

Seminario Teológico Adventista Interamericano

Recinto Universidad de Montemorelos



COMPROMISO CON LOS PRINCIPIOS DE SALUD  
Y SU RELACION CON LA PREVALENCIA  
DE OBESIDAD EN LOS PASTORES  
ADVENTISTAS DE LA UNION  
VENEZOLANA ANTILLANA

Tesis

Presentada en cumplimiento parcial  
de los requisitos para el grado de  
Doctor en Ministerio

por

Leo Ramón Acosta Palma

Agosto de 2012

CIB  
Ej.1



TD  
253.2  
A185c  
2012  
21

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS  
CENTRO DE INFORMACION-BIBLIOTECA

Seminario Teológico Adventista Interamericano

Recinto Universidad de Montemorelos



COMPROMISO CON LOS PRINCIPIOS DE SALUD  
Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA  
DE OBESIDAD EN LOS PASTORES  
ADVENTISTAS DE LA UNIÓN  
VENEZOLANA ANTILLANA

Tesis  
Presentada en cumplimiento parcial  
de los requisitos para el grado de  
Doctor en Ministerio

Por  
Leo Ramón Acosta Palma

Agosto de 2012

73749

SÍNTESIS

COMPROMISO CON LOS PRINCIPIOS DE SALUD  
Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA  
DE OBESIDAD EN LOS PASTORES  
ADVENTISTAS DE LA UNIÓN  
VENEZOLANA ANTILLANA

Por

Leo Ramón Acosta Palma

Asesor: José Mercedes Espinosa Almazán

## SÍNTESIS DE TESIS DOCTORAL

Disertación

SEMINARIO TEOLÓGICO ADVENTISTA INTERAMERICANO

Recinto Universidad de Montemorelos

**Título: COMPROMISO CON LOS PRINCIPIOS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA DE OBESIDAD EN LOS PASTORES ADVENTISTAS DE LA UNIÓN VENEZOLANA ANTILLANA**

Investigador: Leo Ramón Acosta Palma

Asesor: José Mercedes Espinosa Almazán, D. Min.

Fecha de terminación: Julio de 2012

### Problema

Se ha notado que algunos pastores muestran poco interés en el mensaje de salud. Esto se pone en evidencia porque pocos hablan del asunto, no relacionan la salud con la espiritualidad, no predicán de salud. Como se puede observar, la llamada epidemia del siglo XXI, la obesidad, está presente entre feligreses y aun entre pastores.

Este problema despertó el interés por conocer la realidad de esta situación y, eventualmente, buscar soluciones en caso de que resultara real que hay poco compromiso con la salud.

## Método

Se aplicaron dos instrumentos, uno para medir el grado de compromiso con la salud y otro para evaluar los hábitos de salud de los pastores, ambos fueron validados.

Se determinó el grado de obesidad de los participantes mediante índice e indicadores oficiales, como son el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia abdominal (CA). Además se evaluó: La glicemia en ayunas y postprandial, valores de insulina en ayunas y postprandial, y niveles de thyroid stimulate hormone (TSH). Se conocieron las variables: Edad, años de servicio, ordenación o no, y títulos académicos alcanzados.

## Resultados

Participaron 98 personas en el estudio, la mayoría de ellos con títulos de licenciatura y ordenados. Solo 27.5 por ciento resultaron muy comprometidos o comprometidos con la salud, del resto los resultados son poco o nada comprometidos con la salud. La mayoría de la muestra, 79.5 por ciento, tiene malos o muy malos hábitos de salud. De acuerdo al IMC, si se suma la proporción de personas con sobrepeso y las personas con diagnóstico de obesidad, resulta ser el 69.4 por ciento. El 33.67 por ciento resultó tener obesidad cuando se utiliza como criterio de clasificación el IMC y/o la CA.

## Conclusión

Al revisar los resultados, en la presente investigación se llega a la conclusión de que existe poco compromiso con la salud, lo que se ve reflejado en los hábitos inadecuados y la alta prevalencia de obesidad de la muestra. Por lo que se hacen recomendaciones, con la finalidad de enfrentar el problema.

ABSTRACT

COMMITMENT TO THE PRINCIPLES OF HEALTH AND ITS  
RELATION TO PREVALENCE OBESITY  
IN THE ADVENTIST PASTORS  
FROM VENEZUELAN  
ANTILLAN UNION

By

Leo Ramón Acosta Palma

Adviser: José Mercedes Espinosa Almazán

## ABSTRACT OF GRADUATE STUDENT RESEARCH

Dissertation

Inter-American Adventist Theological Seminary

Universidad de Montemorelos Precinct

Title: COMMITMENT TO THE PRINCIPLES OF HEALTH AND ITS RELATION TO PREVALENCE OBESITY IN THE ADVENTIST PASTORS FROM VENEZUELAN ANTILLAN UNION

Name of the Researcher: Leo Ramón Acosta Palma

Advisor: José Mercedes Espinosa Almazán, D. Min.

### Problem

It has been noticed that some pastors have little interest in the health message. This is evidenced because few speak of the matter, not health related to spirituality, not preach health. Also subjectively can be observed, that the call XXI century epidemic, obesity is present between parishioners and even among pastors.

This issue aroused the researcher's interest in knowing the reality of this situation and eventually find solutions, if that was true that there is little commitment to health.

### Method

Two instruments were applied, one to measure the degree of commitment to health and one to assess the health habits of the pastors. It was quantified the degree of

obesity of the participants mediating the indices used in medicine, namely, body mass index (BMI) and waist circumference (WC). It also identified the following tests: Blood sugar fasting and post prandial, fasting insulin and post prandial, TSH (Thyroid Stimulating Hormone). It was also measured variables: age, years of service, management and academic degrees or not achieved.

### Results

98 people participated in the study, most of them with titles of licensed and ordained. Only 27.5 were very committed and committed to health, the rest results with little or no health compromised. Most of the sample was bad or very bad health habits. When, according to BMI, join people with overweight and obese it was found to be 69.4%. The 33.67% was found to be obese when used as classification criteria BMI and / or CA.

### Conclusion

Reviewing the results of this research concludes that there is little commitment to health, which is reflected in: bad or very bad health habits and high obesity rate in the sample. Recommendations are made in order to address the problem.



Seminario Teológico Adventista Interamericano

Recinto Universidad de Montemorelos

COMPROMISO CON LOS PRINCIPIOS DE SALUD  
Y SU RELACIÓN CON LA PREVALENCIA  
DE OBESIDAD EN LOS PASTORES  
ADVENTISTAS DE LA UNIÓN  
VENEZOLANA ANTILLANA

Tesis  
Presentada en cumplimiento parcial  
de los requisitos para el grado de  
Doctor en Ministerio

Por

Leo Ramón Acosta Palma

Agosto de 2012


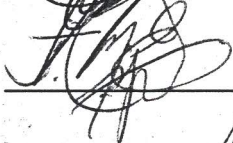
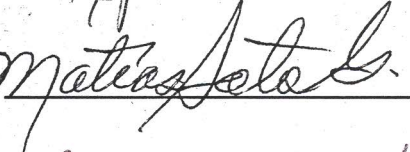
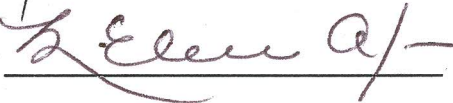


**SEMINARIO TEOLÓGICO ADVENTISTA INTERAMERICANO**  
Recinto: Universidad de Morelos

**ACTA DE DEFENSA DE  
TESIS DOCTORAL**

En la ciudad de Morelos, Nuevo León, México, siendo las 18:00 horas del día 10 de Julio de 2012 se reunieron en la Capilla de Teología los miembros del Comité Examinador de la recepción de grado de Doctorado en Ministerio del alumno Leo Ramón Acosta Palma

Dicho **Comité Examinador** estuvo integrado por las siguientes personas:

Presidente del SETAI	<u>Dr. Jaime Castrejón</u>	Firma 
Asesor Presidente	<u>Dr. José M. Espinosa</u>	Firma 
Miembro Asesor	<u>Dr. Matías Soto</u>	Firma 
Examinador Externo	<u>Dra. María Elena Acosta</u>	Firma 

Con mi firma y sello al calce yo, Dr. José Omar Velázquez C. Coordinador del SETAI, Recinto Universidad de Morelos, certifico que las firmas fueron hechas en mi presencia, son auténticas y corresponden a las personas cuyos nombres figuran en el recuadro.

  
Firma: Dr. J. Omar Velázquez C.



Sello: Seminario Teológico Adventista Interamericano

## **DEDICATORIA**

Se dedica el presente trabajo a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, con la idea que los resultados de esta investigación puedan ser de utilidad para nuestros pastores. Pero no solo a los pastores sino a toda la feligresía.

Tenemos la misión de predicar el mensaje de los tres ángeles, pero para hacerlo debemos gozar de buena salud. Esta iglesia ha sido instruida con la reforma pro salud, la cual debe ser enseñada a todo el mundo, además cada feligrés debe ser un reflejo vivo que conoce y practica estos principios.

## RECONOCIMIENTOS

A Dios mi Padre celestial por darme el don de la vida, el plan de la salvación y las facultades para poder estudiar y ser útil a otros. A la Iglesia Adventista del Séptimo Día por acogerme en sus filas, además por tener las instituciones académicas donde sus ministros se pueden formar para cumplir mejor su ministerio. A la universidad de Montemorelos y en particular a la facultad de teología, con su personal docente y secretarial, por el esfuerzo que hacen para formar a sus estudiantes para ejercicio pastoral.

A la administración de la Unión Venezolana Antillana, porque sin yo ser un pastor ordenado, me dieron la oportunidad de cursar estudios hasta de quinto nivel, a los compañeros del ministerio por haber colaborado en la realización de la investigación. A mi asesor, el pastor José Mercedes Espinosa Almazán, quien más que un asesor fue un amigo, un hermano, una persona que da todo lo que tiene para servir a otros.

En forma muy especial a mi esposa y mis hijos, quienes supieron entender mis largas ausencias y siempre estuvieron listos a apoyarme.

## TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS		viii
LISTA DE TABLAS		ix
Capítulo		
I.	INTRODUCCIÓN	1
	Antecedentes del problema	2
	Justificación	3
	Definición del problema	4
	Hipótesis	5
	Preguntas de investigación	5
	Propósito de la tesis	5
	Objetivos específicos	5
	Delimitaciones	6
	Limitaciones	6
	Definición de términos	6
	Esbozo de la tesis	8
II.	MARCO TEÓRICO	10
	Compromiso	11
	Definición de compromiso	11
	Elementos del compromiso organizacional	13
	Componente afectivo	14
	Componente permanencia	14
	Componente normativo	14
	Concepto bíblico de salud	14
	La salud en el Antiguo Testamento	15
	Salud y alimentación	16
	Leyes y salud	18
	Prevención de infecciones de transmisión sexual	19
	Prevención de parasitosis	21
	Prevención de enfermedades infecto-contagiosas	21
	Prevención de problemas de dinámica sexual	22
	Sacerdote comprometido con la salud	23
	Dios como sanador	23
	La salud en el Nuevo Testamento	23
	Concepto de salud	24
	Medidas preventivas en el Nuevo Testamento	24

Jesús como sanador . . . . .	25
Pastor comprometido con la salud . . . . .	25
Final con salud . . . . .	26
Teología de la enfermedad . . . . .	27
Elena de White y la salud . . . . .	30
Inicio de la iglesia adventista y la salud . . . . .	30
Estilo de vida . . . . .	31
Evangelismo y salud . . . . .	32
Elena de White y la medicina preventiva . . . . .	33
Elena de White y el compromiso del pastor con la salud . . . . .	35
Autores seculares y el compromiso con la salud . . . . .	37
Medicina preventiva . . . . .	41
Medicina preventiva primaria . . . . .	41
Medicina preventiva secundaria . . . . .	43
Medicina preventiva terciaria . . . . .	44
Promotores de salud . . . . .	45
Obesidad . . . . .	46
Definición . . . . .	46
Causas . . . . .	47
Estilo de vida y alimentación . . . . .	47
Genética . . . . .	48
Problemas endocrinos y otras afecciones médicas . . . . .	49
Económicas . . . . .	49
Culturales . . . . .	49
Consecuencias . . . . .	50
Tratamiento . . . . .	51
Tratamiento médico . . . . .	51
Tratamiento quirúrgico . . . . .	52
Afectación a trabajadores de instituciones religiosas . . . . .	52
III. METODOLOGÍA . . . . .	54
Tipo de investigación . . . . .	54
Investigación descriptiva no experimental. . . . .	54
Investigación cuantitativa . . . . .	55
Investigación transversal . . . . .	55
Lugar geográfico, población y muestra . . . . .	55
Lugar geográfico . . . . .	56
Población y muestra . . . . .	61
Población . . . . .	61
Muestra . . . . .	61
Diseño de los instrumentos de investigación . . . . .	62
Variables . . . . .	62
Variable independiente . . . . .	62
Variable dependiente . . . . .	62
Construcción de los instrumentos . . . . .	63
Validación del instrumento . . . . .	64

Confiabilidad . . . . .	65
Operacionalización de las variables . . . . .	65
Hipótesis . . . . .	66
Hipótesis nula . . . . .	67
Operacionalización de las hipótesis . . . . .	67
Método . . . . .	68
IV. RESULTADOS . . . . .	70
V. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . . . . .	93
Resumen . . . . .	93
Conclusiones . . . . .	95
Recomendaciones . . . . .	98
A los administradores . . . . .	99
A las instituciones formadoras de pastores . . . . .	100
A los pastores . . . . .	100
A futuras investigaciones . . . . .	100
Apéndice	
A. INSTRUMENTO . . . . .	102
B. DOCUMENTOS DE TRÁMITE . . . . .	108
C. TABLAS DE ANÁLISIS . . . . .	119
LISTA DE REFERENCIAS . . . . .	161
CURRÍCULUM VITAE . . . . .	167

## LISTA DE FIGURAS

1. Distribución de la muestra en estudio según el campo al que pertenece . . . . .	69
2. Distribución de la muestra según la edad . . . . .	70
3. Distribución de la muestra según los años de servicio . . . . .	72
4. Distribución de la muestra y ordenación . . . . .	73
5. Distribución de la muestra y estudios alcanzados . . . . .	74
6. Distribución de los pastores según su grado de compromiso con la salud y el campo al que pertenecen . . . . .	76
7. Distribución de los promedios de las respuestas a cada pregunta sobre compromiso . . . . .	78
8. Distribución del promedio de la sumatoria de todas las respuestas sobre compromiso . . . . .	79
9. Distribución de la muestra según sus hábitos y el campo a que pertenece . . . . .	81
10. Distribución de los promedios de las respuestas a cada pregunta, sobre hábitos . . . . .	83
11. Distribución del promedio de la sumatoria de todas las respuesta de hábitos . . . . .	84
12. Correlación entre compromiso y los hábitos de salud de los pastores . . . . .	85
13. Distribución de los pastores según su IMC y el campo al que pertenecen . . . . .	87



## LISTA DE TABLAS

1. Distribución de la muestra en estudio según el campo al que pertenece . . . . .	68
2. Distribución de la población en estudio según la edad . . . . .	70
3. Distribución de la población de estudio según años de servicio . . . . .	71
4. Distribución de la población de estudio y ordenación . . . . .	72
5. Distribución de la población y nivel académico . . . . .	73
6. Distribución de los pastores según su grado de compromiso con la salud y el campo al que pertenecen . . . . .	75
7. Promedio de cada pregunta sobre compromiso . . . . .	77
8. Distribución de los pastores según hábitos de salud y el campo al que pertenece . . . . .	80
9. Promedio de cada pregunta sobre hábitos . . . . .	82
10. Correlación entre el grado de compromiso y los hábitos de salud de los pastores . . . . .	85
11. Distribución de los pastores según su IMC y el campo al que pertenecen . . . . .	86
12. Clasificación de los pastores evaluados según circunferencia abdominal . . . . .	88
13. Clasificación de la población según IMC y/o circunferencia abdominal . . . . .	88
14. Distribución de los pastores según su grado de compromiso y estado nutricional . . . . .	89

15. Niveles alterados de TSH, insulina basal, insulina post-pandrial, glicemia basal, glicemia post-pandrial y el campo a que pertenece . . . . .	90
---	----

## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

El asunto de la salud debería ser un tema que comprometa a toda persona, independientemente de que su profesión no esté relacionada con esta rama del saber. Si toda la colectividad tomara conciencia de la importancia de mantener el cuerpo sano, de adoptar medidas preventivas, de evitar cualquier situación que vulnere todo lo que tiene que ver con la salud, entendida esta de una manera holística, con toda seguridad los índices de morbilidad y mortalidad serían menores. A su vez no habría riesgo de la felicidad de la familia, ni estaría vulnerado el presupuesto por los gastos que ocasiona la enfermedad.

Hay personas que por el ejercicio de su profesión pueden contribuir a la salud de la colectividad. Los primeros son los profesionales de la salud: Médicos, enfermeras, bioanalistas, odontólogos; algunos otros que por la influencia que tienen pueden educar de manera positiva en medidas preventivas son los profesores, locutores, nutricionistas, sacerdotes, pastores. Aun personas no profesionales pueden contribuir con este objetivo, buen ejemplo de esto son los padres, ellos deben ser responsables de la salud de sus hijos; una forma de lograrlo es mediante una actitud de educación con la información que aportan, pero también con sus ejemplos.

Se puede concluir que todo aquel que tenga influencia sobre grupos de personas, tiene una oportunidad de contribuir a la salud de los que de él dependen. Naturalmente

esa persona tiene que estar motivada para hacer esa labor, él mismo debe estar interesado por su salud y sentir la responsabilidad hacia otros. Resulta interesante que la mejor forma de actuar respecto a la salud es la prevención. En forma particular la medicina preventiva primaria, la cual se hace cuando aún la persona no se ha enfermado. Dado que no hay enfermedad puede ser realizada por cualquier persona, aun sin ser médico.

Teniendo en mente estas ideas se investigó el grado de compromiso que tienen con la salud los pastores de la Unión Venezolana Antillana (UVA) que radican en Venezuela. Además, se supone que una persona comprometida con la salud debe ser sana, por esa razón además del grado de compromiso, se investigan sus hábitos de salud y el porcentaje de pastores que tienen obesidad.

### **Antecedentes del problema**

El ejercicio pastoral no se limita a predicar, incluye el liderazgo para orientar a la colectividad que se dirige en forma holística. Eso implica que el pastor debe estar comprometido con las funciones que su estatus le impone. Cumple: (a) funciones administrativas, es el administrador de la iglesia local, (b) funciones evangelistas, es el hombre de la palabra, (c) funciones *poiménicas*, es el cuidador del rebaño y (d) funciones educativas, tal vez estas sean las más complejas, porque incluyen varios aspectos.

Las funciones educativas del pastor no se limitan a enseñar al feligrés cómo estudiar las Sagradas Escrituras, incluyen otros aspectos: Cómo hablar, cómo comunicarse con sus hermanos y las visitas, cómo vestirse, cómo alimentarse, cómo ser un buen mayordomo. En general, debe enseñar un nuevo estilo de vida a los catecúmenos que aceptan formar parte de la iglesia.

Se presupone que en su formación académica el pastor recibió el entrenamiento para el ejercicio de estas funciones. También se presupone que los miembros de la iglesia adventista, dado que son orientados en todos los aspectos antes mencionados, tienen un estilo de vida diferente, que los hace personas saludables.

Hay comunidades que sin ser religiosas, mediante la presencia de promotores de salud, han logrado cambiar el estilo de vida de las personas y con ello la incidencia de algunas enfermedades. Hoy, cuando problemas como la obesidad y todas sus consecuencias han hecho estragos, la presencia de líderes comunitarios comprometidos con la salud hace la diferencia entre alta o baja incidencia de algunas enfermedades.

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública, que afecta tanto a adultos como a niños; esto sin duda traerá consecuencias terribles para el futuro. En ese sentido la escritora Elena de White deposita en el pastor la responsabilidad de enseñar lo que ella llama la reforma pro salud, ya que al hacerlo protege la comunidad que pastorea, pero también se protege él mismo.

Dado estos antecedentes, resulta muy importante conocer el grado de compromiso que tienen los pastores con la salud. En una comunidad de pastores comprometidos con la salud hay menos posibilidades de que la feligresía se enferme, evitándose muchas patologías que son previsibles, además de tratar de lograr el objetivo supremo: Una mente y un cuerpo sanos, en los cuales pueda morar el Espíritu Santo.

