

7. Percepciones y perspectivas de líderes de iglesias adventistas sobre programas de promoción de la salud*

Perceptions and Perspectives of Seventh-day Adventist Church Leaders on Health Promotion Programs

Laíza Domiciano P. Carvalho

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
laiza.domiciano@uap.edu.ar

Rocío Victoria Gili

Universidad Adventista del Plata
Libertador San Martín, Argentina
rocio.gili@uap.edu.ar

Recibido: 30 de enero de 2025

Aceptado: 26 de mayo de 2025

Doi: <https://doi.org/10.56487/7cmamj29>

Resumen

Introducción. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) resultan de la combinación de factores genéticos, ambientales y conductuales. Para su control, es importante reducir los factores de riesgo asociados mediante intervenciones posibles desde la atención primaria. Las iglesias han demostrado ser espacios efectivos para implementar programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, siendo reconocidas por la salud pública como socios estratégicos.

Población y métodos. El diseño del estudio fue cualitativo. Participaron tres líderes de iglesias adventistas de la provincia de Buenos Aires, seleccionados mediante muestreo intencional. En el primer encuentro, se llevó a cabo una entrevista semiestructurada orientada a conocer sus percepciones y perspectivas sobre los programas de promoción de la salud. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas por medio de la técnica de análisis de contenido. Además, se realizaron encuentros virtuales, en los que se abordaron temas con un enfoque en la prevención de las ECNT, promoviendo un estilo de vida saludable.

Resultados. Los líderes manifestaron percepciones y perspectivas positivas respecto de los programas de salud. Identificaron como ECNT más prevalentes la diabetes y la hipertensión. Asimismo, decidieron crear un equipo interdisciplinario con profesionales de salud para atender las necesidades de los miembros con reuniones trimestrales.

Conclusión. Los líderes expresaron una buena disposición hacia los programas de salud y se encontraron dispuestos a desarrollar nuevos proyectos que abarquen el tema de prevención de las ECNT. Las actividades realizadas por las iglesias adventistas de Los Polvorines generaron una buena visibilidad en la comunidad y fueron reconocidas por el municipio.

* Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

Palabras claves

Estilo de vida – Enfermedades no transmisibles – Promoción de la salud – Organizaciones religiosas – Prevención y control

Abstract

Introduction. Chronic noncommunicable diseases (NCDs) result from a combination of genetic, environmental, and behavioral factors. To control them, it is important to reduce associated risk factors through interventions that can be carried out in primary care. Churches have proven to be effective settings for implementing health promotion and disease prevention programs and are recognized by public health as strategic partners.

Population and methods. The study followed a qualitative design. Three leaders from Seventh-day Adventist churches in the province of Buenos Aires participated, selected through purposive sampling. In the first meeting, a semi-structured interview was conducted to explore their perceptions and perspectives on health promotion programs. The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using content analysis. Additionally, virtual meetings were held, in which topics focused on NCDs prevention were addressed, promoting a healthy lifestyle.

Results. The leaders expressed positive perceptions and perspectives regarding health programs. They identified diabetes and hypertension as the most prevalent NCDs. They also decided to create an interdisciplinary team with health professionals to address the needs of church members through quarterly meetings.

Conclusion. The leaders showed a favorable disposition toward health programs and were willing to develop new projects addressing NCD prevention. The activities carried out by the Adventist churches in Los Polvorines generated positive visibility in the community and were acknowledged by the local municipality.

Keywords

Lifestyle – Noncommunicable diseases – Health promotion – Religious organizations – Prevention and control

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (en adelante, ECNT) son afecciones de larga duración que se desarrollan como resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Los principales tipos de ECNT incluyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (1).

Los factores de riesgo de las ECNT se clasifican en comportamientos modificables —como el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada y el uso nocivo del alcohol— y factores de riesgo metabólicos —como el aumento de la tensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, la hiperglucemia y la hiperlipidemia— (1,2). De acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, las ECNT causaron 40,5

millones de muertes en el mundo en 2016, lo que representa el 71 % del total (3). Estas enfermedades no reciben la atención que merecen y deberían considerarse un problema de seguridad sanitaria mundial (4-8).

Para controlar las ECNT, es fundamental centrarse en la reducción de los factores de riesgo asociados a ellas (1,3,4,9-11) el asma. Las intervenciones esenciales y de alto impacto contra las ECNT pueden implementarse desde la atención primaria para reforzar su detección temprana y el tratamiento oportuno. Diversos estudios demuestran que dichas intervenciones constituyen una excelente inversión económica, debido a que, si los pacientes las reciben a tiempo, pueden reducirse los costos asociados a tratamientos más complejos (1).

Los programas de promoción de la salud abarcan una amplia gama de intervenciones sociales mediante las cuales las personas adquieren conocimientos, habilidades e información que les permiten elegir opciones saludables (12). Las familias, las escuelas, las iglesias y los programas comunitarios desempeñan un rol clave en la difusión de estas medidas (3). La participación de las iglesias en la implementación de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades ha sido notoria, y varias organizaciones de salud pública las han reconocido como socios estratégicos (13,14).

