/s41574-019-0310-7>; Josep Franch Nadal, “Obesidad intraabdominal y riesgo cardiometabólico”, *Revista Atención Primaria* 40, n.º 4 (2008): 199-204, <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13118063>; Ricardo Víctor de la Fuente Crespo, “Circunferencia de la cintura y su asociación con el sobrepeso y la hipertensión arterial en adultos del Policlínico Vedado” (Memorias Convención Internacional de Salud Pública, La Habana, Cuba, 3-7 de diciembre de 2012), <http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/viewFile/2151/489>.
- ⁹ Daniela Pino Luey, Carlos Duarte Yan y Daniel Tettamanti, “Correlación entre el índice de masa corporal vs. perímetro abdominal y el riesgo cardiovascular según el Score de Framingham”, *Medicina* 15, n.º 2 (2010), <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/142>; Vicente Martín Moreno, Juan Benito Gómez Gandoy y María Jesús Antoranz González, “Medición de la grasa corporal mediante impedancia bioeléctrica, pliegues cutáneos y ecuaciones a partir de medidas antropométricas: análisis comparativo”, *Revista Española de Salud Pública* 75, n.º 3 (2001), https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000300006; Altan Onat et al., “Measures of abdominal obesity assessed for visceral adiposity and relation to coronary risk”, *International Journal of Obesity* 28 (2004): 1018-1025, <https://www.nature.com/articles/0802695>; Ministerio de Salud de la Nación., “2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2018-2019: resumen ejecutivo, septiembre de 2019, disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/encuesta-nutricion-salud_resumen-ejecutivo.pdf; Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadística y Censos, “4º Encuesta nacional de factores de riesgo 2019: resultados definitivos”, 1.ª ed, octubre de 2019, disponible en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf; Ángel Esteban Torres Zapata, “El obeso de peso normal”, *Revista Salud Pública y Nutrición* 17, n.º 2 (2018), <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/362>.

Por lo anteriormente mencionado, surgió el siguiente problema de investigación: ¿qué relación existe entre el estilo de vida pastoral, la CC y el IMC de los pastores adventistas? El objetivo principal fue relacionar el estilo de vida pastoral, la CC y el IMC en pastores adventistas que prestan servicio activo con residencia en Libertador San Martín, Entre Ríos, desde agosto hasta octubre del año 2022. Los objetivos específicos fueron identificar características del estilo de vida pastoral y determinar la CC y el IMC en la población estudiada.

Metodología

El presente estudio se realizó en la localidad de Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina, desde agosto hasta octubre del año 2022. El diseño fue de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La población de estudio fue un grupo de pastores adventistas residentes en Libertador San Martín, que se desempeñan como profesores, capellanes de escuela primaria, escuela secundaria, Universidad Adventista del Plata, Sanatorio Adventista del Plata y Centro Adventista Vida Sana, pastores distritales y ministeriales de los diferentes departamentos de la Iglesia adventista.

Fueron incluidos en este estudio licenciados, magísteres y doctores en Teología con un mínimo de seis meses ejerciendo la actividad pastoral y hasta un año después de su jubilación. Se excluyeron licenciados, magísteres y doctores en Teología que no estén ejerciendo como pastores. Se eliminaron aquellos participantes que no completaron la recolección de información (toma de medidas antropométricas y realización de la encuesta) y aquellos que presentaron información incompleta o que no se pudo interpretar.

Antes de ingresar al estudio, los participantes aceptaron el consentimiento informado (ver anexo 1) incluido en la página inicial de una encuesta de formularios Google sobre estilo de vida, compartida a través de un enlace por medio de WhatsApp.

Las variables del estudio fueron:

1. Estilo de vida pastoral adventista definido como el conjunto de decisiones y conductas que resultan de la combinación de creencias religiosas sobre la moral, la familia, la salud, las costumbres del hogar y lugar de procedencia, el rol de servicio que desempeñan, los lugares de residencia, los recursos disponibles y la percepción individual del autocuidado.