### **Justificación**

Desde los albores de la Iglesia Adventista del Séptimo Día se ha demostrado gran interés por la salud, es bien conocido entre los creyentes el término reforma pro salud. Este término no es más que un estilo de vida cuyos hábitos favorecen la salud. Se espera

que esta iglesia esté comprometida con el fomento de la medicina preventiva primaria, actividad que puede realizar cualquier persona aunque no sea médico, pero que en forma especial debe realizar el pastor.

Cualquier estudio que se realice sobre compromiso con la salud, reviste gran importancia. Los estragos que las enfermedades causan sobre la humanidad justifican todos los recursos que se inviertan en tal sentido. Por otra parte, al encontrar problemas en la población estudiada se pueden tomar medidas para mejorar la salud de los pastores y otras personas que trabajan en el ministerio, así como la salud de los feligreses y por extensión, de la población en general.

### **Definición del problema**

Ya ha sido expuesta la importancia de que las personas que ejercen influencia estén comprometidas con la salud. Si esto se hiciera, la población viviría más saludable. Lo contrario también es cierto: Si los que deben hacer medicina preventiva no lo hacen, se supone que esto afecta negativamente a la población y será más proclive a la enfermedad. En el ejercicio pastoral pudiera ocurrir que se le diera solo importancia a la labor principal del pastor, la cual es predicar el evangelio, y se descuidaran otras funciones que si bien no son claves, también son importantes.

Se ha notado que algunos pastores muestran poco interés en el mensaje de salud. Esto se pone en evidencia porque poco hablan del asunto, no relacionan la salud con la espiritualidad, ni predicán de salud. Además en forma subjetiva se puede observar que la llamada epidemia del siglo XXI, la obesidad, está presente entre feligreses y aun entre pastores. Este problema despertó el interés por conocer la realidad de esta situación y

eventualmente buscar soluciones, en caso de que resultara real el poco compromiso con la salud.

### **Hipótesis**

Hipótesis: Existe una relación directa entre el compromiso con la salud de los pastores de la UVA, sus hábitos de salud y la obesidad.

Hipótesis nula: No existe una relación directa entre el compromiso con la salud de los pastores de la UVA y sus hábitos de salud y la obesidad.

### **Preguntas de investigación**

¿Están los pastores comprometidos con la salud?

¿Qué relación existe entre el compromiso con la salud manifestado por los pastores de la UVA, los hábitos saludables y la obesidad?

### **Propósito de la tesis**

Evaluar el compromiso de los pastores de la UVA con la salud y determinar qué porcentaje de ellos son obesos.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar el grado de compromiso con la salud que manifiestan los pastores de la UVA.
2. Conocer las antecedentes familiares de los pastores que conforman la muestra.
3. Conocer los hábitos de salud de los pastores de la UVA.
4. Determinar el índice de masa corporal (IMC).
5. Determinar la circunferencia abdominal (CA).

6. Determinar por medio de análisis sanguíneo los valores de glicemia e insulina en ayunas y posprandial.

7. Determinar mediante análisis sanguíneo las cifras de TSH (Thyroid Stimulating Hormone).

### **Delimitaciones**

La presente investigación se limita a los pastores de la UVA, no incluye pastores de las otras uniones de Venezuela ni obreros denominacionales que no están sirviendo en la línea ministerial. También se limita a determinar el grado de compromiso de los pastores con la salud, a conocer sus hábitos y el porcentaje de ellos que tienen obesidad. Para el diagnóstico de obesidad se usa el método tradicionalmente aceptado por la medicina. Solo se determina el porcentaje de obesidad sin ahondar en aspectos complejos como estudios genéticos, cromosómicos o moleculares. No se evalúan las consecuencias de la obesidad sobre los que resulten positivos para la afección.

### **Limitaciones**

No hubo limitaciones para realizar la presente investigación, la misma se efectuó según los objetivos propuestos.

### **Definición de términos**

*Bypass* gástrico: Intervención quirúrgica sobre el estómago e intestino, destinada a reducir la absorción de calorías.

Bulimia nerviosa: Episodios involuntarios que llevan a comer en exceso.

Compromiso: Obligación contraída, palabra dada, fe empeñada, estar en dificultad.



Compulsivo: Es un trastorno perteneciente a los desórdenes de ansiedad.

Endógeno: Algo que proviene de adentro.

Estrógenos: Hormonas derivadas del núcleo ciclopentanoperhidrofenantreno, se componen de carbono, hidrógeno y oxígeno. Es la hormona típica de la mujer.

Exógeno: Se refiere a algo que se forma en el exterior.

Gen FTO: Gen relacionado con la obesidad, inhibe la sensación de saciedad.

Genética: Del término gen, que proviene de la palabra griega “γένος” y significa raza, generación. Es el campo de las ciencias biológicas que trata de entender cómo la herencia biológica se transmite de una generación a la siguiente.

Índice de Masa Corporal (IMC): Es una medida de asociación entre el peso y la talla. Sirve para clasificar a las personas en normales, con sobrepeso o con obesidad.

Ideado por el estadista belga L.A.J. Quetelec, por esta razón el IMC también se conoce con el nombre de Índice de Quetelec. Se calcula dividiendo el peso corporal expresado en kilogramos, entre la talla en metros, elevada al cuadrado.

Laparoscopia: Examen de endoscopia que permite visualizar las vísceras contenidas dentro del abdomen con un tubo óptico, en ocasiones se pueden realizar intervenciones quirúrgicas.

Mutación: Es una alteración o cambio en la información genética.

Obesidad: Aumento de la cantidad de grasa en el cuerpo.

Obesidad mórbida: El término hace referencia a un paciente con una elevación desde el 50 al 100 por ciento del peso ideal. También se habla de obesidad mórbida cuando el paciente tiene un  $IMC > 40$ .

Retinitis: Inflamación de la retina.

Salud: Estado de perfecto bienestar físico, mental y social. No necesariamente ausencia de enfermedad.

Sedentarismo: Tipo de vida que implica la ausencia de ejercicio físico habitual o con tendencia a la ausencia de movimientos.

Síndrome de Barnet-Biel: Es una enfermedad hereditaria que afecta muchas partes del cuerpo. Se caracteriza por obesidad, retinitis pigmentaria (ceguera nocturna y la pérdida progresiva de la visión periférica), retardo mental, hipogonadismo, daño renal y polidactilia (dedos extras).

Síndrome de Cushing: Enfermedad que ocurre cuando el cuerpo produce demasiado cortisol.

Síndrome de Prader-Willi: Es una alteración genética descrita en 1956 por los doctores suizos Andrea Prader, Alexis Labhart y Heinrich Willi en nueve pacientes que presentaban un cuadro clínico caracterizado por obesidad, talla baja, hipogonadismo, criptorquidia y alteraciones del aprendizaje, tras una etapa de hipotonía muscular pre y posnatal, dando la impresión de una lesión cerebral severa.

Síndrome metabólico: Es una serie de signos (factores de riesgo metabólico) que hablan del aumento de posibilidades de presentar hipertensión, accidentes cardiovasculares o diabetes.

### **Esbozo de la tesis**

La tesis está dividida en cinco capítulos. En este primer capítulo se presentan la introducción, antecedentes del problema, justificación, definición del problema, hipótesis, preguntas de investigación y finalmente una lista de términos. El segundo capítulo presenta el marco teórico, se hace una revisión bibliográfica y de investigaciones

relacionadas con el t3pico, se revisa lo que la Biblia y los libros de White aportan respecto a la salud; tambi3n se consultan autores seculares de los temas involucrados en la investigaci3n. El cap3tulo III hace referencia a la metodolog3a, se describe el lugar y la forma como se elaboraron los instrumentos de investigaci3n y finalmente c3mo se aplicaron. El cuarto cap3tulo presenta los resultados obtenidos. El 3ltimo cap3tulo recoge resumen, conclusiones y las recomendaciones dirigidas a los administradores, a los institutos formadores de pastores, a los pastores afectados por la obesidad y a las futuras investigaciones. Finalmente se presentan los ap3ndices y la bibliograf3a.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

Este capítulo contiene una revisión de la documentación existente acerca de las variables de esta investigación, con la intención de conseguir las bases teóricas y los antecedentes en relación al tema.

En primer lugar presenta el concepto de compromiso y cómo la literatura deja constancia de que es un elemento fundamental para el éxito de cualquier empresa. Luego se expone cómo las Sagradas Escrituras, tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento, hacen referencia frecuentemente al tema de la salud, por lo que el pastor no debe estar ajeno a esta situación. Se intenta explicar la enfermedad desde el punto de vista teológico.

En este mismo orden de ideas se consideran los escritos de Elena White, donde se deja evidencia de la importancia capital de la salud no solo como elemento importante para mantener la vida, sino también como pilar fundamental para la misión de predicar el evangelio. Igualmente, White manifiesta que la salud es parte del trabajo del pastor.

Por último se presenta el concepto de medicina preventiva, con sus diferentes componentes. Se aborda el problema de salud pública que representa la obesidad y cómo esta afección puede afectar a nuestra feligresía, que incluye a niños, adultos, y los mismos pastores.

## Compromiso

Si se pretende evaluar el grado de compromiso de los pastores con la salud, se debe tratar de entender el significado del término compromiso y desde esa perspectiva tratar de relacionarlo. Esta primera sección analiza la definición de compromiso así como las implicaciones y componentes del mismo.

### Definición de compromiso

La palabra compromiso proviene del latín *compromissum* y significa: Obligación contraída, palabra dada, fe empeñada, estar en dificultad.<sup>1-2</sup>

El compromiso tiene implicaciones de tipo psicológico, de tal manera que también la psicología propone su propia definición. Según Muchinsky el compromiso es el sentido de lealtad, unión y conexión entre el individuo y el equipo, aplicable a la empresa, a la organización y a las personas. Cuando el individuo está comprometido, acepta las metas de la organización y trabaja para cumplirlas.<sup>3</sup>

Otra óptica para el concepto de compromiso es el empleado en la organización empresarial, que se ajusta mucho mejor al concepto de la Real Academia de la lengua y puede ser aplicado en salud. Ayala define el compromiso como el “rasgo de sinceridad y real deseo de cumplir con un propósito”.<sup>4</sup> En esta línea de pensamiento es importante mencionar un personaje bíblico con el real deseo de cumplir un propósito, él nos da un ejemplo práctico de lo que es estar comprometido. El personaje en cuestión es Esdras. Es

---

<sup>1</sup>Hachette Castell, *Diccionario enciclopédico* (España: Castell, tomo 3, 1981), 506.

<sup>2</sup>Quillet, *Diccionario enciclopédico* (México: Cumbre, 13ª ed. tomo 4, 1988), 1.

<sup>3</sup>Paúl M. Muchinsky, *Psicología aplicada al trabajo* (México: Edamsa, 2007), 294.

<sup>4</sup>Fernando Ayala Espinosa, *Diccionario bilingüe de recursos humanos y administración* (México: Limusa, 2008), 100.

bien conocido que el templo de Jerusalén había sido destruido por los babilonios y todo había quedado en ruinas. Esdras habló con el rey Artajerjes de su interés en ir a reconstruir, consiguiendo el favor del rey, quien no solo le otorga los recursos, sino además la potestad para cumplir su cometido. Esdras no solo estaba interesado en reconstruir el templo, era un conocedor de la ley de Dios y sus ordenanzas, quería que los sacerdotes y el pueblo en general se volvieran a Dios. Por todas estas características tan especiales, Pereira le da el calificativo de un intelectual comprometido.<sup>1</sup>

Otro ejemplo de una persona comprometida es mencionado por Maxwell al hablar de las características que debe tener un líder, él afirma que todo líder debe ser comprometido, para que lo sigan. El ejemplo que presenta es el de Miguel Ángel, cuya pasión era la escultura; el papa Julio II le pidió que pintara la cúpula del Vaticano. Al comienzo no le llamaba la atención pintar doce personajes, pero una vez que aceptó, se comprometió consigo mismo y no solo pintó los doce apóstoles, sino además cuatrocientas personas y nueve escenas del libro de Génesis, que hoy pueden ser admiradas en la Capilla Sixtina.<sup>2</sup>

Por su parte Arias Galicia entiende el compromiso como un deber moral o psicológico adquirido hacia una persona, una institución o una situación.<sup>3</sup>

Meyer y Allen consideran el compromiso como un estado psíquico que describe el nexo que existe entre un individuo y una organización, esta relación genera un efecto

---

<sup>1</sup>Mario R. Pereira, *Biografías bíblicas* (México: Editorial Montemorelos, 2010), 95-110.

<sup>2</sup>John C. Maxwell, *The 21 indispensable qualities of a leader* (Nashville: Thomas Nelson Publisher, 2007), 15.

<sup>3</sup>Fernando Arias Galicia, "El compromiso personal hacia la organización y la intención de permanencia: algunos factores para su incremento", *Revista contaduría y administración UNAM*, no. 200 (enero-marzo 2001), 5-10.

sobre la decisión del empleado de seguir en la organización o abandonarla.<sup>1</sup> De esta forma el compromiso llega a ser una actitud mental de apego o desapego del empleado con la organización.

La definición de lo que es compromiso puede ser mal entendida. Tal es el caso de Hevia de la Jara, quien utiliza el término compromiso para referirse al sacrificio a que están sometidos los trabajadores de la salud cuando los ambientes de trabajo no son adecuados. El trabajador trabaja en condiciones inadecuadas por compromiso.<sup>2</sup>

Se desprende de estos enfoques que en el compromiso hay implicaciones cognitivas, psicológicas, éticas y sentimentales. Es así que están implicados valores como la lealtad a alguien o algo. Si se aplica lo antes dicho del término al constructo compromiso con la salud, se podría decir que una persona comprometida con la salud está unida sentimentalmente a la salud. Dicho de otra manera, está consciente de qué es salud, es fiel a sus principios, predica de salud con sus dichos pero también con sus hechos. Trabaja para que sus oidores o seguidores tengan salud. Se debe esperar que sea una persona saludable.

#### Elementos del compromiso organizacional

Hay varios elementos del compromiso, Muchinsky citando a Meyer y Allen refiere que hay tres componentes del compromiso: Afectivo, permanencia y normativo. A continuación se explican en detalle.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>John P. Meyer y Natalie J. Allen, "A three-component conceptualization of organizational commitment", *Human Resource Management* 1(1) (1991), 61-89.

<sup>2</sup>Felipe Hevia de la Jara, "Los sacrificados/comprometidos: Un sistema cultural al interior de los centros de salud antes de la reforma", *Cuadernos médicos sociales (Chile)* 47(4) (2007), 239-245.

<sup>3</sup>Muchinsky, 319.

### **Componente afectivo**

Se refiere al apego emocional del empleado y su identificación con la organización. Los empleados comprometidos afectivamente están se sienten parte de la organización.

### **Componente permanencia**

Se refiere al compromiso basado en los costos que el empleado asocia con dejar la organización, cuánto pierde o deja de ganar.

### **Componente normativo**

Se refiere a los sentimientos de obligación del empleado para permanecer con la organización.

## **Concepto bíblico de salud**

Esta sección considera el concepto de salud desde el punto de vista de la Biblia. Primeramente, en base al Antiguo Testamento, presenta el valor que Dios le dio a la salud desde el mismo principio, al interesarse en crear un ambiente adecuado y algunos preceptos vitales, incluyendo interés en la alimentación del hombre.

Posteriormente analiza las leyes de salud dadas por Dios a su pueblo escogido. Después analiza el valor de salud en el Nuevo Testamento mostrando el interés de Jesús en la salud del ser humano, así como las referencias a la salud que indican el interés de Dios por el bienestar de sus hijos.

Dios ama a toda la humanidad, aun la persona más simple sabe que cuando se ama a alguien se desea su bienestar; si lo anterior es cierto se puede concluir que Dios está interesado en el bienestar del hombre. La Organización Mundial de la Salud (OMS)



afirma que la salud es un perfecto estado de bienestar físico, mental y social, y no necesariamente ausencia de enfermedad. Este concepto sirve de base para las interpretaciones que se hacen de los textos bíblicos.<sup>1</sup> Salud es bienestar. Si Dios está interesado en el bienestar humano, Dios está interesado en la salud de todos los habitantes de este planeta.

### La salud en el Antiguo Testamento

Cuando se leen los capítulos 1 y 2 de Génesis,<sup>2</sup> se puede observar que Dios prepara un ambiente adecuado y crea todas las condiciones para que el hombre pueda vivir de la mejor manera; cada día que realiza algo lo evalúa y llega a la conclusión de que era bueno, así las cosas continúan hasta que el día sexto completa la creación de los animales, que había comenzado el día cinco con las aves y los peces; ese mismo día sexto crea al hombre, al final hace una evaluación general y llega a la conclusión de que era bueno en gran manera. Si la imaginación de una persona volara hasta el Edén, debe concluir que el único momento en que el hombre ha tenido un perfecto estado de bienestar físico, mental y social, fue cuando Dios lo colocó, con la mujer, en el jardín edénico. Todo fue planeado por Dios, quien pensó en la salud del hombre.

Si se observa lo que Dios realizó cada día de la creación, estos están relacionados con la salud. Al leer Génesis 1:6-8, en el día dos Dios separó las aguas de la expansión. El agua es parte fundamental en la conformación del ser humano, el 60-70 por ciento de la constitución de su cuerpo es agua; además el hombre necesita agua para beber y para asearse, ambos aspectos fundamentales para la salud. El día tres según Génesis 1:1-13

---

<sup>1</sup>OMS, "*Constitución de la organización de la salud*" (Génova, 1946).

<sup>2</sup>Cada vez que se cita la Biblia, salvo que se diga lo contrario, se refiere a la versión Reina-Valera 1960.

Dios creó las plantas, que serían la fuente de nutrientes para la alimentación humana. Si una persona no consume todos los nutrientes, simplemente se enferma y muere. Una vez que Dios había preparado todo, creó al hombre y lo puso a vivir en el mejor sitio del mundo.

### **Salud y alimentación**

Es del conocimiento general que de acuerdo con lo que comamos así será nuestra salud. El Creador pensó en esto desde el momento de la creación, es la razón por la que dio instrucciones a la pareja edénica de cómo sería su comida: “Y dijo Dios: He aquí que os he dado toda planta que da semilla, que está sobre toda la tierra, y todo árbol en que hay fruto y que da semilla; os serán para comer” (Gn. 1:29).

Hoy, cuando la ciencia ha avanzado, muchos están de acuerdo que una dieta a base de semillas, cereales, frutas y hojas verdes es mucho más saludable que la ingesta de carnes. El consumo de grasa animal está relacionado con algunos tipos de cáncer y la elevación del colesterol en la sangre, con sus consecuencias. El plan de Dios era que la humanidad estuviera libre de enfermedades.

Esta ordenanza no fue cambiada hasta el diluvio, cuando todo fue destruido. Al salir del arca no encontrarían fácilmente alimentos vegetales. Dios amplió la dieta y dice: “Todo lo que se mueve y vive, os será para mantenimiento: así como las legumbres y plantas verdes, os lo he dado todo. Pero carne con su vida, que es su sangre, no comeréis” (Gn. 9:3-4). A causa del pecado hubo que modificar la dieta, junto con ese cambio hubo una dramática afectación en la longevidad. Esto se pone de manifiesto cuando se compara la vida de los antediluvianos con los posdiluvianos.

Una nueva indicación sobre la alimentación aparece en Levítico 7:22-23: “Habló más Jehová a Moisés, diciendo: Habla a los hijos de Israel, diciendo: Ninguna grosura de buey ni de cordero ni de cabra comeréis”. Específicamente tenía que ver con el consumo de grasa animal, ya que se mencionó lo perjudicial que puede ser para el cuerpo. Algunos tipos de cáncer están asociados con la ingesta de grasa, entre otros cáncer de mama, de próstata, de páncreas y de colon, además elevación del colesterol y enfermedades cardiovasculares.<sup>1</sup> Aunque no se tengan conocimientos médicos, casi cualquier persona ha tenido la experiencia que cuando cuida un enfermo crónico, le suspenden alimentos como carnes rojas, de cerdo y embutidos.

En Levítico 10:14 se lee: “Comeréis asimismo en lugar limpio”. Es innecesario realzar la importancia de ingerir los alimentos en un lugar limpio, lo opuesto sería aumentar el riesgo de enfermedad y perder la salud.

Una nueva recomendación dietética aparece en el bien conocido Levítico 11, donde se clasifican los animales en limpios e inmundos, siendo la orden de Dios que solo se consumieran los limpios. También esa indicación tiene aplicación hoy, cuando se conoce que algunos mamíferos clasificados como inmundos son reservorios de parásitos como el *Tripanosoma cruzi*.