Este estudio se desarrolló en el contexto de la pandemia de COVID-19, un acontecimiento que impactó profundamente en las dinámicas comunitarias y en la percepción social de la salud. Dada la relevancia del año 2020, es posible que las vivencias relacionadas con la pandemia hayan influido en las respuestas, actitudes y preocupaciones expresadas por los líderes entrevistados, especialmente en lo relativo a la prevención y al cuidado colectivo.

Los líderes de las iglesias desempeñan un papel muy importante en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (13,15,16). Un estudio realizado en Carolina del Sur, Estados Unidos, evidenció que la perspectiva de los líderes eclesiásticos fue percibida como un recurso valioso para desarrollar intervenciones dentro de la congregación, con beneficios que también alcanzaron a la comunidad en la que se encuentra (13). Otro estudio,

llevado a cabo en las iglesias afroamericanas de Estados Unidos (17), señala que la intervención del proyecto *Faith Influencing Transformation* (FIT) para la detección de diabetes y enfermedades cardiovasculares (ECV) demostró el potencial de los líderes como un mecanismo clave para aumentar exponencialmente la difusión de mensajes de promoción de la salud a través de sermones, mensajes de texto, correos electrónicos, folletos, tarjetas de compromiso y carteles.

Basándonos en la importancia de prevenir las ECNT desde la atención primaria, el objetivo de este trabajo fue evaluar las percepciones y perspectivas de los líderes de iglesias adventistas respecto de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se reconoce que las intervenciones llevadas a cabo a través de líderes de distintas iglesias han mostrado buenos resultados, al incentivar a sus miembros a mejorar el estilo de vida con hábitos saludables —como la actividad física, la nutrición, la pérdida de peso— y brindar consejos sobre protección, detección y educación en relación con la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la adicción a las drogas, los problemas de salud mental y otras enfermedades crónicas (13-18). En este marco, se propone buscar de manera adaptativa y creativa la implementación de medidas de promoción de la salud en las iglesias adventistas a través del liderazgo eclesiástico.

Metodología

El presente estudio es de tipo cualitativo. Se llevó a cabo en tres iglesias adventistas del distrito de Los Polvorines, provincia de Buenos Aires, durante los meses de octubre y noviembre de 2020. Todos los participantes fueron voluntarios, seleccionados mediante muestreo intencional. A cada uno se le solicitó firmar el consentimiento informado para participar en la investigación. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Adventista del Plata, según la Resolución CEI n.º 19/2020.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser líder de algún departamento de la Iglesia

Adventista del Séptimo Día, participar activamente y conocer a la membresía de la iglesia. Cabe destacar que los líderes seleccionados eran miembros laicos, sin formación formal en el área pastoral o teológica, y desempeñaban sus funciones de manera voluntaria dentro de la comunidad eclesiástica. Como criterios de exclusión se consideró a quienes no completaran el consentimiento informado y/o no participaran de la entrevista inicial. En total participaron tres líderes: dos mujeres y un hombre, con un rango etario de entre 24 y 55 años.

Los participantes eran líderes de los departamentos de jóvenes, niños, publicaciones, salud y

temperancia y del área recreativa. Fueron contactados por medio de comunicación virtual (WhatsApp), y los encuentros se realizaron a través de la plataforma digital Zoom.

Se llevaron a cabo un total de seis encuentros. En el primero, se realizó una entrevista semiestructurada que permitió conocer en profundidad las percepciones de los líderes sobre los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la iglesia, así como sus perspectivas al respecto. La entrevista fue grabada, transcrita y analizada mediante la técnica de análisis de contenido. La codificación y el análisis de la entrevista

fueron realizados manualmente por el investigador principal.

En los encuentros posteriores con los líderes, el investigador presentó cuatro capacitaciones. Los temas abordados fueron: sueño y descanso, actividad física y luz solar, alimentación y emociones positivas. Cada charla tuvo una duración máxima de 40 minutos y, al finalizar, se destinó un espacio para el diálogo entre los participantes y la investigadora. En el sexto y último encuentro, se planificó una propuesta de intervención en promoción de la salud, factible de implementación en las iglesias de Los Polvorines.

Resultados

El estudio se llevó a cabo con un total de tres líderes pertenecientes a tres iglesias diferentes del distrito de Los Polvorines, provincia de Buenos Aires. Todos los participantes eran miembros laicos, sin formación formal en el área pastoral o teológica, y desempeñaban sus funciones como líderes de manera voluntaria dentro de la comunidad eclesial. La primera participante fue una mujer de 55 años, líder de los departamentos de niños y publicaciones (iglesia 1); la segunda, una mujer de 25 años, líder del departamento de jóvenes (iglesia 2); y el tercero, un hombre de 24 años, líder de los departamentos de jóvenes, recreación, y salud y temperancia (iglesia 3).