Fueron evaluados los siguientes componentes del estilo de vida pastoral: frecuencia de consumo de alimentos, consumo de agua, actividad física, descanso, exposición al sol y aire libre, alimentación durante viajes, costumbres del hogar y lugar de procedencia, cambio de alimentación o mantenimiento según creencias religiosas sobre la salud y cambios de residencia, horas de viajes, horas de trabajo y percepción individual del autocuidado.

Los componentes se midieron cualitativamente. Las posibles respuestas recibieron el valor de tres puntos (cuando cumple con el criterio de estilo de vida “equilibrado”), dos puntos (cuando cumple con el criterio de estilo de vida “regular”) y un punto (cuando cumple con el criterio de estilo de vida “desequilibrado”). Se midieron con la escala de Likert, por medio de la cual se llegó al resultado expresado en las categorías de “equilibrado” (100 a 80 % del total de las respuestas con el puntaje de tres puntos), “regular” (79 a 50 % del total de las respuestas con el puntaje de tres puntos) y “desequilibrado” (49 % o menos del total de las respuestas con el puntaje de tres puntos). Los parámetros de evaluación de las respuestas obtenidas fueron extraídos de las Guías Alimentarias para la Población Argentina,¹⁰ Guía Alimentaria de mi Plato Vegetariano,¹¹ los ocho remedios naturales

¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación, “Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina” (documento técnico metodológico, 2018), disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf.

¹¹ Unión Argentina Adventista, “Guía Alimentaria de Mi Plato Vegetariano” (documento, 4 de marzo de 2019), disponible en <https://downloads.adventistas.org/salud/folletos/guia-alimentaria-de-mi-plato-vegetariano/>.

que se encuentran detallados en los libros *Viva con esperanza*,¹² *Consejos sobre el régimen alimenticio*,¹³ y *El ministerio de curación*¹⁴ de Ellen White.

2. La CC OMS (circunferencia de cintura de la Organización Mundial de la Salud) se define como la medida antropométrica tomada en el “punto medio entre el borde costal y la cresta ilíaca”¹⁵ y expresada en centímetros.

Se midió de forma cualitativa según el valor hallado en centímetros en cada individuo, que, a su vez, se agrupan en sus categorías correspondientes. Los puntos de corte fueron < 95 cm (normal), 95-101 cm (riesgo de muerte cardiometabólico elevado) e = o > 102 cm (riesgo de muerte cardiometabólico muy elevado).

La CC se le tomó al individuo parado, con el torso descubierto, los talones juntos y los brazos relajados. Se usó una cinta antropométrica inextensible, graduada en centímetros, marca Mednib, para rodear la cintura del individuo horizontalmente a nivel de la línea media entre el borde costal y la cresta ilíaca. El valor fue registrado en espiración completa.¹⁶

3. Estado nutricional en base al IMC según la OMS. El IMC se define “como el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de su altura en metros (kg/m²)”.¹⁷

Se midió de forma cualitativa determinando sus respectivas categorías (normopeso: 18,5-24,9 kg/m²; sobrepeso: 25-29,9 kg/m²; obesidad grado I: 30-34,9 kg/m²; obesidad grado II: 35-39,9 kg/m²; obesidad grado III:

¹² Mark Finley y Peter Landless, *Viva con esperanza: secretos que pueden cambiar su vida* (Florida Oeste, Buenos Aires [BA]: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2014), 96.

¹³ Elena G. de White, *Consejos sobre régimen alimenticio*, 2.ª ed., 1.ª reimp. (Florida Oeste, BA: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2017), 555.

¹⁴ Elena G. de White, *El ministerio de curación*, 1.ª ed. (Florida Oeste, BA: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2014), 413.

¹⁵ Daniel H. de Girolami, *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*, 1.ª ed., 4.ª reimp. (Buenos Aires: El Ateneo, 2014), 180.