En Jueces 13:3-4 se indica: “A esta mujer apareció el ángel de Jehová, y le dijo: He aquí que tú eres estéril, y nunca has tenido hijos; pero concebirás y darás a luz un hijo. Ahora, pues, no bebas vino ni sidra, ni comas cosa inmunda”. Aquí tenemos una indicación dietética para la mujer embarazada, se sabe que las mujeres gestantes no deben consumir alcohol por las consecuencias para el feto. Dios, en su infinita sabiduría, desde

---

<sup>1</sup>John Dixon J., “The effect of obesity on health outcomes”, *Molecular & Cellular Endocrinology*, Vol. 316 (2010), 104-108.

la antigüedad, contraindicó las bebidas embriagantes no solo para las mujeres embarazadas sino para todo ser humano.

En la antigüedad no existían neveras ni otro equipo de refrigeración que permitiera conservar la carne, es relevante que al respecto Dios ordenó en Levítico 7:15: “Si se comiere de la carne del sacrificio de paz al tercer día, el que lo ofreciere no será acepto, ni le será contado; abominación será, y la persona que de él comiere llevará su pecado”; en otras palabras, el sacerdote no podía aceptar carnes viejas. Las carnes expuestas a la intemperie fuera de refrigeración se dañan, sería un atentado contra la salud comerlas. Dios en su sabiduría lo prohibía y lo calificaba como pecado.

### **Leyes y salud**

Siendo que Dios es un Dios de orden, es de esperar que existan leyes que rijan el comportamiento del hombre, algunas de estas leyes están relacionadas con la salud, de esta manera se notará en las próximas líneas. El Creador entregó la ley moral que refleja su carácter (Éx.20:1-17), esta ley permite mantener una buena relación con él a través de los primeros cuatro mandamientos, y una buena relación con las demás personas a través de los seis siguientes. Resulta que guardar la ley produce regocijo, según se lee en Salmos 119:16, es decir, una persona tiene salud psicológica cuando está bien con ella misma y con las demás. Quien guarda la ley de Dios tiene esta especial condición, está bien consigo porque tiene una relación adecuada con su Creador, está bien con sus congéneres porque los ama al cumplir los mandamientos que se refieren a las relaciones con los demás. Por lo tanto es claro que el guardar la Ley de Dios es un factor fundamental para la conservación de la salud en todos sus aspectos: Físico, mental, espiritual y social.

## **Prevención de infecciones de transmisión sexual**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema para la humanidad, algunas de ellas no solo afectan físicamente, sino que pueden conducir a la muerte. Dios en su sabiduría se opone a la promiscuidad sexual. La simple lógica enseña que mientras más promiscua sea una persona, más posibilidades tiene de contraer ITS. La ley de Dios establece en Éxodo 20:14: “No cometerás adulterio”, con lo que se hace prevención de las ITS; pero no solo eso, se evita el daño psicológico que sufre la persona que descubre que su pareja le fue infiel, se evita la destrucción del hogar, y por ende los niños abandonados. Claramente se puede observar que Dios deseaba evitar el daño físico, el daño mental, depresión por la infidelidad conyugal; finalmente evitar el daño social de niños desamparados. Lo anterior es prevención para obtener salud y bienestar integral.

No solo la ley de Dios hace prevención de las ITS, en Deuteronomio 27:20-23 advierte: “Maldito el que se acostare con la mujer de su padre, por cuanto descubrió el regazo de su padre. Y dirá todo el pueblo: Amén. Maldito el que se ayuntare con cualquier bestia. Y dirá todo el pueblo: Amén. Maldito el que se acostare con su hermana, hija de su padre, o hija de su madre. Y dirá todo el pueblo: Amén. Maldito el que se acostare con su suegra. Y dirá todo el pueblo: Amén”. Por una parte se observa una clara oposición a la promiscuidad sexual, que como ya se mencionó favorece las ITS; pero además se prohíben las relaciones sexuales bestiales, esto evita zoonosis.

Respecto a las ITS se puede mencionar otra importante cita: “Hablad a los hijos de Israel y decidles: Cualquier varón, cuando tuviere flujo de semen, será inmundo” (Lv.15:2). Una pregunta que se puede hacer el lector es si esto se refiere a la eyaculación durante un acto sexual o a una enfermedad. La respuesta parece ser que se refiere a una

enfermedad, porque los versículos siguientes describen que la persona será inmunda mientras dure el flujo y será limpia siete días después que cese el flujo, y el octavo día el sacerdote hará ofrenda de pecado para purificación. La relación sexual no es pecado dentro del matrimonio. La eyaculación no se mantiene en el tiempo.

Además la palabra utilizada en el original hebreo es *zuwb* que significa secreción o flujo. No se usa la palabra *zera* que significa semilla o semen. Otra prueba que se refiere a enfermedad es que cuando David maldice a Joab, dice: “Caiga sobre la cabeza de Joab, y sobre toda la casa de su padre; que nunca falte de la casa de Joab quien padezca flujo, ni leproso, ni quien ande con báculo, ni quien muera a espada, ni quien tenga falta de pan” (2 Sm. 3:29), para flujo usa la misma palabra *zuwb*. No hay duda que la connotación es de enfermedad, porque está precedida de la palabra padezca. Por otra parte no se refiere a la expulsión de semen durante el acto sexual, porque en otro versículo al referirse a las relaciones sexuales, se califica la inmundicia en forma diferente y no se prolonga en el tiempo; al respecto se lee en Levítico 15:18: “Y cuando un hombre yaciere con una mujer y tuviere emisión de semen, ambos se lavarán con agua, y serán inmundos hasta la noche”. Resulta indiscutible que el texto mencionado no se refiere a la eyaculación, sino a ITS.

Las ITS se llaman así porque se contagian con el acto sexual, si no se toca, si no se tienen relaciones sexuales y se evita el contacto con secreciones del pene o la vagina, no hay peligro de contaminación.

Dios ordenó a su pueblo la circuncisión, que no es otra cosa que la extirpación del prepucio, según reza en Génesis 17:10: “Este es mi pacto, que guardaréis entre mí y vosotros y tu descendencia después de ti: Será circuncidado todo varón de entre

vosotros”. Esto era un pacto entre el pueblo y Dios, que naturalmente tiene implicaciones espirituales, pero desde el punto de vista médico tiene aplicaciones sanitarias. Los hombres no circuncidados almacenan en sus prepucios gran cantidad de bacterias, si no se realiza una higiene cuidadosa antes del acto sexual estas bacterias pueden pasar al tracto vaginal. Una evidencia aún mayor es que las mujeres judías presentan menos infecciones vaginales que mujeres de otras nacionalidades, además se ha demostrado que el cáncer de cuello uterino es menor entre ellas. De nuevo una orden de Dios tiene implicaciones para la salud. Al respecto Gutman afirma que las mujeres judías tienen la más baja incidencia de cáncer de cuello uterino.<sup>1</sup>

### **Prevención de parasitosis**

La mayoría de las infestaciones parasitarias entran a través de la boca, los parásitos llegan a la boca por vectores como la mosca; si una persona defeca al aire libre, vendrán las moscas, se posarán sobre el excremento y posteriormente transportan los parásitos contaminando los alimentos al posarse sobre ellos. Dios sabía esto y ordenó medidas para evitarlo, según Deuteronomio 23:12-13: “Tendrás un lugar fuera del campamento adonde salgas; tendrás también entre tus armas una estaca; y cuando estuvieres allí fuera, cavarás con ella, y luego al volverte cubrirás tu excremento”.

### **Prevención de enfermedades infecto contagiosas**

Una medida sanitaria utilizada hoy es el aislamiento, que se emplea para evitar la propagación de las enfermedades. Cuando leemos el tratamiento de lesiones de la piel,

---

<sup>1</sup>G. Gutmanet y otros, “Clinical evaluation of atypical glandular cells of undetermined significance upon cervicalcytology examination in Israeli Jewish women”, *British journal of cancer* 90 (2004), 2194-2196.

observamos que lo primero que hacía el sacerdote era aislamiento y observación. Vemos en Levítico 13:2: “Y si en la piel de su cuerpo hubiere mancha blanca, pero que no pareciere más profunda que la piel, ni el pelo se hubiere vuelto blanco, entonces el sacerdote encerrará al llagado por siete días”. El enfermo no era liberado de su encierro mientras el sacerdote no lo declaraba limpio.

Cuando se lee Números 5:1-2 encontramos leyes sanitarias que son trascendentes: “Jehová habló a Moisés, diciendo: Manda a los hijos de Israel que echen del campamento a todo leproso, y a todos los que padecen flujo de semen, y a todo contaminado con muerto”. La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa, que se adquiere por contacto directo y permanente, si no se evita el contacto con la persona afectada, la enfermedad se propaga.

Cuando se tocaba un muerto se aislaba al que lo tocó, en el pasado no había antisépticos, como están disponibles hoy, para limpiarse las manos; tal vez ni siquiera jabones, por esta razón era fundamental esta medida.

### **Prevención de problemas de dinámica sexual**

Un hecho social frecuente en dinámica familiar son los problemas en el área de las relaciones sexuales, también la Biblia hace prevención de esta situación que altera la salud psicológica de la pareja. Así, todo el libro de Cantares es un poema al amor, pero hay versículos más específicos, como por ejemplo en Proverbios 5:18-19: “Sea bendito tu manantial, y alégrate con la mujer de tu juventud, como cierva amada y graciosa gacela, sus caricias te satisfagan en todo tiempo, y en su amor recreáte siempre”. El contexto es evitar el contacto con la mujer ramera, evitando los males físicos y psicológicos que esto conlleva. Respecto a cómo mantener una relación saludable, se establece en Eclesiastés



9:9: “Goza de la vida con la mujer que amas, todos los días de la vida de tu vanidad que te son dados debajo del sol, todos los días de tu vanidad; porque esta es tu parte en la vida, y en tu trabajo con que te afanas debajo del sol”.

### **Sacerdote comprometido con la salud**

Especial atención merece Levítico 13-14, allí aparece todo lo referente al tratamiento de la lepra y el comisionado para esta función era el sacerdote, vale decir, el pastor de aquel entonces. El sacerdote debía estar comprometido con la salud. Este concepto queda muy claro en Deuteronomio 24:8, cuando acota: “En cuanto a la plaga de la lepra, ten cuidado de observar diligentemente y hacer según todo lo que os enseñaren los sacerdotes levitas; según yo les he mandado, así cuidaréis de hacer”.

### **Dios como sanador**

Dios se presentó como sanador y promete la bendición de la salud a aquellos que sean obedientes a sus preceptos, dice en Éxodo 15:26: “Si oyeres atentamente la voz de Jehová tu Dios, e hicieres lo recto delante de sus ojos, y dieres oído a sus mandamientos, y guardares todos sus estatutos, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti; porque yo soy Jehová tu sanador”.

### La salud en el Nuevo Testamento

Al igual que el Antiguo Testamento, el Nuevo Testamento contiene numerosos textos relacionados con la salud. Esta sección considera, primeramente, el concepto de salud y las medidas preventivas en el Nuevo Testamento. Luego analiza, en forma breve la labor de Jesús como sanador y el compromiso de los líderes religiosos con la salud. Cierra considerando la salud en el libro de Apocalipsis.

## **Concepto de salud**

Si se recuerda el concepto de salud de la OMS como un perfecto estado de bienestar, al leer 3 Juan 1:2: “Amado yo deseo que seas prosperado en todo, y que tengas salud, así como prospera tu alma”, hay un claro mensaje de que Dios quiere que el hombre tenga salud; pero si eso fuese poco, antecede el mensaje diciendo “yo deseo que seas prosperado en todo”, lo cual es tener bienestar en todas las áreas.

## **Medidas preventivas en el Nuevo Testamento**

Jesús presenta tres medidas preventivas, que si se cumplieran habría menos calamidades; dice en Lucas 21:34: “Mirad también que vuestros corazones no se carguen de glotonería y embriaguez y de los afanes de la vida”.

1. No tener glotonería. Una de las recomendaciones para evitar el sobrepeso y la obesidad es evitar el exceso en la comida. Con esta medida a la vez se evitan enfermedades como diabetes, hipertensión, accidentes cardiovasculares, cáncer y otras.

2. No a la embriaguez. Si se atendiera esta recomendación se evitarían todas las afecciones ligadas la ingestión de bebidas alcohólica, tales como desnutrición, enfermedades de la piel, cirrosis hepática, cáncer y otras; además las consecuencias de una mente nublada por el efecto del alcohol, accidentes de tránsito y pérdida de vidas inocentes.

3. No a los afanes de la vida. En otras palabras, no estés estresado; de esto se hace eco el apóstol Pablo en Filipenses 4:6. Afirma: “Por nada estéis afanosos”; hoy se sabe que el estrés es la causa de muchas enfermedades, porque el estrés debilita el sistema inmunitario. Con razón algunos afirman que el 90 por ciento de las afecciones tienen un componente psicológico.

Si hoy se cumplieran estas tres medidas preventivas, tendríamos menos obesos, menos diabéticos, menos hipertensos, menos alcohólicos, menos accidentes de tránsito, menos muertes violentas y menos enfermedades psicosomáticas.

### **Jesús como sanador**

La preocupación de Jesús por los dolientes no solo fue suya, sino que se la transmitió a sus discípulos. Además de enseñarlos, les dio también las herramientas para que pudieran realizar la labor de sanación. La Biblia narra: “Y los envió a predicar el reino de Dios, y a sanar a los enfermos” (Lc. 9:2). Son muchas las situaciones en las que Jesús, preocupado por la salud del pueblo, sanó a los enfermos. En algunos casos las personas iban a él para ser sanados, como fue el caso de la mujer con flujo de sangre registrado en Marcos 5:25-34 o el del leproso que le pidió que lo limpiara en Mateo 8:2-3. Puede ser un padre desesperado que trae un hijo con un cuadro convulsivo y le pide que lo sane (Mt. 17:14-18), o una madre con una niña que nadie podía curar que le pide, con marcada insistencia, que sane a su hija (Mr. 7:25-30).

En otras ocasiones solo el amor de Jesús lo movía a realizar la sanación sin que el enfermo lo pidiera, un ejemplo lo tenemos en Lucas 13:11-13, donde sana a una mujer encorvada desde hacía 18 años. Igualmente, se registra la curación de un hombre con una enfermedad crónica de 38 años de evolución, en Juan 5:1-8. Algo similar es descrito en Lucas 6:6-10, donde cura a un hombre que tenía la mano seca.

### **Pastor comprometido con la salud**

Se ha estado hablando del compromiso con la salud, con la que se presupone que el pastor está comprometido. En el caso de Pablo parece que esto es una realidad, toda

vez que al dirigirse a Timoteo le da consejos sobre su salud, tal como registra 1 Timoteo 5:23, que a la letra dice: “Ya no bebas agua, sino usa de un poco de vino por causa de tu estómago y de tus frecuentes enfermedades”. No parece exagerado decir que Pablo estaba comprometido con la salud, por lo menos con la de Timoteo.

En el trabajo de los discípulos, también podemos ver su compromiso con la salud al clamar a Dios por sanación para el doliente, como lo realizado por Pedro y Juan a la entrada al templo, registrado en Hechos 3:2.

### **Final con salud**

El libro de Apocalipsis comienza con una bienaventuranza, en el tercer versículo del capítulo 1: “Bienaventurado el que lee, y los que oyen las palabras de esta profecía, y guardan las cosas en ella escritas; porque el tiempo está cerca”. Se podría decir feliz el que lee, o los que oyen y que guardan las normas dictadas por Dios, porque todas ellas están destinadas a que el hombre recobre lo perdido a consecuencia del pecado. Esto de nuevo es salud, se debe recordar que es bienestar, felicidad.

Se relata en Apocalipsis 21:1-5: “Vi un cielo nuevo y una tierra nueva; porque el primer cielo y la primera tierra pasaron, y el mar ya no existía más. Y yo Juan vi la santa ciudad, la nueva Jerusalén, descender del cielo, de Dios, dispuesta como una esposa ataviada para su marido. Y oí una gran voz del cielo que decía: He aquí el tabernáculo de Dios con los hombres, y él morará con ellos; y ellos serán su pueblo, y Dios mismo estará con ellos como su Dios. Enjugará Dios toda lágrima de los ojos de ellos; y ya no habrá muerte, ni habrá más llanto, ni clamor, ni dolor; porque las primeras cosas pasaron. Y el que estaba sentado en el trono dijo: He aquí, yo hago nuevas todas las cosas. Y me dijo:

Escribe; porque estas palabras son fieles y verdaderas”. La presencia de Jesús con su pueblo evitará toda causa de clamor o dolor.

En el último capítulo de la Biblia leemos: “Bienaventurados los que lavan sus ropas, para tener derecho al árbol de la vida, y para entrar por las puertas en la ciudad” (Ap. 22:14). Aquí está la mejor noticia, habrá salud para siempre porque los redimidos podrán comer del árbol de la vida, un privilegio que perdió la pareja edénica. El árbol de la vida será para la salud de las naciones.

A través de la Biblia se puede pasar del Edén original a la triste experiencia del pecado, Dios intentando salvar al hombre de su pecado, y finalmente el Edén restaurado. Dios prepara un lugar para sus hijos según prometió en Juan 14:1-3, para que el hombre pueda vivir como al principio.

Podemos concluir que también en el Nuevo Testamento hay un claro interés por la salud y el pastor está comprometido con ella. El compromiso se pone de manifiesto en el trabajo de los discípulos a favor de los enfermos aun después que Jesús murió, y en el interés de Pablo por la salud de Timoteo.

### **Teología de la enfermedad**

El hombre tuvo salud hasta que llegó el pecado. El estado de perfecto bienestar que había en el paraíso desapareció e inmediatamente aparecen sentimientos que antes no existían como vergüenza, temor, evasión, irresponsabilidad.

Es necesario entender la enfermedad como parte del conflicto cósmico, en otras palabras, como parte de la guerra entre el diablo y sus ángeles contra Dios; para esto se debe ir a Génesis 3 y particularmente al versículo 15, donde se afirma: “Y pondré enemistad entre ti y la mujer, y entre tu simiente y la simiente suya; esta te herirá en la

cabeza, y tú le herirás en el calcañar”. Este pasaje ha sido entendido como la victoria final de Jesús sobre Satanás. Dios deja de referirse a la serpiente en forma literal, para declarar juicio contra el ángel rebelde. La mujer representa a la iglesia, la simiente de ella se refiere a Jesús. La simiente de Satanás se refiere a sus seguidores. En todo caso, aquí está la declaración profética de la guerra permanente entre Dios y Satanás, pero también contra los hijos de Dios.

No es difícil imaginar que si Dios había prometido que la simiente, Jesús, le destruiría la cabeza a Satanás, este intentara a toda costa destruir la simiente. Si Satanás primero destruía la simiente, esta no lo destruía a él; por ejemplo, cuando Caín mata a Abel, no es otra acción que parte de la guerra de Satanás queriendo destruir la simiente. Todas las madres tenían la esperanza que su hijo fuese quien venía a destruir a Satanás y liberar al pueblo del pecado.

Pronto Satanás se dio cuenta que Abel no era tal simiente, entonces ataca a todo el pueblo de donde puede salir ésta, lo cual explica la guerra permanente contra el pueblo de Dios, pero Satanás no tiene éxito.

Pasando al Nuevo Testamento, finalmente la simiente llegó y nació de la virgen María. Satanás ahora arremete con más furia: “Y el dragón se paró frente a la mujer que estaba para dar a luz, a fin de devorar a su hijo tan pronto como naciese” (Ap. 12:4). El efector del deseo diabólico fue el rey Herodes, según registra Mateo 2:13.

En vista que el plan tampoco le resultó, describe Apocalipsis 12:17: “Entonces el dragón se llenó de ira contra la mujer; y se fue a hacer guerra contra el resto de la descendencia de ella, los que guardan los mandamientos de Dios y tienen el testimonio de

Jesucristo”. Aquí hay una descripción de los miembros de la iglesia adventista, también es evidente el deseo de destruir a los miembros de esta.

Se observa que la enfermedad es una estrategia para cumplir el cometido de Satanás. Es imaginable de algunas enfermedades como la obesidad, que muchos de los obesos tendrán accidentes cerebrovasculares y perderán su capacidad de comunicarse con Dios. Ya que la función principal de un pastor es kerigmática, en otras palabras anunciar las verdades de Dios, si Satanás lo enferma ya no se cumplirá ese cometido.

Un pastor enfermo representa un gasto mayor para la organización, dinero que podría utilizarse para predicar el evangelio. En fin, la enfermedad es un arma para atacar a la humanidad, se usarán todos los medios posibles para que en forma sutil no se observe el ataque.