La iglesia 1 cuenta con un amplio espacio abierto y una pequeña capilla, pero no dispone de red cloacal, agua corriente ni servicio de internet. La asistencia promedio a los cultos sabáticos es de aproximadamente cuarenta personas, con una composición etaria diversa, que incluye tanto niños como adultos mayores. Las iglesias 2 y 3 se ubican en terrenos amplios, y registran una asistencia estimada de entre 160 y 200 personas. Ambas congregaciones presentan una variedad de rangos etarios y una alta asistencia de jóvenes. Además, la iglesia 3 comparte el espacio con un colegio adventista y dispone de una cancha y áreas de juegos.

Debido al numeroso grupo de jóvenes en las iglesias 2 y 3, ambas desarrollan diversas actividades, como juegos sociales, actividades misioneras,

vigilias y cursos. Las dos iglesias cuentan con un departamento de salud. En el caso de la iglesia 3, dicho departamento se encuentra activo a través de las redes sociales, mediante las cuales se difunden recomendaciones de salud y campañas de donación de sangre. Además, se realizó un curso de cinco días para dejar de fumar, en el que participaron diez personas, de las cuales ocho lograron abandonar el hábito.

En la iglesia 2, en cambio, el departamento de salud no se encuentra activo. Sin embargo, para promover la salud, esta iglesia ha trabajado con el grupo Caleb a través del proyecto “Vida por vidas”, que hace hincapié en el uso de los ocho remedios naturales y la donación de sangre. También realizan controles gratuitos de presión arterial en la comunidad.

La iglesia 1, a pesar de no poseer un departamento de salud, cuenta con un grupo de miembros vinculados con el área de la salud, quienes suelen tratar temas relacionados con dicha área. Tal como expresó una de las participantes: “No es un programa de la iglesia, pero sí una participación en el culto joven, tratando temas de salud u otra cosa” (mujer, 55 años).

Los líderes expresaron su percepción de que, en todas las iglesias, había miembros con sobrepeso y obesidad como enfermedades prevalentes, además de una considerable cantidad de personas hipertensas y diabéticas, y algunos pocos casos de celiaquía

y cáncer. La participante de 55 años comentó: “Como es una congregación compuesta por varias familias, todos son familiares de alguien y están emparentados muchos; comparten un historial clínico algunas de las familias”. Agregó también: “No tenemos totalmente impregnado el concepto de vida saludable; no son la mayoría vegetarianos, siguen consumiendo carnes y sus derivados, la mayoría son sedentarios”. Otro comentario relacionado con la alimentación fue realizado por el participante de 24 años, quien señaló: “Acá más que nada utilizamos las harinas como suplemento, quizás, de algún vegetal o de la carne; por lo general uno come pizza, empanada y pasta”.

Los participantes identificaron como necesidades dentro de la iglesia la educación en salud, la contención y el seguimiento. En palabras de la participante de 55 años: “Mi iglesia es ávida por los conocimientos y apetecen hacer cambios saludables, pero necesitan como una tutoría permanente, reiterativa, y hacerlo, como te digo, sencillo y práctico”.

Al evaluar la receptividad de los miembros de la iglesia 3 respecto de las iniciativas de promoción de la salud, el participante expresó: “Yo diría que más o menos; al momento de puntuarlo me cuesta un poco, estoy entre 7 y 8, y eso si soy muy generoso. El único caso que he tenido fue el año pasado con este curso; hubo poca participación y poco apoyo de la iglesia (...) a no ser que te sirva porque estés padeciendo alguna enfermedad, o estés muy interesado porque le ocurre a algún familiar o amigo” (hombre, 24 años).

Las demás iglesias valoraron la receptividad de sus miembros con puntajes entre 8 y 9. Una de las participantes comentó: “Las veces que tratamos de promover cosas así la iglesia siempre participa, de alguna u otra forma” (mujer, 25 años).

Entre las barreras identificadas, la participante de la iglesia 1 señaló la falta de propuestas concretas, mientras que la de la iglesia 2 mencionó la carencia de compromiso y organización. Según sus propias palabras, falta “alguien que tome la posta, ‘bueno, vamos a realizar esto, somos del ministerio de salud y vamos con esta propuesta’, y la organización también; porque si uno se equipa bien puede

llegar bien, pero uno solo haciendo todo el trabajo no puede”.

Las actividades realizadas por las iglesias han beneficiado a la comunidad y han recibido el reconocimiento del municipio. Una de las participantes afirmó: “Ya apoyan las iniciativas que nosotros tengamos, o mismo para esta campaña de donación de sangre (...) nos han convocado en realidad para realizarla”. Y agregó: “Todo tipo de actividades para la salud tiene apoyo del municipio, del Hospital de Trauma (...) yo creo que no habría ningún problema” (mujer, 25 años).

Los líderes de las tres iglesias manifestaron percepciones y perspectivas positivas respecto de los programas de salud. Se encuentran activos y dispuestos a desarrollar nuevos proyectos, y son conscientes de la necesidad de adaptar las estrategias para lograr un mayor involucramiento de los miembros. En palabras de uno de los participantes: “Cuando hacés un curso o un seminario de cierto tipo de actividad, es muy selectivo, no podés esperar tanto público (...) en cambio, cuando hacés actividades de ‘Vida por vidas’, donación de sangre, que en su mayoría todos pueden colaborar, o no sé, un curso de RCP o primeros auxilios, a todos les sirve” (hombre, 24 años).