¹⁶ *Ibíd.*, 180.

¹⁷ World Health Organization, “Obesity and overweight”, 9 de junio de 2021, disponible en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

= o $> 40 \text{ kg/m}^2$) asignadas de acuerdo con el peso en kilogramos y la talla en metros de cada individuo.¹⁸

El peso se le tomó al individuo de pie, descalzo, con prendas livianas, parado en una balanza digital marca ASPEN.¹⁹ La talla se le tomó al sujeto de pie, con el cuerpo erguido, descalzo, con los pies y rodillas juntos, de espaldas a la pared donde se extendió la cinta del tallímetro marca Mednib, con la cabeza en posición de plano de Francfort. La medida fue tomada en inspiración, con la escuadra del tallímetro sobre el vértex de la cabeza.²⁰

El instrumento de recolección de datos (ver anexo 2) fue una encuesta conformada por preguntas referidas a los componentes del estilo de vida; también incluyó una sección para registrar las medidas antropométricas. Los participantes contestaron la encuesta con respuestas múltiples, breves o según correspondió a la información requerida. Parte del diseño del instrumento estuvo basado en el instrumento del estudio “Healthy Lifestyle Practices Among Argentinian Vegetarians and Non-Vegetarians”,²¹ elaborado por Gili R. y colaboradores, que se adaptó para el presente estudio. La evaluación de este se hizo mediante una prueba piloto.

Los procedimientos se llevaron a cabo en el domicilio o en la oficina de trabajo de los participantes, según su comodidad. Para realizar la investigación, se invitó a los participantes a ingresar a una encuesta confeccionada con un formulario de Google mediante un enlace, donde se visualizó el consentimiento informado en el inicio. Para participar del estudio, debían aceptarlo haciendo clic; luego, respondían la encuesta en compañía de la investigadora. En una parte de la encuesta, también se incluyó el registro de medidas (peso, talla y circunferencia de cintura).

Los datos se cargaron y analizaron con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 22.0 para Windows. Para el análisis univariado de las variables cualitativas, se realizó el cálculo de

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Girolami, *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*, 180.

²⁰ Ibid., 180.

²¹ Gili et al., “Healthy lifestyle practices among Argentinian vegetarians and non-vegetarians”.

frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado, se utilizó el *test* de chi-cuadrado, con un nivel de confianza del 95 %.

Este estudio fue evaluado por el Comité de Ética de la Universidad Adventista del Plata (resolución n.º 80/22).

Resultados

En este trabajo, se evaluó la totalidad de los individuos que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo 34 individuos de sexo masculino, que se desempeñaban como pastores adventistas y residían en Libertador San Martín, Entre Ríos, Argentina. Los participantes presentaron una edad mínima de 28 años, una máxima de 65 años; la edad media fue de 47,03 años con un SD de 12,49. El 91,18 % estaba casado, el 61,76 % vivía con esposa e hijos y el 64,71 % expresó provenir de un hogar no adventista. El 50 % mencionó que dentro de su familia de procedencia había personas con obesidad y/o sobrepeso. El 64,71 % alcanzó el nivel de postgrado, el 29,4 % ejercía más de un puesto de trabajo. Un 64,71 % clasificó su dieta como semivegetariana o flexitariana, un 11,76 % como omnívora y otro 11,74 % como ovolactovegetariana (ver tabla 3.1).