El pueblo de Dios se está preparando para el encuentro con Jesús. La Biblia en Apocalipsis 19:6 describe el gozo del encuentro de la esposa con su prometido, el Cordero, lo cual ocurre en ocasión de la segunda venida de Cristo. Notemos las palabras: “Gocémonos y alegrémonos y démosle gloria; porque han llegado las bodas del Cordero, y su esposa se ha preparado”. Es difícil imaginarse una novia que está en plan de prepararse para su boda no preocuparse por su salud; es poco probable que una novia esté ocupada en ser una obesa, por el contrario estará preocupada en ser lo más saludable posible. La iglesia, que es la novia, debe estar preparada; como muestra el texto bíblico citado anteriormente la esposa está preparada, naturalmente en los aspectos espirituales, pero no es concebible que haya descuidado los aspectos referentes a la salud física. Como pueblo de Dios no debemos ser un pueblo enfermo, sino saludable. Ser enfermos es

seguir el plan de Satanás. Procurar, hasta donde sea posible, ser sano es seguir el plan de Dios.

### **Elena White y la salud**

A continuación se presentan algunos escritos de Elena G. de White que permiten conocer los aportes de esta escritora para la salud. También se observa el compromiso que deben tener la organización, los pastores y la feligresía en general.

#### Inicio de la iglesia adventista y la salud

Desde 1863 ha habido gran interés en la iglesia adventista por la salud: El 22 de mayo de 1863 realizó su primera reunión la Conferencia General, quince días después, el 6 de junio de 1863, Elena de White recibió su primera visión respecto a la reforma pro salud, conocida como la visión de Otsego. Esta visión contenía una serie de principios aún vigentes, que si los adoptaran, los feligreses gozarían de perfecta salud. White tuvo otra visión el 25 de diciembre de 1865, posteriormente ella hizo un llamado a los adventistas a tener su propia institución para la reforma pro salud. El adventismo llegó al borde del colapso en 1856 debido a la falta de organización, pero también a la falta de recursos económicos para pagar los sueldos de los pastores; años más tarde no solo era el problema económico sino también los malos hábitos de salud de sus dirigentes. Desde el nacimiento de la iglesia también Dios demostró interés por la salud, revelándole a White la reforma pro salud.<sup>1</sup>

Dios siempre ha demostrado interés por la salud humana, como podemos ver a través de toda la Biblia. En el caso de White, desde el mismo comienzo de su ministerio

---

<sup>1</sup>George R. Knight, *Nuestra identidad. Momentos históricos decisivos* (Miami: APIA, 2008), 79-84.



le reveló importantes principios sobre la salud. En 1848 recibió instrucciones sobre lo dañino que podían ser el café, la grasa y los alimentos refinados. Sin embargo fue en Otsego donde recibió una visión más clara de la reforma pro salud, y a partir de este momento tuvo otras visiones que le permitieron tener una obra muy fecunda en cuanto a salud. En 1864 escribe un capítulo completo de 32 páginas en su libro *Dones espirituales*, donde presenta los lineamientos que le fueron presentados en la visión de Otsego.<sup>1</sup>

Desde comienzos del siglo XX la iglesia ha tenido gran interés en la salud como un medio para alcanzar al público general, prueba de ello es que para 1921 los adventistas operaban veinte sanatorios en Norteamérica y catorce en otras parte del mundo; hoy hay centenares en todo el mundo, siendo el más famoso el Hospital de Loma Linda en California.<sup>2</sup>

## **Estilo de vida**

El estilo de vida es fundamental para todo el quehacer de la persona, está relacionado con su salud, pero también con su espiritualidad. White dejó un legado, que es la reforma pro salud. Todo adventista está relacionado con la frase “reforma pro salud”. Algunos han malinterpretado el concepto y realizan actividades con las que creen que hacen la reforma pro salud, entre otras venden productos naturales, consumen solo algunos tipos de alimentos y critican a quienes no hacen como ellos, se tornan fanáticos de los libros de White. Pero la reforma pro salud básicamente lo que nos enseña es un estilo de vida. Se entiende que todo cristiano, y particularmente los adventistas, deben

---

<sup>1</sup>Elena de White, *Mensajes selectos*, tomo 3 (Mountain View: Pacific Press Publishing Association, 1949), 342.

<sup>2</sup>Richard W. Schwarz y Floyd Greenleaf, *Portadores de luz* (Miami: APIA, 2003), 295-300.

tener una forma diferente de vivir. Esto tiene la virtud de permitir predicar con el testimonio y un beneficio para quien lo practica, porque vive mejor.

Una visión completa de lo que es la reforma pro salud son los ocho remedios naturales, los cuales White califica como los mejores, cuando dice: “El aire puro, el sol, la abstinencia, el descanso, el ejercicio, un régimen alimenticio conveniente, el agua y la confianza en el poder divino son los verdaderos remedios”.<sup>1</sup>

Toda persona que los practique goza de mejor salud, se enferma menos y si está enfermo puede facilitar el proceso de recuperación de su estado patológico.

### **Evangelismo y salud**

Como cristianos tenemos la obligación de predicar el evangelio a toda tribu, lengua y nación. Es cierto que en algunas ocasiones cumplir esta tarea resulta difícil debido a que muchas personas no desean oír sobre religión. Cuando en forma adecuada se presentan tópicos que sean de interés para los oyentes, esas barreras se rompen. Al respecto White comenta: “La obra médica misionera es la obra de avanzada del Evangelio, la puerta por la cual la verdad para este tiempo ha de hallar entrada en muchos hogares. Una demostración de los principios de la reforma pro salud hará mucho para quitar prejuicios contra nuestra obra evangélica”.<sup>2</sup>

“La obra médica misionera es la mano derecha del Evangelio”.<sup>3</sup>

El evangelio es la buena nueva de salvación, pero esa buena noticia no logrará su efecto liberador, no llevará alegría, si no va acompañada de buena salud. Así que la salud

---

<sup>1</sup>White, *Ministerio de curación* (Mountain View: Pacific Press Publishing Association, 1965), 89.

<sup>2</sup>White, *El evangelismo* (Mountain View: Pacific Press Publishing Association, 1965), 374.

<sup>3</sup>Ibíd., 390.

se convierte en un ingrediente importante para el proceso de la evangelización, por esta razón White declara: “El Evangelio y la obra misionera-médica han de avanzar juntos. El Evangelio ha de ser vinculado con los principios de la verdadera reforma pro salud”.<sup>1</sup>

### **Elena de White y la medicina preventiva**

Es bien conocido el dicho popular “mejor es prevenir que lamentar”. En salud el consejo es “mejor es prevenir que curar”. En las líneas sucesivas se dedicará buena parte a desarrollar el tema de la medicina preventiva, por ahora se pretende ver cuánto habla White al respecto. En la siguiente frase de esta autora podemos ver una exacta coincidencia con esta forma de pensar. “Una onza de prevención vale más que una libra de cura”.<sup>2</sup>

En la salud se cumple la ley de la cosecha, siempre se recoge lo que se siembre, como se vio, en el Antiguo Testamento hay una serie de indicaciones por parte de Dios para que el pueblo no se enfermara, a tal punto que Éxodo 15:26 declara: “Si oyes atentamente la voz de Jehová tu Dios, e hicieres lo recto delante de sus ojos, y dieres oído a sus mandamientos, y guardares todos sus estatutos, ninguna enfermedad de las que envié a los egipcios te enviaré a ti; porque yo soy Jehová tu sanador”. El propósito de Dios era que su pueblo fuera un pueblo sano. Naturalmente para esto era necesario guardar sus estatutos y sus leyes. El pensamiento de White está en armonía con este cuando dice: “La enfermedad es el resultado de la violación de las leyes naturales. La obediencia a las leyes de Dios es nuestro primer deber, y es algo que le debemos a Dios, a

---

<sup>1</sup>White, *Consejos sobre régimen alimenticio* (Miami: APIA, 1965), 530.

<sup>2</sup>White, *Mensajes selectos*, t. 2(Mountain View, CA: Pacific Press Publishing Association, 1948), 333.

nosotros mismos, y a nuestros semejantes. En esos preceptos están incluidas las leyes de la salud”.<sup>1</sup>

Por otra parte hay que recordar que el Señor, al crear al hombre, lo hizo su mayordomo. Éste tiene la responsabilidad de administrar los dones que Dios le ha otorgado, sean estas riquezas, tiempo, conocimientos o la salud. Al respecto, White acota: “El Señor desea que obedezcamos las leyes de la salud y la vida. Él tiene a cada uno de nosotros por responsables de cuidar adecuadamente el cuerpo, a fin de que sea conservado con salud”.<sup>2</sup>

Muchos de los malos hábitos practicados por las personas son producto de las influencias de sus pares sobre ellos. Actualmente son muchas las malas prácticas que ponen en riesgo la salud de la población y resultan de la publicidad. Aun los padres premian a sus hijos con centros de comidas rápidas, que no son saludables. White advierte sobre este peligro: “No tenemos derecho de violar caprichosamente un solo principio de las leyes de la salud. Los cristianos no deben aceptar las costumbres y prácticas del mundo”.<sup>3</sup>

En los círculos adventistas se utiliza mucho el término temperancia, que significa abstención de las cosas malas y uso moderado de las cosas buenas. No cabe duda que en este concepto hay una gran ayuda para la conservación de la salud. Es natural que una persona que se abstenga de cosas dañinas para su cuerpo tenga mejor salud, si se compara

---

<sup>1</sup>White, *Consejos sobre salud* (Miami: APIA, 1965), 24.

<sup>2</sup>White, *Evangelismo* (Buenos Aires: Casa Editora Sudamericana, 1976), 193.

<sup>3</sup>White, *Consejos sobre salud* (Miami: APIA, 1965), 49.

con otra que hace lo contrario; en ese mismo orden, White afirma: “La temperancia en todas las cosas es necesaria a fin de conservar la salud”.<sup>1</sup>

### **Elena de White y el compromiso del pastor con la salud**

Si se mantiene en mente el asunto del compromiso del pastor con la salud, resulta importante consultar lo que White escribió al respecto, debido a que frecuentemente aporta luz a los quehaceres de la iglesia. Se puede entender que el pastor esté más interesado en asuntos como predicar, dar estudios bíblicos, estudiar las Sagradas Escrituras, que hacer prevención de enfermedades. El asunto de la salud podría ser considerado secundario en el ejercicio pastoral, y que el tema sea área de los médicos o de las enfermeras.

El compromiso con la salud es algo fundamental en el ejercicio pastoral. Al respecto White dice: “Todo obrero evangélico debe comprender que la enseñanza de los principios que rigen la salud forma parte de la tarea que se le ha señalado. Esta obra es muy necesaria y el mundo la espera”.<sup>2</sup> “Los hombres y mujeres deben ser instruidos, y los ministros y el pueblo deben sentir que descansa sobre ellos la responsabilidad de trabajar para agitar el tema, e instar a otros a aceptarlo”.<sup>3</sup> Para enseñar a otros, primero hay que estar comprometidos con la salud.

En algunas ocasiones hay personas que pueden tener un conocimiento general sobre algún tópico y eventualmente ayudar a otros. Una cosa diferente es ser un experto, se entiende que el experto ahonda con más profundidad en el conocimiento del asunto,

---

<sup>1</sup>White, *Evangelismo*, 119.

<sup>2</sup>White, *El ministerio de la curación* (Miami: APIA, 1959), 105.

<sup>3</sup>White, *Consejos sobre régimen alimenticio*, 60.

está más comprometido con ese saber, de lo contrario no sería un experto. También es claro que para los expertos es mucho más fácil enseñar a otros sobre alguna materia, aunque esta sea muy compleja. Interesantemente, lo que White espera de los pastores, es que sean expertos en la reforma pro salud. Dice: “Nuestros pastores debieran llegar a ser expertos en la reforma pro salud. Hay una obra que los pastores deben realizar”.<sup>1</sup> En esa misma línea de pensamiento afirma: “Nuestros predicadores deben llegar a ser entendidos acerca de la reforma pro salud. Deben comprender las leyes que rigen la vida física, y su relación con la salud de la mente y del alma”.<sup>2</sup>

Puede resultar difícil para una persona sin formación académica en medicina llegar a ser un experto en la salud, nuestra escritora da una solución que debería tenerse siempre en mente: “Los médicos y los pastores deben unirse en un esfuerzo por conducir a los hombres y las mujeres a obedecer los mandamientos de Dios. Necesitan estudiar la relación íntima que existe entre la obediencia y la salud”.<sup>3</sup>

El misionero puede estar más interesado en la presentación de la palabra de Dios que en cualquier otro aspecto, no obstante, combinar la predicación del evangelio con la salud puede dar resultados más completos. White comenta: “La obra misionera no consiste meramente en predicar. Incluye trabajo personal en favor de los que han abusado de su salud y se han colocado a sí mismos donde no tienen poder moral para dominar sus apetitos y pasiones”.<sup>4</sup> Esto implica un compromiso con Dios y con los seres humanos que

---

<sup>1</sup>White, *Consejos sobre salud*, 428.

<sup>2</sup>White, *Obreros evangélicos* (Mountain View, CA: Pacific Press Publishing Association, 1965), 243.

<sup>3</sup>White, *Consejos sobre salud*, 228.

<sup>4</sup>White, *Evangelismo*, 196.

que han sido atrapados en las garras de algún vicio. Más adelante la misma autora afirma: “El evangelio de la salud debe estar firmemente vinculado con el ministerio de la Palabra”.<sup>1</sup>

Las referencias presentadas permiten concluir que White expuso muchas ideas respecto a la importancia de la salud para la iglesia como un deber de cada feligrés, su relación con el evangelismo, pero también el compromiso que el pastor debe tener con la práctica y la enseñanza de la salud.

### **Autores seculares y el compromiso con la salud**

La iglesia es el conjunto de personas que asisten al templo. Allí encontramos personas con diferentes tipos de problemas y no solo espirituales. Hay problemas de tipo psicológico, de salud, de dinámica familiar, económicos y se pudieran seguir enumerando. El evangelio debe ser centrado en las necesidades del individuo. Afortunadamente la figura del pastor aún es respetada, su liderazgo podría ser utilizado para mejorar a la persona en forma integral. Es interesante la siguiente afirmación de Dayton-Brooks: “La iglesia afroamericana se ha vuelto más organizada, como un gobierno, con una cabeza que puede influir en todos los aspectos de la vida. El pastor de la iglesia afroamericana es un sanador de los enfermos”.<sup>2</sup>

El criterio presentado por el autor antes mencionado es útil no solo para la iglesia afroamericana, sino aplicable en cualquier iglesia, en cualquier parte del mundo. Cada vez más enfermedades atacan a la población mundial, los pastores pueden hacer un

---

<sup>1</sup>Ibid., 375.

<sup>2</sup>Shirlee Dayton-Brooks y Neva White, “Health promotion behaviors among africanamerican women with faith-based support”, *The association black nursing faculty journal* (sep./oct. 2004), 84-90.

trabajo determinante en el bienestar de la feligresía, si asumen el papel protagónico de promotores de la salud.

Si se mantiene en mente el concepto de salud en un sentido holístico, es digna de tomar en cuenta la afirmación de Patterson: “la Iglesia debe verse como un lugar de curación total”, además agrega: “El clero y otros líderes de la iglesia tienen un papel importante que desempeñar en la promoción de la salud”.<sup>1</sup>

Es interesante el comentario que hace Monge Sánchez en su trabajo sobre la introducción a la pastoral de salud. Uno de los signos de la llegada del Reino es el anuncio de la buena nueva a los pobres y necesitados. ¿Quién es más necesitado que los enfermos? Al referirse a la actuación pastoral en la actualidad, dice que esta debe estar enfocada en la promoción de la salud. Si alguien se imagina el contexto de la labor pastoral en la iglesia primitiva, debe pensar en un ambiente de confraternidad social, donde quien ejercía la función directiva estaba enterado de todo lo que sucedía en su comunidad, incluyendo la salud. Es evidente que cuando la muerte toca algún feligrés, llamarán al sacerdote católico o a un pastor no católico para la asistencia del moribundo, pero si muere, llegó tarde. Es por ello la importancia de la pastoral de salud, en otras palabras, el pastor debe estar comprometido con la salud preventiva.<sup>2</sup>

Por su parte, Lí Carreras presenta el compromiso pastoral con la salud como una necesidad para mantener la comunidad sana. Él encuentra importante que el pastor asuma la salud como una de sus herramientas para el trabajo de la evangelización. Además

---

<sup>1</sup>Deborat Patterson, “Congregational exercise program”, *The clerical journal* (jul./ago. 2009), 52-53.

<sup>2</sup>Miguel Ángel Monge Sánchez, “Introducción a la pastoral de la salud”, *Scripta Theologica*, 37 3S-D (20105), 986-987.



enfatisa que ese era el método de Cristo, mostrar un interés genuino por la persona, el cual se expresa en el deseo de que sea salva, por supuesto, pero también en que disfrute de buena salud.<sup>1</sup> Y efectivamente, el Salvador manifestó un interés por la restauración total del hombre.

A pesar de ser una referencia no actualizada, resulta relevante citar a Wangen quien haciendo un análisis psicológico de la salud y la enfermedad como expresión comunicativa del ser, analiza la separación que hay entre ejercicio pastoral y la medicina. Dice que esta dicotomía no existió al comienzo, por el contrario, la predicación y la sanación estaban unidas. Cita algunos textos bíblicos donde esta relación se ve claramente: “Y yendo, predicad diciendo: El reino de los cielos se ha acercado. Sanad enfermos, limpiad leprosos, resucitad muertos, echad fuera demonios; de gracia recibisteis, dad de gracia” (Mt. 10:7-8). “Habiendo reunido a sus doce discípulos, les dio poder y autoridad sobre los demonios, y para sanar enfermedades. Y los envió a predicar el reino de Dios y a sanar a los enfermos” (Lu.9:1-2).

Explica que esa separación se fue dando paulatinamente con la concepción mecanicista de la medicina, su surgimiento como ciencia. No obstante, afirma que es necesario que médicos y pastores se unan para atender al hombre con un enfoque multidisciplinario. Cita al doctor Gotthard Booth, quien recomienda: “La medicina ha de compartirse con la religión, la preocupación por la salvación de los seres humanos, tornándose gradualmente en un esfuerzo de perfeccionar a estos seres. En contraste, la cristiandad siempre acentuó las limitaciones de todo esfuerzo y el carácter trascendente de toda perfección. Una comprensión mutua entre religión y medicina podría tornarse en

---

<sup>1</sup>Marcel Lí Carreras, *El compromiso del voluntario pastoral*; accesada 16/07/2011, disponible en <http://es.catholic.net/laicos/622/2706/articulo.php?id=11067>

un elemento importante para superar la ansiedad contemporánea referente a la enfermedad y otras limitaciones. Los médicos necesitan de fortalecimiento y valor moral para poder aprender y aceptar las limitaciones de su trabajo sin culpar a las limitaciones del orden social. Para tal orientación, la religión podría proporcionar los medios espirituales”.

Es evidente que el compromiso con la salud está siendo tomado en cuenta por algunas comunidades religiosas, como parte importante del ejercicio pastoral.<sup>1</sup>

Regan, al hablar de la globalización, considera que la religión ha tenido que hacer cambios en sus agendas e incluir asuntos de política internacional. Pero los líderes mundiales también se han dado cuenta que realizar alianzas estratégicas con la religión puede conducir a obtener bienes comunes en áreas como educación, salud, desarrollo y prevención de conflictos. La religión solo enclaustrada entre grupos de expertos puede convertirse en obsoleta, o por lo menos no atender las necesidades de las personas.

Comenta: “Los creyentes tienden a ser sin educación, supersticiosos, ingenuos o analfabetos alrededor de la ciencia moderna”. Concretamente en la salud hay una gran oportunidad de obtener bien común, si el religioso se compromete con ella.<sup>2</sup>

Un aspecto importante en la salud integral de un individuo es su conducta sexual. Felson concluye que la educación religiosa tiene un modesto efecto en la conducta

---

<sup>1</sup>Ricardo H. Wangen, “Salud y enfermedad como voces del cuerpo humano y su significado para la psicoterapia pastoral”, *Cuadernos de teología* 4 no. 3 (1976), 161-171.

<sup>2</sup>John M. Regan, “Globalization, religious change and the common good”, *Journal of religion conflict and peace*, Vol. 3, (1), (2009).

sexual, particularmente en la prevención de la homosexualidad, que no es un asunto solo biológico.<sup>1</sup>

Cada día crece el interés en la relación entre religión y salud, la Duke University ha creado un instrumento para medir esa relación.<sup>2</sup>

### **Medicina preventiva**

La medicina preventiva es una de las áreas más importante de la medicina, debido a que previene daños. Para su estudio se divide en tres ramas: Medicina preventiva primaria, medicina preventiva secundaria y medicina preventiva terciaria.