Durante el sexto encuentro, los líderes expresaron que la capacitación en salud los motivó a proponer la creación de un equipo interdisciplinario distrital de las iglesias adventistas en Los Polvorines, integrado por profesionales del área de la salud. Este equipo se reuniría una vez por trimestre con el objetivo de desarrollar ideas y diseñar estrategias para promover temas relacionados con la salud y la prevención de las ECNT, ya sea a través de charlas virtuales o mediante la implementación de proyectos como “Vida por vidas”, liderado por el grupo Caleb.

La investigadora de este trabajo se ofreció a compartir el material utilizado en las charlas de promoción de la salud, así como a proporcionar un archivo con folletos virtuales y encuestas que las iglesias puedan utilizar (véanse los anexos 1 y 2). Además, propuso llevar a cabo un proyecto de un mes de duración que aborda diferentes temáticas relacionadas con la salud, como el descanso,

el consumo de agua, la nutrición, la actividad física, entre otras. Este programa puede desarrollarse mediante la plataforma virtual Zoom o a través de

transmisiones en vivo (*lives*) por YouTube o Instagram, con una duración de 30 a 45 minutos por encuentro (véase el anexo 3).

Discusión

El objetivo de este estudio fue describir las percepciones y perspectivas de líderes adventistas sobre los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Según los hallazgos, los líderes del distrito de Los Polvorines tienen una visión positiva, participan activamente y están dispuestos a impulsar nuevos proyectos en esta área. Las actividades promovidas por las iglesias son bien valoradas por la comunidad y han sido reconocidas por el municipio.

Un punto para destacar fue la baja participación en actividades específicas, como el curso de cinco días para dejar de fumar, las cuales fueron percibidas por algunos miembros como poco relevantes. En contraste, talleres como los de primeros auxilios y RCP lograron una mayor convocatoria.

Este estudio se realizó durante la pandemia de COVID-19, un contexto que pudo haber influido en las prioridades sanitarias de los líderes, incrementando su sensibilidad frente a la prevención y reforzando el rol de las iglesias como agentes comunitarios activos.

Entre las actividades mencionadas se encuentran campañas de donación de sangre, controles gratuitos de presión arterial y programas como “Vida por vidas”. Estas acciones refuerzan el potencial de las iglesias como espacios de promoción de salud, tanto para sus miembros como para la comunidad en general.

Los resultados coinciden con el estudio realizado en Carolina del Sur (13), donde las iglesias promovieron la actividad física en espacios abiertos y en escuelas afiliadas, contribuyendo así a cambios de hábitos en las familias.

La alta participación de jóvenes en las iglesias 2 y 3 generó un mayor dinamismo en comparación con la iglesia 1. Sin embargo, a pesar de contar con mayor asistencia, la iglesia 3 enfrentó dificultades por la falta de apoyo interno. La existencia de un departamento de salud en las iglesias 2 y 3 facilitó

el desarrollo de actividades, mientras que la iglesia 1, sin una programación formal, presentó una organización menos estructurada.

Existe respaldo científico sobre la influencia de la educación comunitaria en la adopción de estilos de vida más saludables. Fernández et al. (19) destacan que la pobreza, el bajo nivel educativo y la urbanización acelerada impactan negativamente en la prevalencia de las ECNT. En este sentido, el presente estudio ofreció capacitación a los líderes en temas específicos, con el fin de fortalecer su rol en la iglesia y la comunidad.

Se observó una alta prevalencia de ECNT, como hipertensión y diabetes, además de sobrepeso y obesidad, lo que sugiere la presencia de factores de riesgo vinculados con el sedentarismo y una alimentación inadecuada. Esta situación refuerza la necesidad de implementar intervenciones desde la atención primaria.

Penn et al. (20) demostraron en el Reino Unido que los cambios en el estilo de vida pueden reducir hasta un 55 % la progresión hacia la diabetes tipo 2. Las intervenciones incluyeron asesoramiento personalizado, recetas saludables, recomendaciones de actividad física y actividades comunitarias.

El seguimiento también resulta un componente clave. Diversos estudios han demostrado que el acompañamiento, ya sea presencial o telefónico, mejora la adherencia y reduce la probabilidad de rebote de peso (21,22).

Este estudio presenta algunas limitaciones, entre ellas, el bajo número de participantes y su concentración en un solo distrito. Asimismo, el uso de plataformas virtuales como WhatsApp y Zoom pudo haber influido en la dinámica del trabajo y en el desarrollo de las actividades.

Entre sus fortalezas, se destaca la diversidad de los líderes entrevistados, cuyas opiniones permitieron elaborar materiales de apoyo adaptados a las necesidades particulares de cada iglesia. Además,

el estudio evidenció el rol activo que estos líderes pueden desempeñar en la promoción de la salud comunitaria.