Los componentes característicos del estilo de vida identificados se encuentran en la tabla 3.2. En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos, se encontró regular el consumo de granos integrales (55,88 %), verduras (58,82 %), frutas secas y semillas (47,06 %), aceites vegetales no calentados (67,65 %), fuentes confiables de vitamina B12 (50 %), carnes (50 %) y alimentación durante viajes (55,88 %). También se encontró regular la frecuencia de actividad física (61,76 %), horas de descanso nocturno (47,06 %), respirar al aire libre (88,24 %), cambio de alimentación o mantenimiento en el tiempo según transición de estudiante a ejercer como pastor (52,94 %) y creencias religiosas sobre la salud y cambios de residencia, horarios, etc. (52,94 %). Se encontró desequilibrada la frecuencia de horas diarias de trabajo (35,29 %) y de horas de trabajo sentado (73,53 %). Y se encontró equilibrada la frecuencia de horas de viajes (82,35 %), descanso de un día por semana (52,94 %), exposición al sol (50 %), consumo de agua (50 %), porciones de legumbres y derivados

(70,59 %), frutas (70,59 %), dulces (64,71 %), huevos (67,65 %), lácteos (47,06 %), horas diarias de trabajo (61,79 %), cambios de costumbres del hogar de procedencia al conocer el consejo bíblico y de Ellen White (52,94 %) y percepción individual del autocuidado (100 %).

Según las medidas registradas, el 55,88 % de los individuos presentó una CC correspondiente a la categoría “riesgo de muerte cardiometabólico muy elevado” (ver tabla 3.3).

Un 47,06 % de los individuos estudiados presentó un IMC correspondiente a la categoría “sobrepeso”, seguido del 26,47 % con “obesidad grado I” (ver tabla 3.3).

Según este estudio, el 41,18 % de los participantes poseía un estilo de vida categorizado como “equilibrado” y el 58,82 %, “regular” (ver tabla 3.3).

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida pastoral y la CC ($p = 0,165$) y entre el estilo de vida pastoral y el IMC en pastores adventistas ($p = 0,519$) (ver tabla 3.4).

Discusión

Aunque no se encontró relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida pastoral y la CC y entre el estilo de vida pastoral y el IMC de la población de estudio, los resultados reflejaron la presencia de una CC por encima del valor recomendado; también sobrepeso y obesidad en un gran porcentaje, y un puntaje “regular” en las prácticas de estilo de vida pastoral en más de la mitad de los individuos.

Por un lado, este estudio confirma lo planteado en Adventist Health Study acerca de la existencia de sobrepeso y obesidad similar en la población adventista como en la no adventista, y también visualiza el consumo de carnes,²² aunque dentro de la ideología religiosa y de salud que los caracteriza, este alimento no sea recomendado.²³ Además, se confirma

²² Arnold Vang et al., “Meats, processed meats, obesity, weight gain and occurrence of diabetes among adults...”

²³ White, *El ministerio de curación*, 240-244.

que, aunque se tienen conocimientos y razonamientos coherentes sobre cuidados saludables, esto no se ve reflejado en la práctica, en la CC y en el IMC, como se mostró en los resultados. Por otro lado, formar hábitos saludables es un proceso que requiere tiempo e involucra muchos factores.²⁴ Por ello, se destaca que un gran porcentaje de los individuos no proviene de hogares adventistas y en sus familias de sangre hay personas con sobrepeso y obesidad. A esto se le suman la dinámica de la vida familiar (convivencia con esposa e hijos), la sobrecarga de horas de trabajo en más de un tercio de los individuos, la cantidad excesiva de horas de trabajo sentado a diario, la frecuencia “regular” de actividad física, la frecuencia “regular” de cantidad de horas de sueño nocturno, el cambio de residencias, horarios, etc., que, según expresaron los encuestados, afectaron sus hábitos alimentarios.

En cuanto a las limitaciones y debilidades de este estudio, se puede mencionar que, en este punto geográfico, es común encontrar que la mayoría de los individuos estudiados posee un nivel educativo de posgrado y se desempeñan como profesores, capellanes y administrativos en las instituciones educativas y de salud adventistas que hay en la zona. Pero, en el resto del país, es común encontrar pastores distritales que trabajan atendiendo grupos de iglesias, por lo cual, su estudio brindaría un panorama más completo. Y aunque se logró encuestar el total de la población propuesta en este estudio, la cantidad es pequeña comparada con el resto del país.