#### Medicina preventiva primaria

Para muchos esta es la rama más importante de la medicina, algunos países dedican gran cantidad de su presupuesto a medicina preventiva primaria. Es necesario que la iglesia también tome medidas en este sentido y pueda copiar la experiencia de otros en materia de salud preventiva.

La medicina preventiva primaria se define como la rama de la medicina que se concentra en prevenir la enfermedad o injuria.<sup>3</sup> Si bien es cierto que toda la medicina preventiva es importante, esta rama es fundamental para la prevención de enfermedades. La medicina preventiva primaria tiene su marco de acción antes de que aparezca la enfermedad. Puede ser realizada por médicos, pero también por personas que no lo sean;

---

<sup>1</sup>Jacob Felson, "The effect of religious background on sexual orientation", *Interdisciplinary journal of research on religion*, 7 (4) (2011).

<sup>2</sup>Harold G. Koenig y Bussing Arndt, "The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies", *Religions* 1 (1), (2010), 78-85.

<sup>3</sup>Brett J. Cassens, *Preventive medicine and public health*, 2 ed. (San Diego: Harwal Publishing, 1992), 1.

es así que se puede involucrar a maestros, comunicadores sociales, sacerdotes, pastores, padres de familia y a todos los líderes políticos o religiosos. Todas las personas pueden hacer medicina preventiva primaria, la cual se basa en dos grandes acciones: Fomentar la salud por medio de la enseñanza y la comunicación masiva y usar medidas que han demostrado ser efectivas para evitar las enfermedades.

Cuando se habla de fomento de la salud se incluyen todas las acciones que por sí mismas crean un ambiente favorable para el hombre y desfavorable para los agentes agresores o productores de enfermedades. Ejemplo: Construcción de un sistema de acueducto y red de cloacas. En un pueblo donde se haga esta construcción automáticamente disminuyen las enfermedades intestinales. Otro ejemplo: Construcción de casas bien ventiladas. Este solo hecho hace que disminuyan las enfermedades respiratorias.

El uso de medidas que han demostrado ser efectivas, se refiere a un conjunto de acciones que cuando se realizan disminuyen la posibilidad de enfermarse. Ejemplo: el uso de vacunas. Con el transcurrir de los años se ha conseguido disminuir y hasta desaparecer algunas patologías. Gracias a la inmunización ya no hay viruela en el mundo, ya no hay parálisis infantil. Estas dos noxas de la humanidad prácticamente desaparecieron por el uso de vacunas. Hay muchos otros ejemplos: el uso del cinturón de seguridad cuando se viaja en un vehículo disminuye la posibilidad de traumatismo con el parabrisas o salir del vehículo en caso de volcadura. Tener buenos hábitos alimenticios disminuye la posibilidad de muchas enfermedades.

Lo mejor de todo es que este tipo de prevención la puede hacer toda persona que tenga la posibilidad de comunicarse con otros: médicos, maestros, padres de familia y

dirigentes religiosos pueden influir sobre la sociedad informando y educando sobre la salud. Son muchas las evidencias que indican que mediante educación se puede modificar la incidencia de algunas enfermedades. Por lo cual se afirma que la medicina preventiva primaria puede contribuir a la disminución de la incidencia de enfermedades como sobrepeso, obesidad, hipertensión y otras.<sup>1-2</sup> Por lo tanto la educación se convierte en un elemento fundamental para la medicina preventiva primaria.

Otro ejemplo de los logros con medicina preventiva primaria se puede apreciar en una revisión que publicó Kune, donde presenta los resultados preliminares de cómo mediante la modificación de la dieta, se puede disminuir la incidencia de cáncer de colon entre tomadores de cerveza.<sup>3</sup>

Tal es la ventaja de este tipo de medicina, que se ha introducido un cambio en el currículo de la universidad de Loma Linda para su enseñanza.<sup>4</sup>

### Medicina preventiva secundaria

La medicina preventiva secundaria se define como la temprana detección o diagnóstico de la enfermedad y tratamiento rápido y oportuno.<sup>5</sup> Es una parte importante

---

<sup>1</sup>Bobbi Jo H. Yarborough y Shannon I. Janoff, "Delivering a lifestyle and weigh loss intervention to individuals in real-world mental health settings: Lessons and opportunities", *Society of behavioral medicine* (6 de julio, 2011), 1010.

<sup>2</sup>Lawrence John Appel, "Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: Main results of the premier clinical trial", *The journal of American Medical Association* 289 (16), (2003), 2083–2093.

<sup>3</sup>Gabriel Kune y Lyndrey Watson, "Lowering the risk of rectal cancer among habitual beer drinkers by dietary means", *Advances in preventive medicine* (2011), 1-5.

<sup>4</sup>Wayne S. Dysinger, "Incorporating population medicine into primary care residency training", *Family Medicine* 43 (7) (julio-agosto, 2011), 480.

<sup>5</sup>Cassens, 2.

de la medicina, pues en este caso ya hay enfermedad y necesariamente la deben realizar los médicos.

Este tipo de medicina se basa también en dos principios: Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para limitar el daño. De nuevo un ejemplo puede ayudar a entender el asunto. Si en una persona con apendicitis el médico hace el diagnóstico precozmente, de inmediato ordena su operación; esto evita que el daño progrese. El paciente estará de alta al día siguiente. Es preventiva porque evita males mayores, pero si en el mismo paciente por alguna razón no se hizo el diagnóstico, porque no acudió al médico o el médico se equivocó, esta persona en pocas horas tendrá una peritonitis, que es una inflamación en todo el abdomen. En el caso de una peritonitis la posibilidad de morir está muy aumentada. Si se salvara, tendrá que estar muchos días en el hospital.

En este tipo de medicina la enfermedad ya existe y el médico es fundamental para que la acción preventiva se cumpla.

### Medicina preventiva terciaria

La medicina preventiva terciaria es la limitación de la discapacidad y la rehabilitación de la enfermedad.<sup>1</sup> En este caso también hay enfermedad, y es tributaria de los médicos. Es una situación más grave, no hubo medicina preventiva primaria, ni secundaria; así que el daño sobre el organismo ya se hizo.

El objetivo de este tipo de medicina es obtener el mejor provecho posible. Si se analiza un ejemplo se entiende mejor: Alguien con accidente cerebrovascular (ACV) porque se le rompió una de las arterias del cerebro y ocurrió un daño irreversible, esta persona quedó con una hemiplejía (parálisis de la mitad de su cuerpo) y es evidente que

---

<sup>1</sup>Cassens, 2.

tendrá fuertes limitaciones para moverse. Aquí es donde entra la medicina preventiva terciaria.

Mediante un programa de rehabilitación, el fisiatra entrenará a esta persona para sacar el mejor provecho a lo que quedó de su cuerpo. Es probable que esta persona pueda deambular, realizar sus necesidades fisiológicas por sí mismo, se reincorporará en la medida de lo posible a la sociedad. Como se puede notar, la medicina preventiva terciaria también la hacen los médicos.

### Promotores de salud

En cuanto a la medicina preventiva, la figura de los promotores de salud es muy importante si se desea mejorar la salud pública. Un promotor es una persona o entidad jurídica que favorece o promueve una acción. Aplicado a la medicina es una persona que favorece la salud, su trabajo lo realiza dando charlas educativas para que las personas puedan comprender el proceso de la enfermedad y evitarla. Hay muchas medidas que han demostrado ser efectivas para evitar la enfermedad, el promotor lo que hace es enseñarlas. Por otra parte, las ciencias crecen a una velocidad tan grande que es necesario que alguien en forma sencilla lleve esta información a la población general. En este sentido Mabry asegura que la interdisciplinariedad, uniendo sus saberes, puede llevar a un avance de la salud como nunca antes se había visto.<sup>1</sup>

Debido a que la promoción de la salud, como se ha dicho, puede ser realizada por personas aun cuando no sean médicos, en algunos países bajo la supervisión de

---

<sup>1</sup>Patricia L. Mabry et al., "Interdisciplinarity and systems science to improve population health", *American journal of preventive medicine*, Vol. 35 (2) (agosto 2008), 211-224.

profesionales se han entrenado niños y niñas para hacer promoción de la salud en las familias.<sup>1</sup> La promoción de la salud debe ser entendida como un proceso donde todas las personas deben participar. Naturalmente debe haber una etapa de formación básica con consejos simples, que quienes tienen la responsabilidad de liderar deben compartir con otros y de esta forma es posible tener una población más sana. Una experiencia de este tipo se está poniendo en marcha en Chile desde hace varios años.<sup>2</sup>

## Obesidad

La obesidad es una enfermedad que se espera que ninguna persona padezca, es una condición física en la cual hay acumulación de tejido adiposo. Esta situación está asociada con numerosas alteraciones de la salud y un incremento de la tasa de morbilidad y la tasa de mortalidad. Aunque la obesidad es una condición individual donde influyen numerosos factores, se ha convertido en un problema de salud pública en los últimos años.<sup>3</sup> A continuación se presentan la definición, causas, consecuencias, tratamiento y la afectación a trabajadores ligados a instituciones religiosas.

### Definición

La obesidad es un término médico que se refiere a un exceso de grasa en el cuerpo. Usualmente se considera a una persona obesa cuando su peso supera el 20 por ciento de su peso ideal. Los parámetros que se usan para definir la obesidad, desde hace

---

<sup>1</sup>Noria Liset Pupo Ávila y Cirelda Carvajal Rodríguez, “Estrategias metodológicas para la formación de las niñas y los niños como promotores de salud en la familia”, *Revista cubana de salud pública* Vol. 35 (4) (oct.-dic. 2009), 139-153.

<sup>2</sup>Judith Casinos et. al., “Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de salud en Chile”, *Revista panamericana de salud*, Informe especial (1 feb. 2007), 136-143.

<sup>3</sup>David W. Haslam y James W. Philip T., “Obesity”, *Lancet* 366 (oct. 1, 2005), 1197-1209.



muchos años, son el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia abdominal (CA), este último tiene más valor para algunos autores. Zugno Mei y otros autores recomiendan utilizar los dos parámetros.<sup>1-2</sup>

### Causas

Las causas de obesidad son múltiples, influyendo los siguientes factores:

Genéticos, endocrinos, económicos, culturales, tipo de alimentación, estilo de vida. A pesar de los múltiples factores, en la obesidad siempre se consigue un desbalance entre la cantidad de calorías ingeridas y la cantidad consumida por la actividad física.

Brevemente se hace referencia a cada una de estas causas, se describe el estilo de vida y la alimentación en primer lugar, porque estos son los factores más importantes en la génesis de la obesidad.

### Estilo de vida y alimentación

Es fácil entender que aunque no haya factores genéticos ni endocrinológicos, si se ingiere mayor cantidad de calorías que las necesarias, el exceso de energía se va a almacenar y la forma como se almacena es en cúmulos de grasa. Los mayores índices de obesidad se han visto en los países industrializados, donde hay gran cantidad de comidas rápidas.

A pesar de la información sobre lo dañino de la comida chatarra (*fast food*), su consumo aumenta cada día, principalmente en la población en edad escolar la cual, como

---

<sup>1</sup>Zugno Mei et al, "Validity of body fatness in children and adolescents", *The american journal of clinical nutrition* 75 (2002), 978-985.

<sup>2</sup>Ian Jassen, "Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk", *The american journal of clinical nutrition* 79 (2004), 379-384.

consecuencia, es la que se ve más afectada. Varias investigaciones recientes han demostrado que el consumo de este tipo de alimentación está estrechamente relacionado con la obesidad.<sup>1-2</sup>

## **Genética**

Como ocurre en muchas afecciones médicas, la aparición de una enfermedad es multifactorial, puede haber una predisposición genética, pero para que se manifieste la enfermedad se necesitan factores ambientales desencadenantes. Es imprescindible la combinación de factores genéticos y ambientales. El polimorfismo en varios genes que controlan el apetito y el metabolismo puede predisponer a la obesidad. Pero la afección requiere la disponibilidad de suficiente cantidad de calorías para poder presentarse.

Se han identificado algunas condiciones genéticas que tienen como rasgo la obesidad, tales como el síndrome de Prader-Willi y el síndrome de Barnet-Biedl. Mutaciones sencillas solo se han conseguido en el 5 por ciento de los individuos obesos. Un estudio del 2007 identificó mutaciones en el gen FTO, los heterocigotos tuvieron un riesgo de obesidad mayor de 30 por ciento, mientras que en los homocigotos el riesgo se incrementa al 70 por ciento.<sup>3</sup>

No obstante las investigaciones continúan y cada día nuevos descubrimientos aparecen, ellos tratan de relacionar la obesidad con algunos trastornos genéticos, y

---

<sup>1</sup>Mia A. Papas y Anthony J. Alberg, "The built environment and obesity", *Epidemiology Reviews* 29 (1),(2007),129-143.

<sup>2</sup>Jennifer L. Black y James Macinko, "Neighborhoods and obesity", *Nutrition Reviews* 66(1), (enero 2008), 2-20.

<sup>3</sup>Timothy M. Frayling et al., "A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity", *Science* 316 (2007), 889-894.

efectivamente se encuentra una alta relación. Definitivamente la genética es un factor importante para este padecimiento.

### **Problemas endocrinos y otras afecciones médicas**

Hay muchas condiciones médicas que pueden predisponer a la obesidad, por ejemplo algunas afecciones nerviosas como bulimia nerviosa y el consumo compulsivo de alimentos. Es bien conocido que las personas que dejan de fumar ganan peso, la nicotina suprime el apetito. Las personas sometidas a algunos medicamentos como esteroides, antipsicóticos y estrógenos, aumentan de peso.

Desde hace mucho se conoce que las afecciones endocrinas más relacionadas con la obesidad son: hipotiroidismo, síndrome de Cushing y la deficiencia de hormona de crecimiento.<sup>1</sup>

### **Económicas**

No son necesarias muchas explicaciones para entender que el poder adquisitivo de una persona influye en los alimentos que compra y que ingiere. En algunas ocasiones puede consumir alimentos no adecuados, o con exceso de calorías. Esto no necesariamente por falta de educación o por falta de hábitos adecuados sino que, naturalmente, sus recursos le son insuficientes para adquirir alimentos saludables.

### **Culturales**

Los aspectos culturales influyen en lo que comen las personas, a tal punto que se habla de la cultura del trigo, que son aquellas personas para quienes la harina de trigo

---

<sup>1</sup>Thord Rosen et al., "Increased body fat mass and decreased extracellular fluid volume in adults with growth hormone deficiency", *Clinical Endocrinology* 38 (1993), 63-71.

forma parte importante de su dieta. En Latinoamérica se habla mucho de la cultura del maíz, bien sea en forma de arepas o tortillas. Cada pueblo tiene comidas que le son características, estos dos ejemplos permiten entender cómo la cultura es determinante para lo que se come.

La mayoría de los investigadores han concluido que la combinación de un consumo excesivo de nutrientes y una vida sedentaria, son la principal causa de la rápida aceleración de la obesidad en la sociedad occidental en el último cuarto del siglo XX.<sup>1</sup>

### Consecuencias

La repercusión de la obesidad no solo afecta la salud sino que además tiene implicaciones sociales y económicas, a tal punto, que Moreno Esteban afirma: “La década de los 80 ha dejado una impronta social muy relevante, nos referimos a la cultura de la imagen, el culto al cuerpo; durante este período de tiempo en las sociedades más ricas de nuestro planeta aumenta la obesidad, y, simultáneamente, se rinde culto a la delgadez. La obesidad se ha convertido en uno de los problemas socio-sanitarios de mayor envergadura en los países desarrollados, en los albores del siglo XXI, con graves implicaciones socioeconómicas”.<sup>2</sup>

Un incremento de las células grasas en el organismo está asociado con una gran cantidad de afecciones entre las cuales podemos mencionar diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, hígado graso no alcohólico.

---

<sup>1</sup>Sara Bleich et al., “Why is the developed world obese?”, *National bureau of economic research working* no. 12954 (marzo, 2007), 1.

<sup>2</sup>Basilio Moreno Esteban, Susana Moreneo Megías y Julia Álvarez Hernández, *Obesidad, la epidemia del siglo XXI*, 2ª ed. (Madrid: Editorial Díaz de los Santos, 2000), 1.

La obesidad de tipo central, abdomen prominente, la cual se puede conocer por la medición de la circunferencia abdominal, ha sido asociada a la entidad conocida como síndrome metabólico, este a su vez es el paso inicial a cuatro afecciones responsables de la muerte de muchas personas, ellas son: Hipertensión, diabetes, cáncer y afecciones cardiovasculares.<sup>1</sup>

La obesidad general y abdominal aumenta el riesgo de muerte en mujeres negras, al igual que en las mujeres blancas.<sup>2</sup>

### Tratamiento

Dado el incremento de la obesidad, ha habido también un incremento de las medidas terapéuticas, dietas muy variadas (Atkins, LEARN, Ornish), medicamentos y hasta cirugía.

Un meta-análisis de estudios aleatorios controlados por el International Cochrane Collaboration, realizado en el 2002, encontró que no hay diferencias en los resultados de dietas que reducían las grasas o dietas que reducían los carbohidratos. Parece ser que lo importante es la reducción de la cantidad total de calorías que se ingiere.<sup>3</sup>

### Tratamiento médico

Son muchos los medicamentos que han sido utilizados para el tratamiento de obesidad, en algún momento pareciera que surten efecto, sin embargo los efectos

---

<sup>1</sup>Scott Grundy, "Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease", *The journal of clinical endocrinology & metabolism* 89 (2004), 2595-2600.

<sup>2</sup>Deborah A. Boggs et al., "General and abdominal obesity and risk of death among black women", *New England journal of medicine* 365 (8 de septiembre, 2011), 901-908.

<sup>3</sup>Thomas L. Halton et al., "Low-carbohydrate-diet score and the risk of coronary heart disease in women", *New England journal of medicine* 355(2006), 1991-2002.

secundarios no se hacen esperar. La mayoría de estos medicamentos pronto deben ser retirados del mercado después de ser aprobados, debido a que, como declara Arne Astrup, son mayores los riesgos y efectos secundarios que el beneficio que producen,<sup>1</sup> lo cual debiera llevar a ser cuidadosos en el uso de estos tratamientos.

### **Tratamiento quirúrgico**

El tratamiento médico de la obesidad no ha resultado muy exitoso, por el contrario, el quirúrgico lo es. El tratamiento quirúrgico de la obesidad consiste en la llamada cirugía bariátrica. Esta cirugía realiza derivaciones del estómago o disminuye su capacidad (banda gástrica), lo que conduce a una disminución de las calorías que se absorben. Está indicada en la obesidad mórbida (obesos con IMC >40) igualmente en trastornos metabólicos difíciles de controlar.<sup>2</sup> Aun personas jóvenes pueden tener obesidad mórbida, en ellas también está indicada la cirugía bariátrica porque no solo se consigue una disminución de peso, sino que además pueden mejorar sus problemas metabólicos.<sup>3</sup>

### **Afectación a trabajadores de instituciones religiosas**

El problema de la obesidad es tal, que algunas instituciones religiosas ya se han preocupado de conocer la presencia de la enfermedad entre sus trabajadores. Es así que en un estudio recientemente realizado en Carolina del Norte en los Estados Unidos, se

---

<sup>1</sup>Arne Astrup, "Drug management of obesity – efficacy versus safety", *New England journal of medicine* 363 (15 de julio, 2010), 288-290.

<sup>2</sup>Barry Fisher y Philip Schauer, "Medical and surgical option in the treatment of severe obesity", *The american journal of surgery* Vol. 184, 6, suplemento 2, (diciembre, 2002), 9-16.

<sup>3</sup>Fiona Mitchell, "Bariatric surgery in youth", *Nature reviews endocrinology* 8, 381 (julio, 2012), 15-20.

encontró que el porcentaje de obesidad entre clérigos de la unidad metodista fue de 39.7 por ciento. En este mismo sentido Garrido, quien se desempeña como médico, decidió realizar un estudio en un hospital perteneciente a la iglesia adventista en Kania, encontró que de sus trabajadores, el 28.7 por ciento eran obesos y 27.3 por ciento tenían sobrepeso, esto lleva a concluir que más del 50 por ciento de la comunidad de trabajadores tenían obesidad o sobrepeso.<sup>1-2</sup>

Se presenta una revisión de las Sagradas Escrituras, los escritos de Elena de White respecto a la salud. Además se presenta en la literatura académica la importancia del compromiso en cualquier empresa. También se revisan aspectos relacionados con medicina preventiva, promotores de salud y las consecuencias de la obesidad.

---

<sup>1</sup>Rae Jean Proeschold-Bell y Sara H. LeGrand, "High rates of obesity and chronic disease among united methodist clergy", *Nature Publishing Group* (6 de mayo, 2010), 1-4.