Conclusión

Este estudio concluye que los líderes de las iglesias adventistas del distrito de Los Polvorines valoran positivamente los programas de salud, participan de manera activa y están dispuestos a impulsar nuevas iniciativas. Las acciones promovidas por las iglesias son bien recibidas por la comunidad y han sido reconocidas por el municipio.

Los líderes identificaron como ECNT más prevalentes a la hipertensión y la diabetes, vinculadas

con factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo.

Como respuesta, se propuso la creación de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales de la salud que lleve a cabo reuniones trimestrales, con el fin de fortalecer los espacios de promoción de la salud en las iglesias y en la comunidad.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2018 [actualizado el 23 de diciembre de 2024; citado el 1 de enero de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Los%20principales%20tipos%20de%20ENT,el%20asma\)%20y%20la%20diabetes](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Los%20principales%20tipos%20de%20ENT,el%20asma)%20y%20la%20diabetes)
2. Khemthong K, Turnbull N, Suwanlee SR, Peltzer K. The prevalence of alcohol and tobacco use associated risk factor of noncommunicable diseases in Si Sa Ket province, Thailand. *Stud Health Technol Inform.* 2020;270:1407-1408.
3. Pop TL, Namazova-Baranova L, Mestrovic J, Nigri L, Vural M, Sacco M, et al. The role of healthy lifestyle promotion, counseling, and follow-up in noncommunicable diseases prevention. *J Pediatr* [Internet]. 2020 [citado el 1 de enero de 2025];217(1):221-223. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.10.061>
4. Horton R. NCDs—Why are we failing? *Lancet.* 2017;390(10092):346.
5. Saha A, Alleyne G. Recognizing noncommunicable diseases as a global health security threat. *Bull World Health Organ.* 2018;96(11):792-793.
6. Modesti PA, Wang J, Damasceno A, Agyemang C, Van L, Persu A, et al. Indirect implications of COVID-19 prevention strategies on non-communicable diseases. *BMC Med.* 2020;18(1):1-16.
7. Azarpazhooh MR, Morovatdar N, Avan A, et al. COVID-19 Pandemic and burden of non-communicable diseases: An ecological study on data of 185 countries. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2020;29(9):105089.
8. Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet.* 2020;395(10238):1678-1680.
9. Lapuente M, Estruch R, Shahbaz M, Casas R. Relation of fruits and vegetables with major cardiometabolic risk factors, markers of oxidation, and inflammation. *Nutrients.* 2019;11(10): 23-81.
10. Martini D. Health benefits of mediterranean diet. *Nutrients.* 2019;11(8):1802.
11. Antunes R, Frontini R, Amaro N, et al. Exploring lifestyle habits, physical activity, anxiety and basic psychological needs in a sample of portuguese adults during covid-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(12):43-60.

12. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la promoción de la salud? [Internet]. 2016 [citado el 1 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.
13. Glagola C, Wilcox S, Bernhart JA, et al. Church leaders' views of obesity prevention efforts for children and youth. *J Nutr Educ Behav* [Internet]. 2020 [citado el 1 de enero de 2025];52(3):259-269. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.09.019>
14. Idler E, Levin J, Vanderweele TJ, Khan A. Partnerships between public health agencies and faith communities. *Am J Public Health*. 2019;109(3):346-347.
15. Draper CE, Tomaz SA, Zihindula G, Bunn C, Gray CM, Hunt K, et al. Development, feasibility, acceptability and potential effectiveness of a healthy lifestyle programme delivered in churches in urban and rural South Africa. *PLoS One*. 2019;14(7):1-28.
16. Sharpe PA, Wilcox S, Stucker J, Kinnard D, Bernhart J, James KL. Community health advisors' characteristics and behaviors, role performance, and volunteer satisfaction in a church-based healthy eating and physical activity intervention. *J Community Health*. 2020;45(1):88-97.
17. Patton J, Thompson C, Bauer A, et al. A multilevel diabetes and CVD risk reduction intervention in African American churches: Project faith influencing transformation (FIT) feasibility and outcomes. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2020;10(1007):1-12.
18. Ayton D, Manderson L, Smith BJ, Carey G. Health promotion in local churches in Victoria: An exploratory study. *Health Soc Care Community*. 2016;24(6):728-738.
19. Fernández F, Yavich, N, Báscolo EP, Rodríguez G. Intervenciones poblacionales sobre enfermedades crónicas no transmisibles en Rosario, Argentina. *Rev da UIIPS*. 2016;4(4):1-16.
20. Penn L, White M, Oldroyd J, et al. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: The European diabetes prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. *BMC Public Health*. 2009;9(1):342.
21. Strandbygaard U, Thomsen SF. A daily SMS reminder increases adherence to asthma treatment: A three-month follow-up study. *Respir Med* [Internet]. 2010 [citado el 1 de enero de 2025];104(2):166-171.
22. Perri MG, Limacher MC, Durning PE, Janicke DM, Lutes LD, Bobroff LB, et al. Treatment of obesity in underserved rural settings (TOURS): A randomized trial of extended-care programs for weight management. *Arch Intern Med*. 2008;168(21):2347-2354.