²⁴ Mariela Reyes Ramos y María de Lourdes Meza Jiménez, “Cambios en los estilos de vida durante el confinamiento por COVID-19”, *CIENCIA ergo-sum* 28, n.º 4 (2021), <https://www.redalyc.org/journal/104/10467403004/html/>; Yolanda Campos-Uscanga y Tatiana Romo-González, “La complejidad del cambio de hábitos alimentarios”, *Revista Psicología Científica.com* 16, n.º 11 (2014), <http://www.psicologiacientifica.com/complejidad-cambio-habitos-alimentarios>; Leticia Espinosa González, “Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad”, *Revista Cubana de Estomatología* 41, n.º 3 (2004), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75072004000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es; Jorge Pamplona Roger y Marcello Niek M. Leal, *21 días para cambiar: cómo desarrollar hábitos saludables y mejorar tu calidad de vida* (Florida Oeste, BA: Asociación Casa Editora Sudamericana, 2020), 167; Garry Egger et al., trads., *Medicina del estilo de vida: hábitos, entorno, prevención y promoción de la salud* (Barcelona: Elsevier, 2017), 354.

Por lo anteriormente mencionado, sería recomendable ampliar la muestra para evaluar y comparar si existen o no diferencias entre los evaluados en este estudio y los pastores distritales del resto del país.

En cuanto a las fortalezas, el procedimiento de toma de medidas y el instrumento de recolección de datos tuvo muy buena aceptación, y los encuestados refirieron sentirse cómodos durante el proceso, el tiempo de duración fue breve y las preguntas puntuales.

Conclusión

Al relacionar el estilo de vida pastoral, la CC y el IMC en pastores adventistas, no se encontró relación estadísticamente significativa. Sin embargo, se identificaron los componentes característicos del estilo de vida de la población estudiada, también se encontró que la mayoría tenía sobrepeso y obesidad grado I y un puntaje de estilo de vida categorizado como “regular”, lo que incluye una alimentación con características nutricionalmente regulares.

Tabla 3.1. Características de la población de estudio

Variable	Categorías	Frecuencia	%
Estado civil	Soltero	2	5,88
	Casado	31	91,18
	Divorciado	1	2,94
Miembros de la familia con los que convive	Solo	2	5,88
	Esposa	10	29,41
	Esposa e hijos	21	61,76
	Otras personas	1	2,94
Nació en hogar adventista	Sí	12	35,29
	No	22	64,71
Es adventista hijo de pastor	Sí	4	11,76
	No	30	88,24
Personas con obesidad y/o sobrepeso en la familia	No	17	50,00
	Sí (madre y/o padre y/o hermanos y/o parientes cercanos)	17	50,00
Nivel educativo más alto alcanzado	Universitario	12	35,29
	Posgrado	22	64,71
Ocupación actual en el ministerio	Capellán	8	23,53
	Profesor	10	29,41
	Pastor distrital	5	14,71
	Líder departamental	1	2,94
	Más de un puesto de los anteriormente nombrados	10	29,41
Autclasificación y percepción de la dieta actual	Omnívoro	4	11,76
	Semivegetariano o flexitariano	22	64,71
	Pescovegetariano	1	2,94
	Ovo-lacto-vegetariano	4	11,76
	Ovo-vegetariano	2	5,88
	Vegetariano	1	2,94

Tabla 3.2. Componentes característicos del estilo de vida pastoral

Variable	Categorías	Frecuencia	%
Porciones de granos integrales, consumo diario	Desequilibrado: no consumo y 6 o más porciones por día	1	2,94
	Regular: menos de 3 porciones por día	19	55,88
	Equilibrado: de 3 a menos de 6 porciones por día	14	41,18
Porciones de legumbres y sus derivados, consumo diario	Desequilibrado: no consumo y 3 o más porciones por día	3	8,82
	Regular: menos de una porción por día	7	20,59
	Equilibrado: de una a menos de 3 porciones por día	24	70,59
Porciones de verduras, consumo diario	Desequilibrado: no consumo y 8 o más porciones por día	2	5,88
	Regular: menos de 4 porciones por día	20	58,82
	Equilibrado: de 4 a menos de 8 porciones por día	12	35,29
Porciones de frutas, consumo diario	Desequilibrado: no consumo y 4 o más porciones por día	3	8,82
	Regular: menos de 2 porciones por día	7	20,59
	Equilibrado: de 2 a menos de 4 porciones por día	24	70,59