<sup>2</sup>Roberto Garrido, "Metabolic syndrome and obesity among workers at Kanye Seventh-Day Adventist Hospital, Botswana", *South African medical journal* 99, (2009), 331-334.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

Este capítulo contiene una descripción de la metodología de la presente investigación. Primero se enfoca en el tipo de investigación, seguidamente presenta una descripción del lugar donde se efectuó, la población y la muestra que sirvió como sujeto del estudio. Posteriormente hace una descripción del instrumento, la operacionalización de las variables y, por último, presenta el procedimiento seguido en la recolección de los datos.

#### **Tipo de investigación**

Existen varios tipos de investigación, según la intención del investigador y las características de lo que se investiga. Este trabajo es una investigación de campo, descriptiva, no experimental, cuantitativa, transversal.

#### **Investigación descriptiva no experimental**

La investigación descriptiva, tal como su nombre lo indica, describe personas u objetos en los cuales se realiza la investigación, el propósito de esta es conocer la realidad.

Según Arias, una investigación de campo descriptiva es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos, sin manipular o controlar variable alguna, de allí su carácter no experimental; en la presente no se manipulan variables,



simplemente se investiga el grado de compromiso de los pastores de la UVA con la salud y sus consecuencias.<sup>1</sup>

### Investigación cuantitativa

Una investigación es de tipo cuantitativa, según Hernández Sampieri y otros, cuando plantea un problema de estudio delimitado y concreto. Sus preguntas versan sobre cuestiones específicas, para obtener resultados el investigador recolecta datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes; los datos los analiza mediante procesos estadísticos.<sup>2</sup>

### Investigación transversal

Respecto a la temporalidad de una investigación, puede realizarse en un momento definido o prolongarse en el tiempo. Según los autores citados, una investigación transversal recolecta datos en un solo momento, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.<sup>3</sup>

### **Lugar geográfico, población y muestra**

Esta sección presenta una descripción del sitio donde se realiza la investigación, la cual es la Unión Venezolana Antillana (UVA). Se incluyen detalles desde su creación hasta nuestros días. Además se describe la población y muestra del estudio.

---

<sup>1</sup>Fidias G. Arias. *El proyecto de investigación*, 5ª ed. (Caracas: Editorial Episteme, 2006), 31.

<sup>2</sup>Roberto Hernández Sampieri et. al, *Metodología de la investigación*, 4 ed. (México: McGraw-Hill/Interamericana, 2006), 5.

<sup>3</sup>Ibíd, 270.

## Lugar geográfico

La investigación se efectuó en la UVA. En Venezuela existen dos uniones, la Unión Venezolana Antillana (UVA) y la Unión Venezolana Oriental (UVO).<sup>1</sup> La UVA está ubicada en la parte occidental de Venezuela y tiene su sede en Barquisimeto, además del territorio venezolano, forman parte de esta unión tres islas holandesas: Curacao, Aruba y Bonaire. La UVO está ubicada en la parte oriental del país, su sede está en Maracay, que es la capital del estado Aragua.

Venezuela está dividida territorialmente en 24 entidades llamadas estados, de los cuales 12 integran a la UVA, ellos son: Apure, Barinas, Carabobo, Cojedes, Falcón, Lara, Mérida, Portuguesa, Táchira, Trujillo, Yaracuy y Zulia. A pesar que en extensión es menor, esta zona del país tiene mayor población.

La distribución de los campos por estados es como sigue:

1. Asociación Venezolana Centro Occidental (AVCO), estado Lara; la sede de este campo se encuentra en la ciudad de Barquisimeto, que es la capital del estado Lara.
2. Asociación Venezolana Centro Norte (AVCN), estados Carabobo, Cojedes y Yaracuy, sede en Valencia que es la capital del estado Carabobo.
3. Asociación Venezolana Occidental (AVOC), estados Falcón y Zulia, sede en Maracaibo, capital del estado Zulia.
4. Misión Venezolana Sur Occidental (MVSO), estados Mérida, Táchira y Trujillo, sede en San Cristóbal, capital del estado Táchira.
5. Misión Venezolana de los Llanos Occidentales (MVLL), estados Apure,

---

<sup>1</sup>Todos los datos aquí presentados fueron aportados por la secretaría de la UVA.

Barinas y Portuguesa, sede en Barinas, ciudad capital del estado que lleva el mismo nombre.

El 1° de agosto de 1910 llegaron a territorio venezolano Frank Lewis Lane y su esposa Rose, acompañados por Ricardo Greenidge y su esposa Rebeca, marcando el comienzo de la difusión adventista en Venezuela.

Pocos años más tarde, en 1919, se creaba la Misión Venezolana con sede en Caracas, bajo la presidencia de William Baxter. Para 1924 esta misión tenía tres iglesias, con 149 miembros, y pertenecía a la Unión del Caribe que tenía su sede en Caracas. A esta unión también la integraban la Misión Colombiana y las asociaciones Sur del Caribe y Oeste del Caribe.

El 8 de julio de 1924 William Baxter, presidente de la unión, llega a Curazao acompañado de Charles Knigth, secretario-tesorero de la unión y Fred Steeves, secretario misionero de Venezuela, en compañía de Pedro Sanoja. El trabajo tenaz de estos hombres, la acción, la vida de los esposos Knigth, primeros misioneros residentes en Curazao, fue el comienzo de la presencia adventista en las islas de Aruba, Bonaire y Curazao.

El 6 de abril de 1927 la Misión Colombiana y la Misión Venezolana, de la cual formaban parte las islas de Aruba, Bonaire y Curazao, son separadas de la Unión del Caribe para formar la Unión Colombo-Venezolana bajo la presidencia de Henry E. Baasch. La oficina de la nueva unión se ubicó en la ciudad de Cali, Colombia. El 16 de febrero de 1930 la junta celebrada en Barranquilla, votó trasladar sus oficinas para la ciudad de Medellín, Colombia.

Al inicio del año 1934 la obra en Aruba y Curazao contaba con 35 miembros

bautizados, que formaban el distrito pastoral. La iglesia en Aruba fue organizada el 6 de octubre de 1934 con 17 miembros, dirigidos por Lunney Astleford y pertenecían a la Misión Venezolana.

El 26 de enero de 1934 la junta de la Unión Colombo-Venezolana votó crear la Misión de Curazao con sede en Curazao, para atender las tres islas, bajo la presidencia de Lunney Astleford. El 8 de octubre de 1935 la iglesia fue registrada legalmente ante el gobierno de Curazao, Lunney Astleford como presidente y John W. Cole secretario-tesorero, fueron los oficiales registrados. El 4 de diciembre de 1953, la junta de la unión cambió su nombre a Misión de las Antillas Holandesas, un nombre más representativo del territorio de las tres islas: Aruba, Bonaire y Curazao.

En Bonaire había interesados en el adventismo desde 1932 a 1934, sin embargo no fue sino hasta el 21 de marzo de 1942 cuando se organizó la primera iglesia en la isla, con 22 miembros bajo la dirección de León Gardiner, presidente de la misión. Para finales de 1943 esta misión tenía 125 miembros.

El 18 de enero de 1950 la unión tomó el voto de dividir la Misión Venezolana en dos misiones, la Misión Venezolana Oriental y la Misión Venezolana Occidental. Para la misión oriental se nombró a Charles R. Beeler presidente y a W.E Kuester secretario-tesorero, con sede en Caracas; sin embargo el 28 de mayo de ese año, David Baasch fue nombrado por la junta de la unión para atender la presidencia interinamente y para la misión occidental con sede en Barquisimeto, se nombró a C. Mckay Christianson presidente y a Paula García secretaria-tesorera.

Cincuenta y un años después de la creación de la misión de Curazao, en septiembre de 1985, la misión cambió su estatus a Asociación de las Antillas Holandesas,

contaba en ese tiempo con 19 iglesias organizadas y 2,745 miembros bautizados, bajo la presidencia de Theodorus Grep.

En 1979 la Misión Venezolana Oriental cambió su estatus en asociación y el 6 de enero de 1989 se divide y cambia su nombre por Asociación Central, formándose la Misión Venezolana Oriental con sede en Maturín.

El día 6 de marzo de 1989, siendo las 8:44 de la noche en la ciudad de Cúcuta, República de Colombia, dio inicio el II Congreso Quinquenal y última sesión de la extinta Unión Colombo Venezolana. Cincuenta y nueve años más tarde es reajustado el territorio para la creación de dos nuevas uniones, la Unión Colombiana y la Unión Venezolana Antillana. Luis Flórez Quiñones fue nombrado presidente de la Unión Colombiana, con sede en Medellín e Iván Omaña García presidente de la Unión Venezolana Antillana, con sede en Caracas.

En su nacimiento la UVA fue formada por las islas holandesas de Aruba, Bonaire y Curazao, atendida por la Asociación de las Antillas Holandesas y tres campos locales en Venezuela, la Asociación Venezolana Central, la Misión Venezolana Oriental recién creada el 9 de enero y la Misión Venezolana Occidental; estos campos locales estaban conformados por 187 iglesias organizadas, 43,758 miembros, 73 ministros ordenados, 85 maestros acreditados, 51 ministros licenciados, 70 misioneros, 61 colportores y 70 trabajadores más, para un gran total de 410 obreros. Un colegio secundario con internado, Instivoc y tres instituciones de salud.

El crecimiento y desarrollo del territorio de la unión continuó rápidamente de forma expansiva y sostenida. El 14 de febrero de 1990 se cambió el estatus de la Misión Venezolana Occidental a Asociación Venezolana Occidental. Para el mes de noviembre

de 1992 esta asociación realiza su primer reajuste territorial, creando la Misión Venezolana Occidental con sede en Maracaibo y cambia su nombre por Asociación Venezolana Centro Occidental.

Posteriormente la Misión Venezolana Occidental se divide en el mes de noviembre del 2002, para crear la Misión Venezolana Sur Occidental con sede en San Cristóbal y asume el estatus de Asociación Venezolana Occidental, por su parte la Asociación Venezolana Centro Occidental realiza su segundo reajuste territorial para el año 2004, creando la Misión Venezolana Centro Norte.

En febrero de 2001 la Misión Venezolana Oriental se divide, para formar la Misión Sur Oriental con sede actualmente en Puerto Ordaz. La Asociación Central nuevamente es dividida en enero del 2003, para crearse la Misión Venezolana Centro Sur, con sede en Maracay.

La Asociación de las Antillas Holandesas para el año 2007 también realiza su reajuste territorial, creando la Misión de Aruba y para este mismo año las misiones de Centro Norte y Centro Sur elevan sus estatus a asociaciones; de igual forma, para el año 2008, las misiones de Occidente, Oriente y Sur Oriente también cambian su estatus a asociaciones. Al comienzo del año 2009, la Asociación Centro Occidental realiza su tercer reajuste territorial, creando la Misión Venezolana de los Llanos Occidentales, con sede en Barinas.

Han pasado veinte años desde el nacimiento y comienzo histórico de la UVA, esta cuenta hoy con once campos locales, los cuales contienen 810 iglesias organizadas, 487 grupos organizados o compañías, 211,118 miembros (hasta el mes de mayo de 2009); 139 ministros ordenados, 86 ministros con licencia, 157 misioneros con credencial y 905

empleados regulares, para un total de obreros de 1,313; un instituto universitario, un seminario teológico, ocho instituciones de salud. El 85 por ciento de los ministros que actualmente laboran son egresados de este seminario.

### Población y muestra

Se presenta a continuación una descripción de la población y muestra donde se realizó la presente investigación.

#### **Población**

La población es el conjunto de personas u objetos donde se realiza una investigación.<sup>1</sup>

La población en la presente investigación estuvo constituida por todos los pastores que trabajan en el territorio venezolano de la UVA, 98 pastores, distribuidos de la siguiente manera: 19 pertenecientes a la AVCN, 15 pertenecientes a la AVCO, 33 pertenecientes a la AVOC, 15 pertenecientes a la MVLL y 16 pertenecientes a la MVSO. El criterio de inclusión es que trabajan en la UVA. No se hace diferencia con variables como la edad, años de servicio, ordenación o títulos diferentes al de licenciatura.

#### **Muestra**

Una muestra es un subconjunto de la población.<sup>2</sup> En esta investigación se toma toda la población como muestra, con la finalidad de darle mayor confiabilidad.

---

<sup>1</sup>Roberto Hernández Sampieri et al., *Metodología de la investigación*, 5ª ed., 84.

<sup>2</sup>Tevni Grajales Guerra, *Cómo elaborar una propuesta de investigación* (Montemorelos, N.L. México: Editorial Montemorelos, 2004), 62.

## **Diseño de los instrumentos de investigación**

En la presente sección se informa respecto a las variables, la construcción de los instrumentos de investigación, la validación y la operacionalización de las variables.

### **Variables**

Son las características o cualidades que presentan los objetos, grupos o personas que participan en una investigación, pueden variar pero son susceptibles de ser observadas y cuantificadas. Al respecto, Castaña Jiménez y otros comentan, una variable “es una característica observable o un aspecto discernible en un objeto de estudio que puede adoptar diferentes valores o expresarse en varias categorías”.<sup>1</sup> Una variable es una propiedad que puede cambiar, pero puede ser medida.<sup>2</sup> Las variables pueden ser independientes o dependientes.

#### **Variable independiente**

La variable independiente es la que el investigador puede manipular, variando su valor para poder observar sus efectos.<sup>3</sup> Un ejemplo es la dosis de un medicamento que se le administra a un paciente, para luego medir los efectos del mismo sobre la persona.

#### **Variable dependiente**

Esta variable es consecuencia de la variable independiente, es el efecto que produce; es decir que para que exista una variable dependiente debe existir una variable

---

<sup>1</sup>Juan Castaña Jiménez et al., *Metodología de la investigación* (México: McGraw-Hill Interamericana, 2002), 123.

<sup>2</sup>Roberto Hernández Sampieri et al., *Metodología de la investigación*, 5ª ed., 93.

<sup>3</sup>Castaña et al., 123.



antecedente.<sup>1</sup> En la presente investigación son variables dependientes los hábitos de salud y la obesidad.

### Construcción de instrumentos

Se inició con una revisión documental, con la finalidad de conocer si otros investigadores habían medido el grado de compromiso de los pastores con la salud y construido un instrumento. En vista de no encontrarlo, en conjunto con el asesor se procede a la construcción de los instrumentos de investigación.

Se elaboraron dos encuestas. La encuesta No. 1 (ver apéndice A) pretende evaluar el grado de compromiso del pastor con la salud, consta de 8 ítems, los cuales deben ser respondidos con una escala de 1 al 5. En cada ítem la respuesta con el numeral 1 refleja la mejor condición, mientras que la respuesta con el numeral 5, la peor condición. Si una persona contesta de la mejor manera en todos los ítems, tiene un puntaje máximo de 8 puntos. Si responde de la peor manera en todos los ítems, tiene un punto máximo de 40 puntos. Se acuerda clasificar las respuestas de la siguiente manera: (a) 8-15 muy comprometido, (b) 16-23 comprometido, (c) 24-31 poco comprometido y (d) 32-40 nada comprometido.

La encuesta No. 2 (ver apéndice A) evalúa los hábitos de salud del pastor y su familia. También consta de 8 ítems, deben ser respondidos con los mismos criterios que la encuesta anterior respecto al número de respuestas factibles y la clasificación de acuerdo a lo mejor o peor. Para el diseño de la encuesta se elaboraron preguntas que pueden estar relacionadas con actividades favorables o desfavorables para la salud. Al

---

<sup>1</sup>Mario Tamayo Tamayo, *El proceso de la investigación científica* (México: Limusa, 1998), 113.

colocar una puntuación en cada pregunta, el participante declara que realiza actividades y se puede conocer si sus hábitos son favorables o desfavorables para su salud.

Para efecto de clasificación de las respuestas se acuerda distribuir a los candidatos de la siguiente manera: (a) 8-15 muy buenos hábitos, (b) 16-23 buenos hábitos, (c) 24-31 malos hábitos y (d) 32-40 muy malos hábitos.

### Validación del instrumento

La validez de un instrumento tiene que ver con la certeza para medir aquello para lo cual fue diseñado.<sup>1</sup> Según Vyhmeister para la elaboración de una encuesta se puede proceder de dos maneras: Realizar una encuesta y aplicarla a un pequeño grupo para su validación o realizar la encuesta y someterla al juicio de expertos.<sup>2</sup>

En esta investigación se usó el juicio de cuatro expertos, todos con título de quinto nivel, dos teólogos y dos médicos (ver apéndice A), quienes hicieron las observaciones respectivas una vez que se realizaron y les fueron enviadas las encuestas.

Para evaluación de la obesidad no se realizó ningún instrumento especial, sino que se usaron los criterios aceptados por la medicina moderna, como son: El IMC y la CA. A pesar de que existen otros métodos para evaluar la obesidad, los anteriormente mencionados son los que han demostrado mayor confiabilidad.

Además se registran las variables edad, años de servicio, ordenación o no y título académico alcanzado, las cuales son útiles para conocer las características demográficas de la población en estudio. Eventualmente podrían ser comparadas con otras poblaciones donde se realicen estudios similares.

---

<sup>1</sup>Castaña et al., 179.

<sup>2</sup>Nancy Weber de Vyhmeister, *Manual de investigación teológica* (Miami: Editorial Vida, 2009), 51.

## Confiabilidad

Un instrumento es confiable cuando presenta resultados consistentes, arroja resultados equivalentes entre quienes responden, independientemente de quien lo aplique.<sup>1</sup>

Se calculó el Alfa de Cronbach para el instrumento número 1 que mide compromiso y resultó .78, lo cual lo hace un instrumento confiable. Para el instrumento número 2 el Alfa de Cronbach resultó ser .56, no alcanzó el nivel mínimo exigido, por lo que si se quisiera utilizar en una nueva investigación debe ser rediseñado o aumentar el número de la muestra.

### Operacionalización de las variables

Se presenta la tabla 1 que consta de cuatro columnas; de izquierda a derecha, la primera identifica la variable; la segunda es la definición de la variable; la tercera describe el instrumento con que se mide y la última muestra la interpretación.

Tabla 1

Variable	Definición de la Variable	Instrumento	Interpretación
Compromiso	Mide el grado de compromiso de los pastores con la salud	Encuesta No. 1 (mide compromiso) El sujeto responde 8 preguntas, cada una tiene un valor 1-5. 1 es la mejor condición, 8 es la peor condición	8-15 muy comprometido 16-23 comprometido 24-31 poco comprometido 32-40 nada comprometido
Hábitos	Mide los hábitos de salud de los pastores	Encuesta No. 2 (mide hábitos de salud) El sujeto responde 8 preguntas, cada una	8-15 muy buenos hábitos 16-23 buenos háb. 24-31 malos háb. 32-40 muy malos

<sup>1</sup>Castaña et al., 182.

		tiene un valor 1-5. 1 es la mejor condición, 8 es la peor condición	hábitos
Obesidad	Aumento de la proporción de grasa	IMC  CA	18-25 normal >25<30 sobrepeso >30 obesidad > o = 102 obesidad
Glicemia basal	Cantidad de azúcar sanguínea en ayuna	Cuantificación bioquímica de glucosa	Valor de referencia 70-106
Insulina basal	Cantidad de insulina sanguínea en ayuna	Cuantificación bioquímica de insulina	Valor de referencia 7-15
TSH (Thyroid Stimulating Hormone)	Cantidad de hormona estimulante del tiroides	Cuantificación bioquímica de TSH	Valor referencia 0.5-6.0
Glicemia post pandrial	Cantidad de azúcar sanguínea 2h después de comer	Cuantificación bioquímica de glucosa	Valor de referencia < 140
Insulina post pandrial	Cantidad de insulina sanguínea después de comer	Cuantificación bioquímica de insulina	Valor de referencia <56
Edad	No. de años desde el nacimiento	Cédula de identidad	Grupos etarios
Años de servicio	No. de años desde que ingresó al ministerio	Hoja de vida	Número absoluto
Ordenación	Reconocimiento al ministro que lo faculta para algunos actos	Hoja de vida	No ordenado = 1 Ordenado = 2
Título universitario	Título otorgado por una universidad	Hoja de vida	Licenciado = 1 Maestría = 2

### Hipótesis

Una hipótesis es el supuesto de la investigación, es lo que investigador supone y debe ser sometido a prueba para comprobar su grado de certeza.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Íbid., 96.

La hipótesis es H1: Existe una relación directa entre el compromiso con la salud de los pastores de la UVA, sus hábitos de salud y la obesidad.

### Hipótesis nula

La hipótesis nula es lo contrario a la hipótesis principal, es la negación al supuesto de la investigación. Si se ha dicho que hay cambios significativos y estos no ocurren, no hay cambios significativos, entonces la hipótesis nula es la verdadera.<sup>1</sup>

Ho: No existe relación entre el compromiso con la salud de los pastores de la UVA, sus hábitos de salud y la obesidad.