Anexo 1

Folleto virtuales

Hipertensión arterial



Es cuando la fuerza de la sangre contra las paredes arteriales es muy alta, provocando que el corazón trabaje más para bombear la sangre.

SÍNTOMAS

La mayoría de las personas que presentan hipertensión **no tienen síntomas.**

Y en algunas ocasiones reportan:



Dolor de cabeza

Mareo

Palpitaciones

Zumbido en los oídos

Problemas de visión y/o hemorragias nasales



Factores de riesgo:

a) **Estilo de vida:**

- Consumo de alimentos con alto contenido en sal y grasas.
- Consumo insuficiente de frutas y verduras.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Estrés.
- Inactividad física.

b) **Factores metabólicos:**

- Diabetes.
- Enfermedad renal crónica.
- Transtornos de las glándulas suprarrenales.
- Colesterol elevado, sobrepeso u obesidad.



TRATAMIENTO

- Cambios en el estilo de vida
- Administración de medicamentos



ALIMENTACIÓN SANA

LAS CLAVES

Dieta

SALUDABLE

Protege de la malnutrición y enfermedades (la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer).
Los hábitos alimentarios sanos comienzan en los primeros años de vida.

NO SALUDABLE

Uno de principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo junto con la falta de actividad física.
La ingesta calórica debe estar en consonancia con el gasto calórico.

INGESTA CALÓRICA DIARIA

Las grasas no deberían superar el 30% No superar 5gr de sal No superar 50gr de azúcar diarios

PRINCIPIOS BÁSICOS DE UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Come frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales.

Las grasas industriales de tipo trans no forman parte de una dieta sana.

5 piezas

de frutas y hortalizas al día.

CONSEJOS PRÁCTICOS

FRUTAS, VERDURAS Y HORTALIZAS

- INCLÚYELAS EN TODAS LAS COMIDAS.
- FRESCAS Y CRUDAS DE APERITIVO.
- SELECCIÓN VARIADA.

GRASAS

- SEPARALAS DE LA CARNE.
- UTILIZA ACEITES VEGETALES.
- REDUCE LOS ALIMENTOS DE ALTO CONTENIDO EN GRASAS SATURADAS.

SAL, SODIO Y POTASIO

- REDUCE EL CONSUMO DE APERITIVOS SALADOS.
- ELIGE PRODUCTOS CON MENOS CONTENIDO EN SODIO.

AZÚCAR

- LIMITA LOS ALIMENTOS Y BEBIDAS CON ALTO CONTENIDO DE AZÚCAR.
- SUSTITÚYELAS POR FRUTAS.

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA

6 BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

El ejercicio aumenta la capacidad física y permite reducir el peso y la ansiedad. Además, ayuda a prevenir las enfermedades del corazón, la diabetes, la osteoporosis y otros muchos problemas.



RECOMENDACIÓN ACTIVIDAD FÍSICA OMS

<p>NIÑOS (5-17 AÑOS)</p>	<p>60 MINUTOS / DÍA DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA DE INTENSIDAD ENTRE MODERADA Y ALTA</p>
<p>ADULTOS (18-65 AÑOS)</p>	<p>150 MINUTOS / SEMANA DE ACTIVIDAD CON INTENSIDAD MODERADA o 75 MINUTOS / SEMANA DE ACTIVIDAD CON INTENSIDAD ALTA</p>
<p>MAYORES DE 65 AÑOS</p>	<p>PARA MAYORES DE 65 CON PROBLEMAS DE MOVILIDAD: 3 VECES / SEMANA ACTIVIDADES DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR Y MEJORA DEL EQUILIBRIO</p> <p>UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA</p>

Los 10 peores alimentos que puedes tomar

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DEL PLATA

1 Bollería industrial
Muy calórica, poco nutritiva, favorece la obesidad y puede ser adictiva.

2 Alimentos procesados
Alto contenido en azúcar, sal y grasas, además de saborizantes y conservantes.

3 Zumos de frutas envasados
Incluyen azúcar, agua y sabor artificial. Si es zumo natural, ha perdido parte de sus vitaminas.

4 Colorante amarillo o tartracina
Puede producir tos espasmódica, crisis asmáticas, rinitis alérgica, picazón, insomnio e hiperactividad.

5 Comida rápida
Escaso aporte nutricional y alto contenido de grasa, calorías y sodio.

6 Refrescos
Tienen una cantidad elevada de azúcar y su abuso puede favorecer la diabetes.

7 Alimentos en lata
El interior se recubre con resinas epoxi que liberan BPA (bisfenol A) y pueden causar malformaciones sexuales.

8 Frutas y verduras con pesticidas
Debemos pelarlas y lavarlas bien o adquirirlas orgánicas, especialmente si se consumen crudas.

9 Sal común o sal de mesa
Contiene solo cloruro sódico (a veces yodo y flúor), en lugar de los 84 elementos de la sal marina.

10 Trigo
Los híbridos actuales son más resistentes, pero parecen generar intolerancia al pan.

Si consumes estos alimentos, hazlo de forma moderada.

Beneficios de dormir bien

Los beneficios de dormir bien van desde mejoras en el corazón, el peso y hasta en la mente.