Porciones de frutos secos y semillas, consumo diario	Desequilibrado: no consumo, entre una y 1½ o más porciones por día	8	23,53
	Regular: menos de 4 porciones por semana	16	47,06
	Equilibrado: de 4 porciones por semana a una porción por día	10	29,41
Porciones de aceites vegetales no calentados, consumo diario	Desequilibrado: no consumo y 4 o más porciones por día	3	8,82
	Regular: hasta 2 porciones por día	23	67,65
	Equilibrado: más de 2 hasta 4 porciones por día	8	23,53
Porciones de lácteos, consumo diario	Desequilibrado: más de 2 porciones por día	9	26,47
	Regular: no consumo	9	26,47
	Equilibrado: hasta 2 porciones por día	16	47,06
Porciones de huevo, consumo diario	Desequilibrado: más de una porción por día	5	14,71
	Regular: no consumo	6	17,65
	Equilibrado: hasta una porción por día	23	67,65
Porciones de dulces, consumo semanal	Desequilibrado: más de 5 porciones por semana	4	11,76
	Regular: de 2 a 5 porciones por semana	8	23,53
	Equilibrado: no consumo; menos de 2 porciones por semana	22	64,71

Porciones de fuentes confiables de vitamina B12, consumo diario	Desequilibrado: menos de una porción por día	5	14,71
	Regular: una porción por día	17	50,00
	Equilibrado: 2 porciones o más	12	35,29
Porciones de carnes, consumo semanal	Desequilibrado: más de una vez por semana (consumo relativamente alto)	10	29,41
	Regular: menos de una vez por mes hasta una vez por semana consumo relativamente moderado)	17	50,00
	Equilibrado: no consumo	7	20,59
Días a la semana que realiza actividad física	Desequilibrado: no realizo, uno a 2 días	5	14,71
	Regular: 3 a 4 días	21	61,76
	Equilibrado: 5 a 6 días, todos los días	8	23,53
Minutos semanales que realiza actividad física moderada	Desequilibrado: 0-99 minutos	5	14,71
	Regular: 100-199 minutos	11	32,35
	Equilibrado: 200 o más minutos	18	52,94
Minutos semanales que realiza actividad física intensa	Desequilibrado: 0-59 minutos	11	32,35
	Regular: de 60-89 minutos	3	8,82
	Equilibrado: 90 minutos o más	20	58,82

Consumo diario de agua	Desequilibrado: menos de 4 vasos	3	8,82
	Regular: de 4 a 7 vasos	14	41,18
	Equilibrado: 8 vasos o más	17	50,00
Minutos diarios de exposición solar entre las 11 y las 13 horas	Desequilibrado: menos de 5 minutos por día	5	14,71
	Regular: de 5 a menos de 10 minutos	12	35,29
	Equilibrado: 10 minutos o más por día	17	50,00
Respirar aire puro	Desequilibrado: solo actividades en ambientes cerrados (ejercicio; oficina, aula, casa no tengo buena ventilación, devoción personal)	2	5,88
	Regular: actividades en ambiente cerrado más, de 1-4 actividades al aire libre (ejercicio, aula, oficina, casa, devoción personal; recreos; viajes, salidas en familia)	30	88,24
	Equilibrado: 5 o más actividades al aire libre (ejercicio; oficina, aula, casa; recreos, viajes, salidas en familia, devoción personal al aire libre)	2	5,88
Horas de descanso nocturno	Desequilibrado: menos de 6 horas; más de 8 horas	5	14,71
	Regular: de 6 a 7 horas	16	47,06
	Equilibrado: de 7 a 8 horas	13	38,24