### Operacionalización de hipótesis

Se presenta la tabla 2 que contiene cuatro columnas, la primera presenta la hipótesis, la segunda las variables, la tercera la dimensión de medición y la cuarta la prueba estadística que se usó. Esta tabla permite al lector familiarizarse rápidamente con la investigación y la forma como se comprobará la hipótesis de trabajo.

Tabla 2

#### *Operacionalización de hipótesis*

Hipótesis nula	Variables	Nivel de medición	Prueba estadística
Los pastores de la UVA están comprometidos con la salud, por lo tanto tienen hábitos saludables	V.independ.:Compromiso	Métrico	P Pearson Chi cuadrado
	V. dependiente: Hábitos Obesidad	Métrico Métrico	

<sup>1</sup>Mohammad Naghi Namakforoosh, *Metodología de la investigación* (México: Limusa, 2008),

y deben tener bajo porcentaje de obesidad			
---	--	--	--

### **Método**

Para la realización se procedió de la siguiente manera: Se envió una carta al presidente de la UVA, solicitando autorización para la investigación con todos los pastores del territorio venezolano de dicha unión, quien a su vez envió cartas a los presidentes de los campos, informándoles del asunto y solicitando el apoyo (ver apéndice A).

Al tener la autorización del presidente de la UVA, se acordó con los presidentes de campos una fecha para la visita.

En cada campo se procedió de esta manera: Se citó a los pastores para que asistieran, en ayunas, el día acordado para realizar la investigación. Al llegar se les explicó la razón de la visita y se les dio un consentimiento informado (ver apéndice A) el cual leyeron y firmaron.

Ninguno se negó a participar del estudio, a pesar de que les advirtió que tenían ese derecho. Se les extrajeron 5 cc de sangre venosa para determinar TSH, glicemia en ayunas, insulina en ayunas. Posteriormente fueron pesados con una balanza de piso, despojados de saco y zapatos para evitar errores. Se determinó la talla y CA. Estos datos se registraron en la encuesta No. 2. Con los datos de peso y talla se determinó el IMC.

Se les sirvió un desayuno que consistió de los siguientes elementos: Carotas negras refritas con queso rallado; huevos revueltos con tomates, cebolla y cilantro; arepa;

jugo de naranja y una barra pequeña de chocolate. Posteriormente llenaron, en forma anónima, las encuestas 1 y 2.

Dos horas después de haber concluido el desayuno se tomó una nueva muestra de sangre venosa para determinación de glicemia post-pandrial y la insulina post-pandrial.

En la encuesta No. 2, además de las respuestas de los pastores, se registran el IMC, la CA, así como los valores de exámenes de sangre.

Se solicitó a los secretarios del campo las variables edad, años de servicio, ordenación o no, y títulos de licenciatura o maestría en el grupo.

Los datos obtenidos de las encuestas fueron analizados por el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15 y presentado en forma de tablas y figuras.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación, para su mayor comprensión, en forma de tablas y figuras. En primer lugar se muestran las características demográficas de la población, en segundo lugar se presentan los datos referentes al grado de compromiso de los pastores con la salud, y se continúa con la información referente a los hábitos de salud. Finalmente se informa respecto a la obesidad. Se describe también la relación que existe entre las variables.

Las tablas se elaboran en forma descriptiva, para eso se distribuyen los datos en forma porcentual, lo que permite una mayor claridad en la presentación de la información. Además se utilizan estadísticos de tendencia central, que dan más confiabilidad a la información.

Las figuras se presentan en forma de barras, histogramas o líneas de frecuencias para hacer más fácil la comprensión de la información. En total, se presentan 15 tablas y 13 figuras.



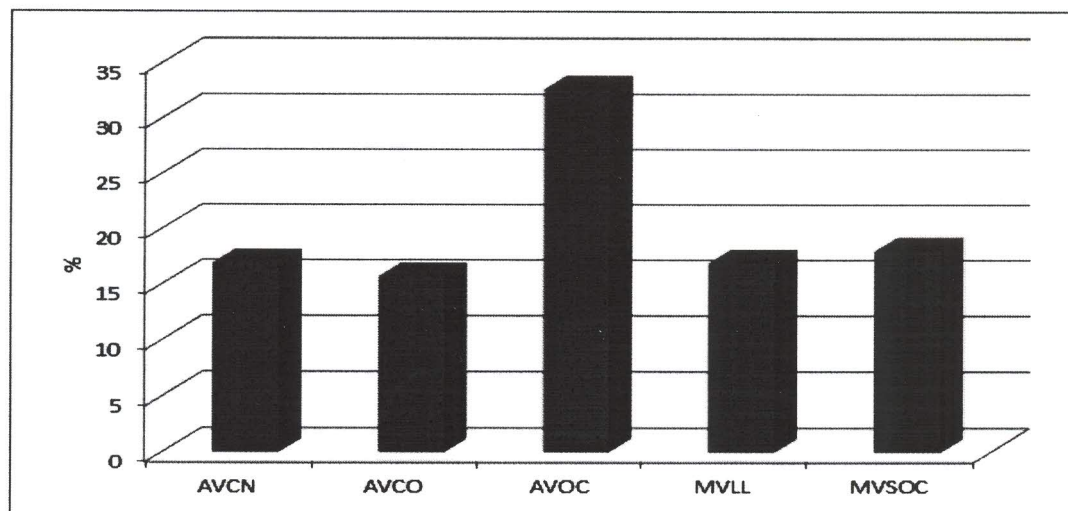
La tabla 1 describe cómo está constituida la muestra, con 98 pastores pertenecientes a los diferentes campos de la UVA, la AVCN, la AVCO, la AVOC, la MVLL y la MVSO. El mayor grupo pertenece a la AVCO, con 33 participantes, lo cual representa el 33.7 por ciento, seguidos de la AVCN con 19 colaboradores, lo cual representa el 19.4 por ciento. El resto de los campos presenta más o menos la misma cantidad de personas.

Tabla 1

*Distribución de la muestra en estudio según el campo al que pertenece*

Campo	Frecuencia	Porcentaje
AVCN	19	19.4
AVCO	15	15.3
AVOC	33	33.7
MVLL	15	15.3
MVSOC	16	16.3
Total	98	100.0

La figura 1 de barras muestra que el mayor porcentaje de participación es de la AVCO.



*Figura 1. Distribución de la muestra en estudio según el campo al que pertenece*

La tabla 2 muestra cómo se distribuyó la población en el estudio según edad, el grupo más numeroso aparece en el intervalo de 30-39 años, 47 personas, para 48 por ciento; seguido del grupo de 40-49, con 28 participantes para 28.6 por ciento; luego 12 menores de 30 años para un 12.2 por ciento; 10 en el grupo de 50-59, que equivale a 10.2 por ciento; finalmente una persona en el grupo de 60-69, que representa el 1 por ciento.

Tabla 2

*Distribución de la población en estudio según la edad*

Años de Servicio	Frecuencia	Porcentaje
<30	12	12.2
30-39	47	48.0
40-49	28	28.6
50-59	10	10.2
60-69	1	1.0
Total	98	100.0

En la figura 2 se muestra cómo es la distribución de la población según la edad, observándose un pico en el intervalo de 30-39. El promedio de edad es 38.40 años.

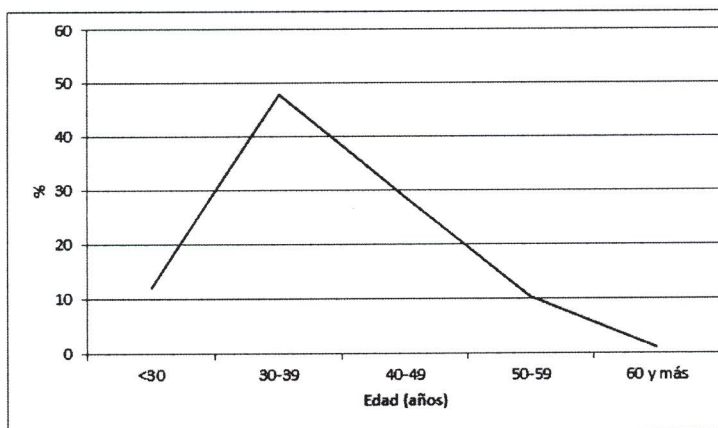


Figura 2. Representación de la distribución de la muestra según la edad

La tabla 3 muestra la distribución de la muestra según los años de servicio. El mayor número de pastores tiene menos de cinco años de servicio y esto representa el 33 por ciento, los intervalos que le siguen en frecuencia son 05-09 y 10-14 con 22 cada uno, lo que significa el 44.8 por ciento, el intervalo de 20-24 con nueve participantes representa 9.2 por ciento y finalmente el grupo con más de 25 años de servicio lo forman seis personas, para un porcentaje de 6.1 por ciento.

Tabla 3

*Distribución de la población de estudio según años de servicio*

Años de Servicio	Frecuencia	Porcentaje
<5	33	33.8
05-09	22	22.4
10-14	22	22.4
15-19	6	6.1
20-24	9	9.2
>25	6	6.1
Total	98	100.0

La figura 3 pone en evidencia que el grupo más frecuente es el grupo de pastores con menos de 5 años de servicio.



Figura 3. Distribución de la muestra según los años de servicio

La tabla 4 muestra la distribución de la población según la ordenación, 64 pastores son ordenados representando 65.3 por ciento; 34 no son ordenados y esto representa el 34.7 por ciento.

Tabla 4

*Distribución de la población de estudio y ordenación*

Ordenación	Frecuencia	Porcentaje
No ordenado	34	34.7
Ordenado	64	65.3
Total	98	100.0

La figura 4 muestra gráficamente que hay más pastores ordenados que no ordenados.

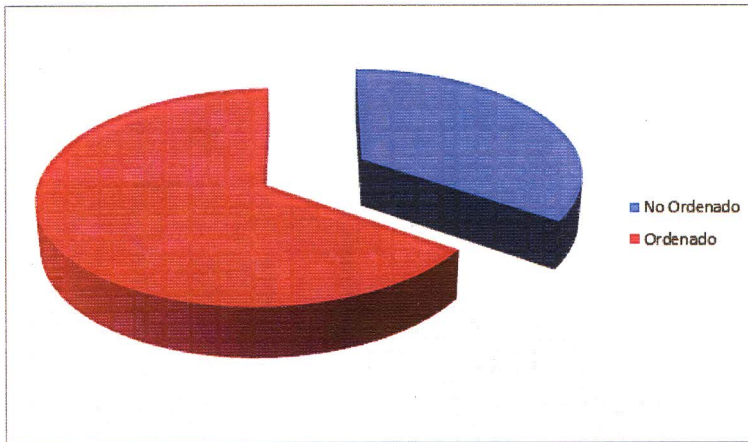


Figura 4. Distribución de la muestra y ordenación

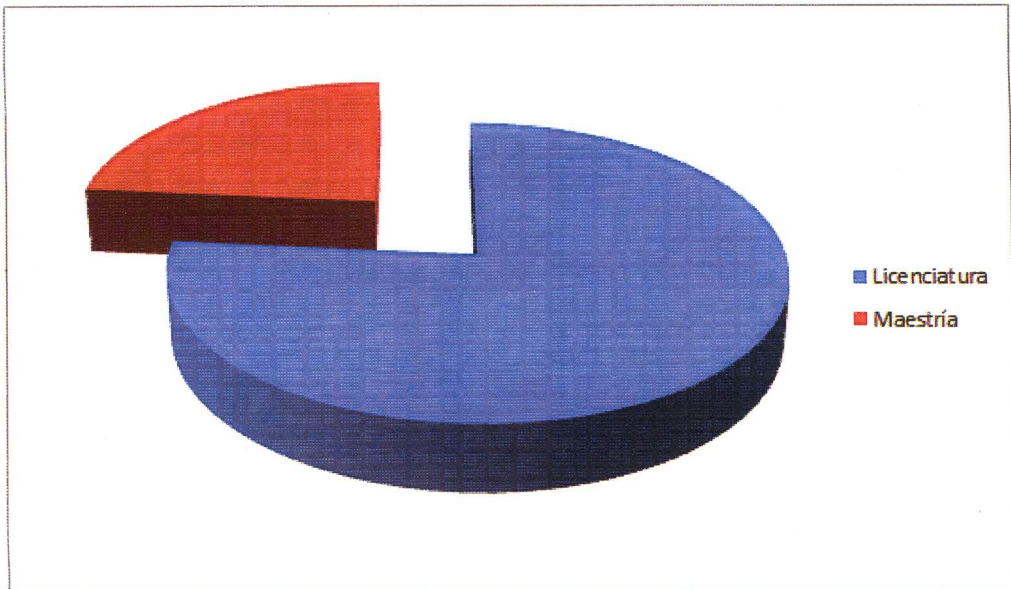
La tabla 5 muestra la distribución de la población según el grado académico alcanzado, licenciatura o maestría. 75 pastores tienen título de licenciatura, lo que representa un 76.5 por ciento; 24 tienen título de maestría, lo que representa 23.5 por ciento.

Tabla 5

*Distribución de la población y nivel académico*

Estudios alcanzados	Frecuencia	Porcentaje
Licenciatura	75	76.5
Maestría	23	23.5
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>

La figura 5 es muy elocuente en mostrar que la mayoría de los pastores tienen título de licenciatura.



**Figura 5. Distribución de la muestra y estudios alcanzados**

Es importante recordar que la encuesta número 1 mide compromiso (ver apéndice A), consta de ocho preguntas y cada pregunta puede ser respondida con un valor 1 a 5. La mejor cualidad en este caso, compromiso, vale 1 y la peor vale 5. El valor mínimo que puede tener una persona es 8 y el valor máximo 40. De acuerdo al valor que resulta de la sumatoria de todas las respuestas, se clasifica al participante en muy comprometido (8-15), comprometido (16-23), poco comprometido (24-31), o nada comprometido (32-40).

La tabla 6 muestra que no hay personas muy comprometidas, salvo en el campo AVCO donde hay dos personas, eso representa el 2 por ciento; le sigue en frecuencia el grupo de los poco comprometidos, 53 en total representando 54.1 por ciento. Si se suma

el grupo de los poco comprometidos con los nada comprometidos, tenemos 71 personas y esto representa el 72.5 por ciento. El mayor porcentaje es el de poco comprometidos y representa el 54.1 por ciento.

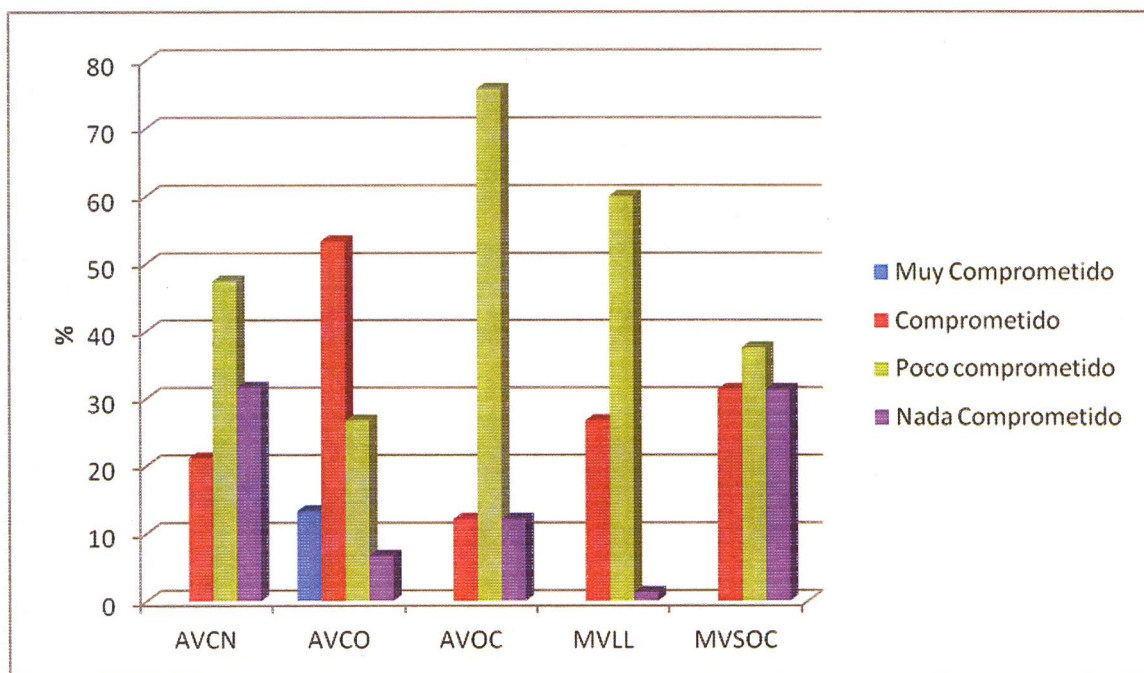
Tabla 6

*Distribución de los pastores según su grado de compromiso con la salud y el campo al que pertenecen*

Campo	Muy comprometido		Comprometido		Poco comprometido		Nada comprometido		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AVCN	0	0.0	4	21.1	9	47.4	6	31.6	19	100.0
AVCO	2	13.3	8	53.3	4	26.7	1	6.7	15	100.0
AVOC	0	0.0	4	12.1	25	75.8	4	12.1	33	100.0
MVLL	0	0.0	4	26.7	9	60.0	2	1.3	15	100.0
MVSOC	0	0.0	5	31.3	6	37.5	5	31.3	16	100.0
Total	2	2.0	25	25.5	53	54.1	18	18.4	98	100.0

La figura 6 ilustra que la barra preponderante es la de color verde, que representa a los poco comprometidos. En cuatro de los cinco campos no hay barra azul, que representa a los muy comprometidos. Llama la atención que el mejor comportamiento en cuanto a compromiso ocurrió en el campo AVCO, donde se encontró mayor cantidad de muy comprometidos y comprometidos. Todos los demás campos presentan personas nada comprometidas.





*Figura 6.* Distribución de los pastores según su grado de compromiso con la salud y el campo al que pertenecen

La tabla 7 muestra el valor promedio de la puntuación obtenida en cada pregunta.

Tabla 7

*Promedio de cada pregunta*

**Estadísticos descriptivos**

	N	Media	Desv. típ.
En un último año. ¿Cuántos cursos relacionados con salud usted organizó? (Comida vegetariana, estrés, respire libremente).	98	4.00	1.084
En el último año. ¿Cuántos cursos relacionados con actividad deportiva usted organizó? (Club de caminata, club de alpinismo, eventos deportivos)	98	3.77	1.182
En el último año. ¿Cuántos sermones sobre salud predicó?	98	3.69	1.213
Si su feligresía lo evaluara. ¿Lo consideraría un líder de salud?	98	3.17	1.084
Suponga que el gobierno necesita un asesor de salud, para satisfacer las necesidades de salud de su distrito. ¿Sería usted un candidato?	98	3.16	1.367
¿Conoce usted cuales son las causas de enfermedad de la feligresía de su distrito?	98	3.01	.867
¿Se considera usted como un modelo de salud para la feligresía?	98	2.78	1.108
¿Considera usted que los pastores están comprometidos en enseñar un estilo de vida saludable, en la iglesia?	98	2.45	1.293
N válido (según lista)	98		

La figura 7 muestra el valor promedio de las respuestas de todas las preguntas, su valor promedio es de 3.25. Esta valoración está relacionada con poco comprometido.