El cerebro está sorprendentemente ocupado mientras duermes;
En este tiempo fortalece la memoria o practica las habilidades que aprendes mientras estás despierto un proceso que se llama consolidación.



El sueño Favorece
La producción de ideas nuevas y más creativas.



6-8 Horas
Dormir menos de 6-8 horas puede ser fatal para la salud; dormir nueve o más horas el día no perjudica la salud, pero se suele ser un indicador de alguna enfermedad seria.



Belleza
Dormir bien es un eficaz tratamiento de belleza.



Beneficios para el sistema Cardiovascular
Echarse una siesta de 45 minutos durante el día puede tener beneficios para el sistema cardiovascular según un estudio la presión arterial se mantiene más baja si dormimos siestas.



Larga Vida
Científicos de la universidad de California, en San Diego demostraron que el secreto de una vida larga para las mujeres es dormir.

6.5 HORAS

Vida Saludable
El cuerpo produce moléculas extras de proteína mientras duermes que te ayuda a fortalecer la habilidad de combatir alguna infección.





Las dietas
Para perder peso producen mejores resultados en quienes están más descansados.



Depresión
Dormir es un buen remedio para reducir el estrés y combatir la irritabilidad, el mal humor y la depresión.



NO DORMIR BIEN

La falta de sueño o el no dormir bien no solo produce un nuestro cuerpo un cansancio que impide que realices las actividades cotidianas, también puede dañar tu salud.



UNIVERSIDAD
ADVENTISTA DEL PLATA

Anexo 2

Encuestas

Iglesia Adventista distrito Polvorines			
TEST FINDRISK			
Cálculo Riesgo de Desarrollar Diabetes en los Próximos 10 años			
Nombre y Apellido: _____			
Edad: _____			
1. EDAD	Menos de 45 años		0 PUNTOS
	45-54 años		2 PUNTOS
	55-64 años		3 PUNTOS
	Más de 64 años		4 PUNTOS
2. IMC (Kg/m ²)	Menos de 25 kg/m ²		0 PUNTOS
	25-30kg/m ²		1 PUNTO
	Mayor de 30kg/m ²		2 PUNTOS
3. PC (cm)	MUJER	HOMBRE	
	< 80 cm	< 94 cm	0 PUNTOS
	80-88 cm	94-102 cm	3 PUNTOS
	> 88 cm	> 102 cm	4 PUNTOS
4. EJERCICIO (30 min/diarios)	SÍ		0 PUNTOS
	NO		2 PUNTOS
5. FRECUEN- CIA: FRUTAS O VERDURA	CADA DÍA		0 PUNTOS
	NO CADA DÍA		1 PUNTO
6. Toma medicación para HTA regularmente	NO		0 PUNTOS
	SÍ		2 PUNTOS
7. ¿Le han detectado alguna vez, en un control médico, un nivel muy alto de glucosa en su sangre?	NO*		0 PUNTOS
	SÍ		5 PUNTOS

8. Antecedentes familiares (diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2)	NO	0 PUNTOS
	Sí: Abuelos, tíos, primos	3 PUNTOS
	Sí: Padres, hermanos o hijos	5 PUNTOS

* Comprobar el resultado de la medición actual de la glucemia (mayores de 45 años).

TOTAL DE PUNTOS _____

TOTAL ESCALA DE RIESGO	VALOR
BAJO	0-7
LIGERAMENTE ALTO	8-11
MODERADO	12-14
ALTO	15-20
MUY ALTO	21

} DERIVACIÓN AL MÉDICO

Iglesia Adventista distrito Polvorines
Cuestionario de Pittsburg de Calidad de sueño

Nombre y Apellido: _____ Edad: _____
 Sexo: F - M Ocupación: _____

Instrucciones:

Las siguientes preguntas solo tienen que ver con sus hábitos de sueño durante el último mes. En sus respuestas debe reflejar cuál ha sido su comportamiento durante la mayoría de los días y noches del pasado mes. Por favor, conteste a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse?

2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? (marque con una X la casilla correspondiente)

Menos de 15 minutos	Entre 16-30 min.	Entre 31-60 min.	Más de 60 min.

3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana?

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido durante el último mes?

5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido usted problemas para dormir a causa de:

a) No poder conciliar el sueño en primera media hora:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

b) Despertarse durante la noche o de madrugada:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

c) Tener que levantarse para ir al servicio:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

d) No poder respirar bien:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

e) Toser o roncar ruidosamente:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

f) Sentir frío:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

g) Sentir demasiado calor:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

h) Tener pesadillas o malos sueños:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

i) Sufrir dolores:

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

j) Otras razones. Por favor descríbalas:

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?

Muy buena	
Bastante buena	
Bastante mala	
Muy mala	

7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

Ninguna vez en el último mes	
Menos de una vez a la semana	
Una o dos veces a la semana	
Tres o más veces a la semana	

9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el tener ánimos para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

Ningún problema	
Solo un leve problema	
Un problema	
Un grave problema	

10. ¿Duerme usted solo o acompañado?