Descansar un día a la semana	Desequilibrado: no tomo día libre, prefiero trabajar	3	8,82
	Regular: generalmente tomo un día libre a la semana	13	38,24
	Equilibrado: siempre me tomo un día libre a la semana	18	52,94
Consumo de alimentos durante los viajes y días fuera de casa	Desequilibrado: 5 o más alimentos no saludables (<i>snacks</i> , papas fritas, pizza, sándwiches comerciales, panificados dulces o salados, viandas compradas, jugos industriales, gaseosas, otros)	4	11,76
	Regular: alimentos considerados saludables (frutas frescas, viandas preparadas en casa, otros) y/o de 1-4 alimentos no saludables (<i>snacks</i> , papas fritas, pizza, sándwiches comerciales, panificados dulces o salados, viandas compradas, jugos industriales, gaseosa, otros)	19	55,88
	Equilibrado: solo alimentos considerados saludables (frutas frescas, viandas preparadas en casa, otros)	11	32,35
Cantidad de horas diarias dedicadas al trabajo	Desequilibrado: más de 9 horas	12	35,29
	Regular: de 3 a 6 horas	1	2,94
	Equilibrado: entre 7 y 9 horas	21	61,76
Cantidad de horas diarias que trabaja sentado	Desequilibrado: más de 4 horas	25	73,53
	Regular: de más de 2 horas a 4 horas	8	23,53
	Equilibrado: de una a 2 horas	1	2,94

Cantidad de horas semanales de viajes	Desequilibrado: alto, más de 9 horas o más	2	5,88
	Regular: moderado, de 5 a 9 horas	4	11,76
	Equilibrado: bajo, de 1 a 4 horas	28	82,35
Modificación de la alimentación aprendida en el hogar de procedencia después de conocer los principios bíblicos y consejos de Ellen White	Desequilibrado: no (en el caso de no ser adventista de cuna)	1	2,94
	Regular: parcialmente y moderadamente	15	44,12
	Equilibrado: totalmente; no (en el caso de ser adventista de cuna)	18	52,94
Modificación de la alimentación como pastor respecto de cuando era estudiante	Desequilibrado: no	2	5,88
	Regular: parcialmente; moderadamente	18	52,94
	Equilibrado: totalmente; no (en el caso de haber conocido antes y haber aplicado y haber mantenido)	14	41,18
Modificación de la alimentación según lugares de residencia debido a alimentos típicos o cambios de horarios de comidas	Desequilibrado: totalmente	4	11,76
	Regular: parcialmente; moderadamente	18	52,94
	Equilibrado: no	12	35,29

Percepción de autocuidado	Desequilibrado: opciones no saludables más 2 opciones saludables	0	0,00
	Regular: de 2 a 6 opciones saludables (cuando hago consultas a profesionales de la salud, cuando me esfuerzo por seguir el consejo bíblico y de Ellen White sobre salud, cuando hago ejercicio, cuando descanso bien, cuando me alimento sano, etc.)	0	0,00
	Equilibrado-alto: más de 6 opciones saludables	34	100,00

Tabla 3.3. CC*, IMC^{25**} y puntaje de estilo de vida pastoral

Variable	Categorías	Frecuencia	%
CC	Normal	7	20,59
	Riesgo de muerte cardiometabólico alto	8	23,53
	Riesgo de muerte cardiometabólico muy alto	19	55,88
IMC	Peso normal	7	20,59
	Sobrepeso	16	47,06
	Obesidad grado I	9	26,47
	Obesidad grado II	2	5,88
Puntaje de estilo de vida	Desequilibrado	0	00,00
	Regular	20	58,82
	Equilibrado	14	41,18

²⁵ (*) Circunferencia de cintura (**) Índice de masa corporal