Solo	
Con alguien en la habitación	
En la misma habitación, pero en otra cama	
En la misma cama	

Instrucciones para la interpretación del test de Calidad de Sueño de Pittsburg (PSQI).

El PSQI contiene un total de 19 preguntas. Las 19 preguntas se combinan para formar siete áreas con su puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0 y 3 puntos.

En todos los casos, una puntuación de “0” indica facilidad, mientras que una de “3” indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suma finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos.

“0” indica facilidad para dormir y “21” dificultad severa en todas las áreas.

Ítem 1: Calidad Subjetiva de Sueño

Examine la pregunta n°6 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Muy buena	0
Bastante buena	1
Bastante mala	2
Muy mala	3

Puntuación ítem 1: _____

Ítem 2: Latencia de Sueño

1. Examine la pregunta n°2 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
≤15 minutos	0
16-30 minutos	1
31-60 minutos	2
≥60 minutos	3

Puntuación pregunta 2: _____

2. Examine la pregunta n°5 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación pregunta 5: _____

3. Sume la pregunta 2 y 5

Suma de las preguntas 2 y 5: _____

4. Asigne la puntuación al ítem 2 como se explica a continuación:

Suma de la Pregunta 2 y 5	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación ítem 2: _____

Ítem 3: Duración del Sueño

Examine la pregunta n°4 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Más de 7 horas	0
Entre 6 y 7 horas	1
Entre 5 y 6 horas	2
Menos de 5 horas	3

Puntuación ítem 3: _____

Ítem 4 Eficiencia habitual de Sueño

1. Escriba el número de horas de sueño (Pregunta n°4) aquí: _____

2. Calcule el número de horas que pasa en la cama:

a. Hora de levantarse (Pregunta n°3):

b. Hora de acostarse (Pregunta n°1):

Hora de levantarse – hora de acostarse _____ Número de horas que pasas en la cama.

3. Calcule la eficiencia habitual de Sueño como sigue: (número de horas dormidas/Número de horas que pasas en la cama) x 100 = Eficiencia Habitual de Sueño (%)

(_____/_____) x 100 = ____%

4. Asigne la puntuación al ítem 4:

Eficiencia habitual de sueño (%)	Puntuación
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Puntuación ítem 4: _____

Ítem 5: Perturbaciones del sueño

1. Examine las preguntas n°5b-j y asigne la puntuación para cada pregunta:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación 5b _____

Puntuación 5c _____

Puntuación 5d _____

Puntuación 5e _____

Puntuación 5f _____

Puntuación 5g _____

Puntuación 5h _____

Puntuación 5i _____

Puntuación 5j _____

2. Sume las puntuaciones de las preguntas n°5b-j:

Suma puntuación 5b-j _____

3. Asigne la puntuación del ítem 5:

Respuesta	Puntuación
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Puntuación ítem 5: _____

Ítem 6: Utilización de medicación para dormir

Examine la pregunta n°7 y asigne la puntuación

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación ítem 6: _____

Ítem 7: Disfunción durante el día

1. Examine la pregunta n°8 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación pregunta 8: _____

2. Examine la pregunta n°9 y asigne la puntuación:

Respuesta	Puntuación
Ninguna vez en el último mes	0
Menos de una vez a la semana	1
Una o dos veces a la semana	2
Tres o más veces a la semana	3

Puntuación pregunta 9: _____

3. Sume la pregunta n°8 y la n°9

Suma de la Pregunta 8 y 9: _____

4. Asigna la puntuación del ítem 7:

Suma de la Pregunta 8 y 9	Puntuación
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Puntuación ítem 7: _____

Puntuación PSQI Total

Sume la puntuación de los 7 ítems

Puntuación PSQI Total: _____-

Anexo 3

Propuesta de planificación de actividades “Espacio de promoción de la salud en las iglesias de Polvorines” Polvorines: mes de la salud

La propuesta se articula en torno a los ocho remedios naturales (agua, descanso, ejercicio, luz solar, aire, nutrición, temperancia y esperanza), junto con una serie de charlas de capacitación —sueño, actividad física, alimentación y emociones positivas— desarrolladas por la investigadora de este trabajo. El material de las charlas fue compartido con los líderes que participaron en el estudio.

La actividad se desarrollará en cuatro encuentros, a través de la plataforma Zoom o mediante transmisiones en vivo (*lives*) por Youtube o Instagram, en los cuales se abordarán los siguientes temas:

1. Descanso/sueño
2. Ejercicio, luz solar, aire puro
3. Nutrición, agua
4. Temperancia, emociones positivas y esperanza

Los temas pueden ser distribuidos entre los líderes. Cada charla tendrá una duración de entre 30 y 45 minutos.

Enero 2021						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2 1.Descanso/sueño Lider:	3
4	5	6	7	8	9 2. Ejercicio, luz solar, aire puro Lider:	10
11	12	13	14	15	16 3. Nutrición, agua Lider:	17
18	19	20	21	22	23 4. Temperancia, emociones positivas y esperanza Lider:	24
25	26	27	28	29	30	31