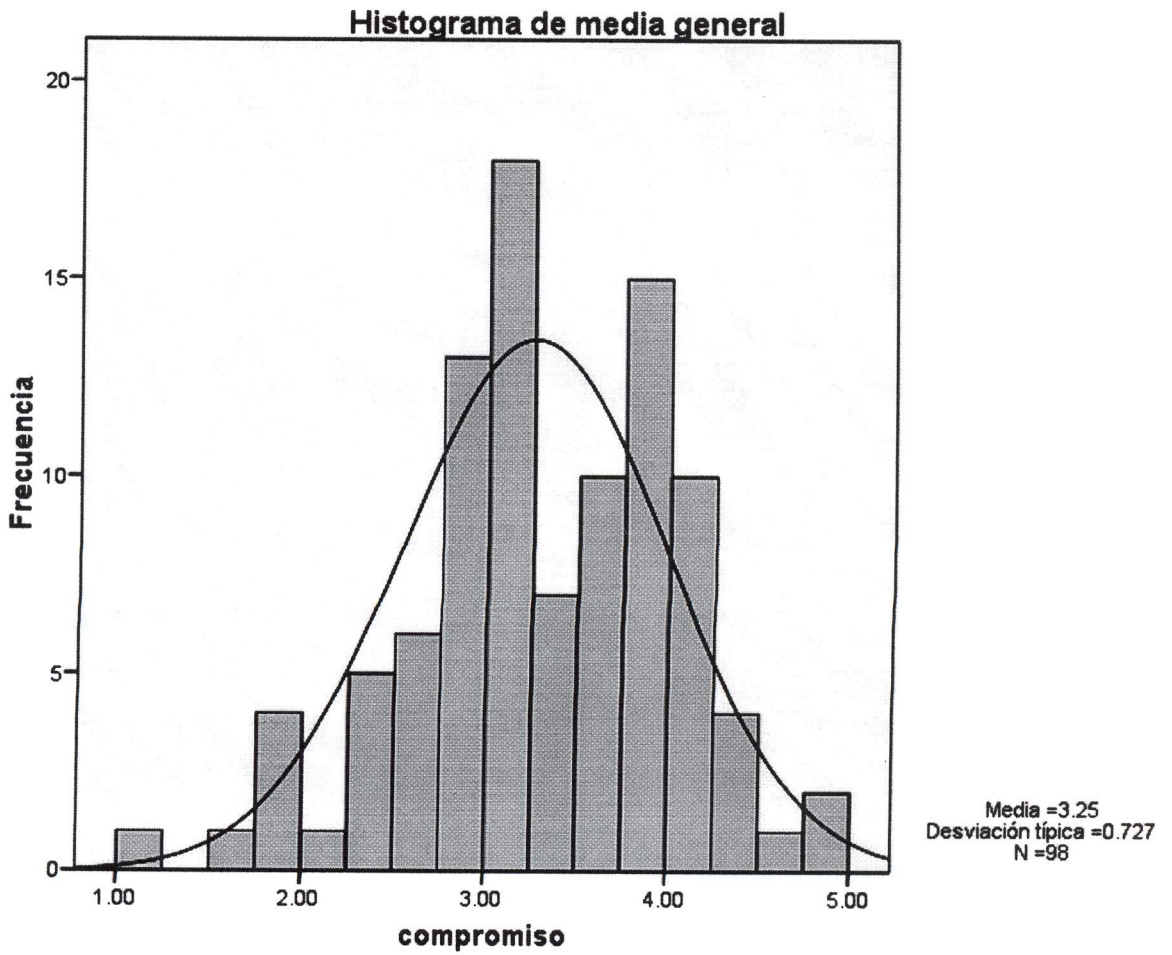


Figura 7. Distribución de los promedios de las respuestas a cada pregunta sobre compromiso

La figura 8 muestra el promedio general, cuando se toma la sumatoria de lo que obtuvo cada participante en la encuesta 1. El valor 26 significa poco comprometido.

### Histograma

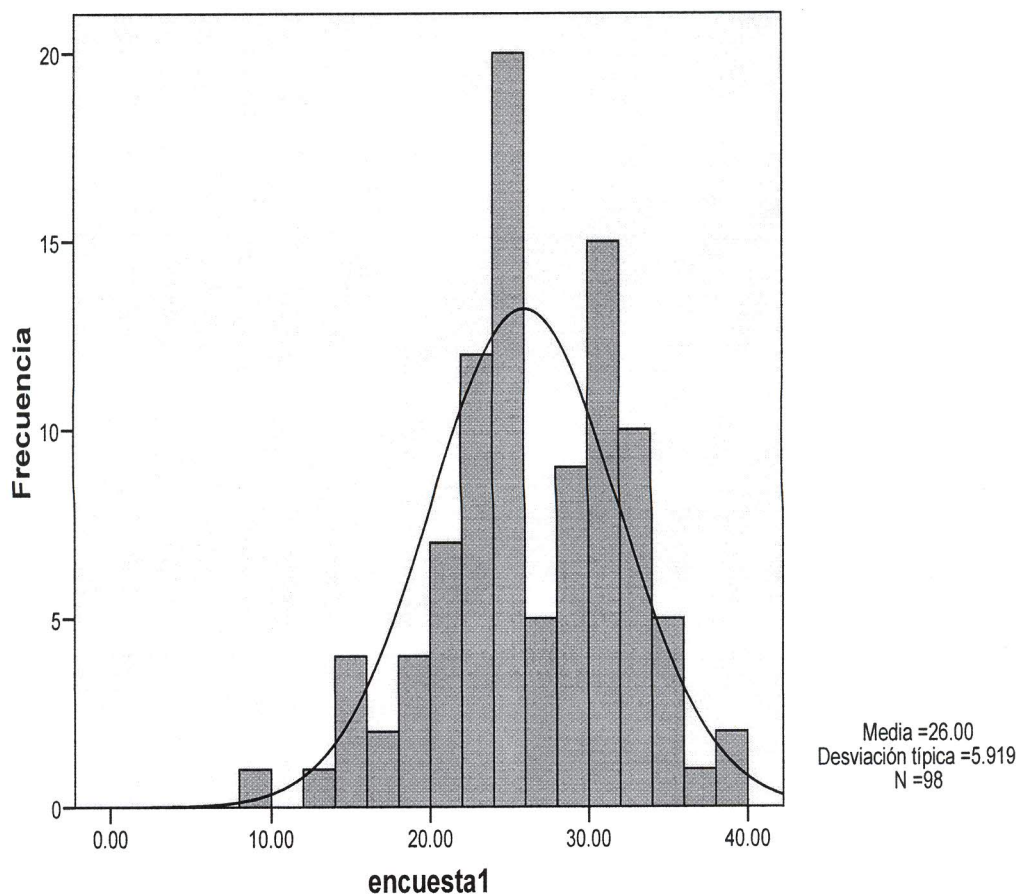


Figura 8. Distribución de la sumatorias de las respuestas dadas.

La tabla 8 muestra que en la columna de personas con muy buenos hábitos no aparece ninguna, en la columna de buenos hábitos se encuentran 20 participantes, lo que representa el 20.4 por ciento. La gran mayoría de los pastores contestaron tener malos o muy malos hábitos. La suma de estas dos categorías resultan 78 participantes, que

representa el 79.5 por ciento de toda la población. El mayor porcentaje es el de malos hábitos, que representa el 62.2 por ciento.

Tabla 8

*Distribución de los pastores según hábitos de salud y el campo al que pertenecen*

Campo	Muy buenos hábitos		Buenos hábitos		Malos hábitos		Muy malos hábitos		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AVCN	0	0.0	6	31.6	11	57.9	2	10.5	19	100.0
AVCO	0	0.0	3	20.0	11	7.3	1	6.7	15	100.0
AVOC	0	0.0	3	9.1	20	60.6	10	30.3	33	100.0
MVLL	0	0.0	4	26.7	7	46.7	4	26.7	15	100.0
MVSOC	0	0.0	4	25.0	12	75.0	0	0.0	16	100.0
Total	0	0.0	20	20.4	61	62.2	17	17.3	98	100.0

En la figura 9, la barra que más llama la atención es la de malos hábitos, de color rojo. No hay barra violeta, que representaría a los de muy buenos hábitos.

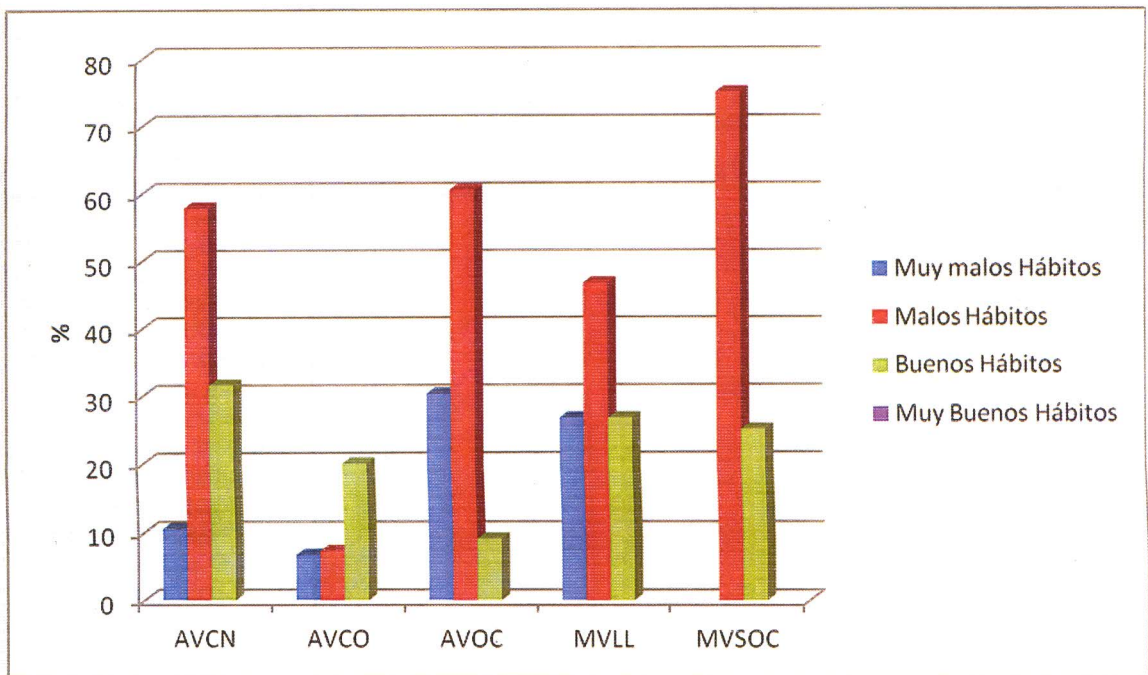


Figura 9. Distribución de la muestra según sus hábitos y el campo al que pertenece

La tabla 9 muestra los valores promedio de los valores obtenidos en la respuesta de cada pregunta. Están ordenados de mayor a menor, siendo el mayor promedio 4.41 y el menor promedio 1.84. De las ocho preguntas, cinco tienen un valor por encima de 3.

Tabla 9

*Promedio de cada pregunta sobre hábitos*

	N	Media
¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comida, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?	98	4.41
¿Cuántas veces a la semana come usted harina refinada (pan de trigo, galletas, pasta, pizzas, donas, pan dulce, pastelitos)?	98	3.86
¿Cuántas veces a la semana hace usted ejercicio?	98	3.66
¿Cuántas veces a la semana come usted azúcar refinada (jugos endulzados o refrescos, atoles, pan dulce, donas, galletas, tortas, chocolates, helados, caramelos, dulces de frutas)?	98	3.58
¿Cuántos familiares hacen ejercicio todos los días?	98	3.55
¿Cuántas veces a la semana come grasa animal (carne roja, pollo, yema de huevos, leche completa)?	98	3.04
¿Cuántos familiares consanguíneos tiene usted que son obesos?	98	2.28
¿Cuántos familiares adultos son diabéticos?	98	1.84
N válido (según lista)	98	

La figura 10 muestra la distribución de los promedios de todas las respuestas. El promedio total es de 3.28. Refleja malos hábitos.

### Histograma

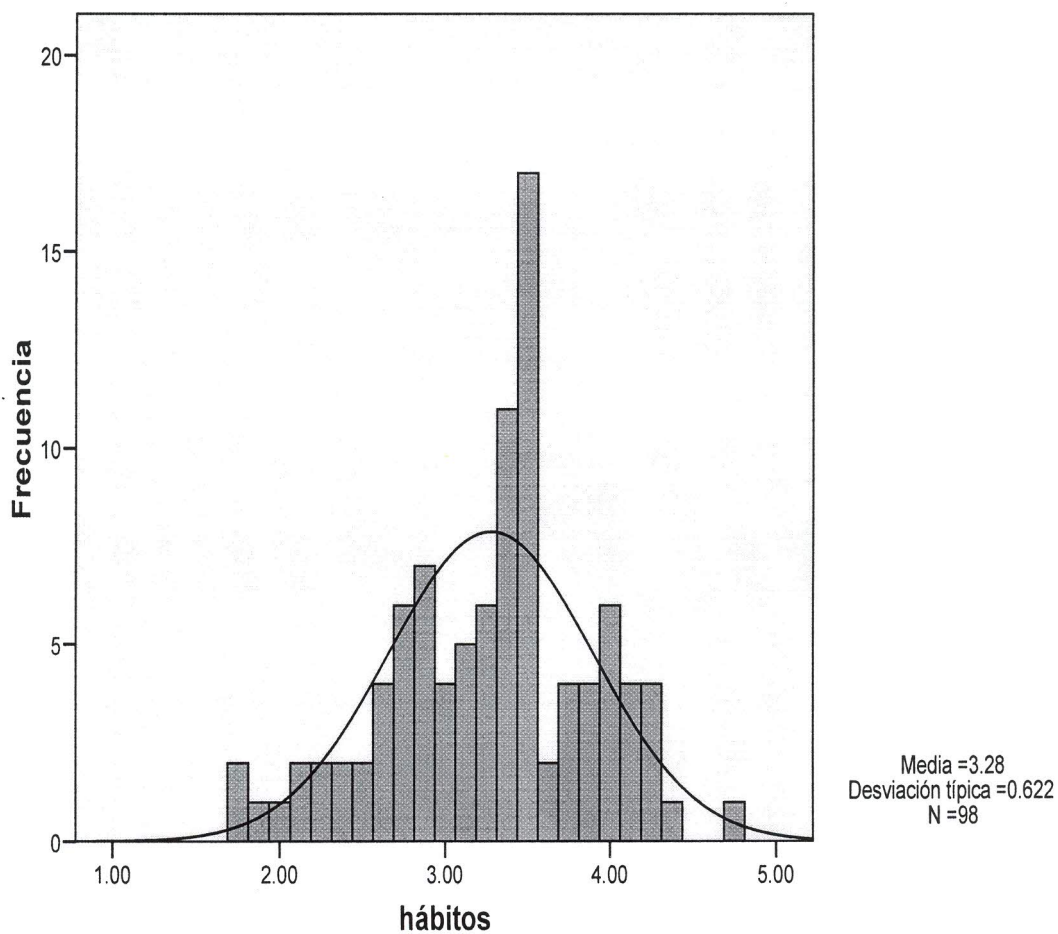


Figura 10. Distribución de los promedios de las respuestas a cada pregunta sobre hábitos

La figura 11 representa el promedio de la sumatoria de todas las respuestas. El valor es 26.26, al igual que la figura anterior, revela malos hábitos.



## Histograma

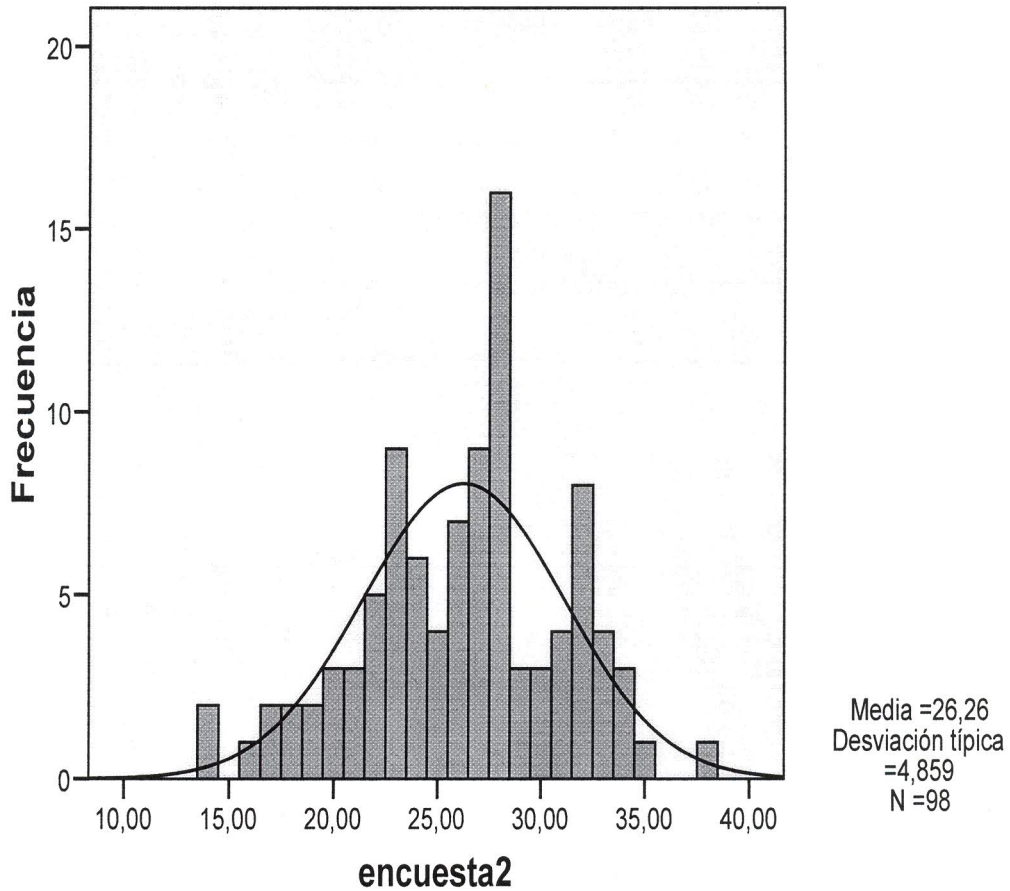


Figura 11. Distribución de la sumatoria de las respuestas

La tabla 10 presenta la R de Pearson entre las variables grado de compromiso y hábitos de salud. Resultando una p de .003, que es significativa.

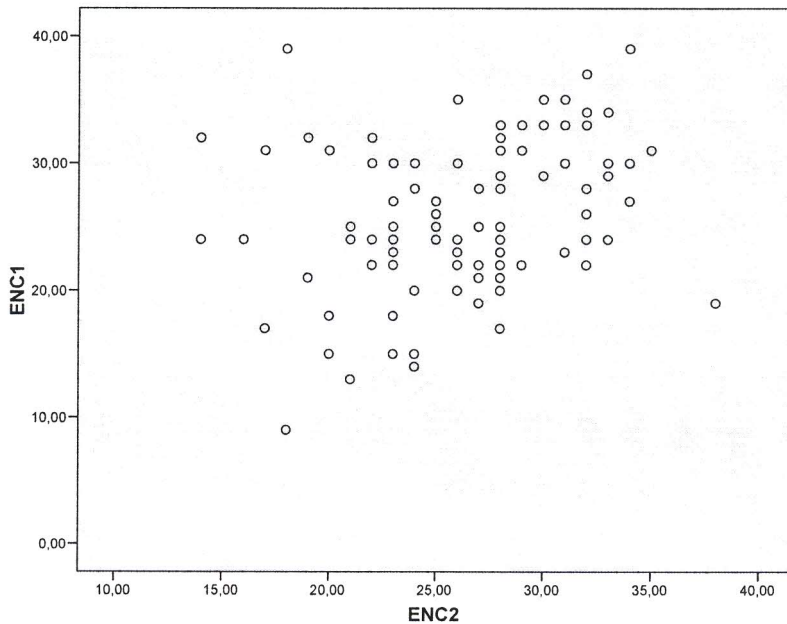
Tabla 10

*Correlación entre el grado de compromiso y los hábitos de salud de los pastores*

VARIABLES ESTUDIADAS	R	P
Grado de compromiso – hábitos	0.296	0.003

$p < 0,05$  es significativa la relación entre variables

La figura 12 revela una relación directamente proporcional, tendencia a la recta ascendente. Hay relación entre compromiso y hábitos de salud.



*Figura 12. Correlación entre compromiso y los hábitos de salud de los pastores*

La tabla 11 muestra que según el IMC, la población se divide en tres grupos:

Normales, sobrepeso y obesos. Solo 30 pastores tienen IMC normal, esto representa el

30.6 por ciento; el resto, o sea el 69.4 por ciento, son personas con sobrepeso u obesidad.

El mayor porcentaje de obesos está en la MVLL, seguida por la AVOC y el mínimo en la AVCO.

El mayor porcentaje de pastores con sobrepeso se encontró en la AVCO, seguida por la AVOC, y el mínimo en la MVSOC. Según el IMC, 21 pastores son obesos, lo que representa el 21.4 por ciento de la población estudiada.

Tabla 11

*Distribución de los pastores según su IMC y el campo al que pertenecen*

Campo	Normal		Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AVCN	8	42.1	6	31.6	5	26.3	19	100.0
AVCO	4	26.7	10	66.7	1	6.7	15	100.0
AVOC	5	15.2	18	54.5	10	30.3	33	100.0
MVLL	5	33.3	4	26.8	6	40.0	15	100.0
MVSOC	8	50.0	4	25.0	4	25.0	16	100.0
Total	30	30.6	47	48.0	21	21.4	98	100.0

La figura 13 presenta tres barras de diferentes colores, los colores que representan valores más elevados son el azul que representa IMC normal, seguido del rojo que representa los de IMC con sobrepeso. Todos los campos tienen obesos.

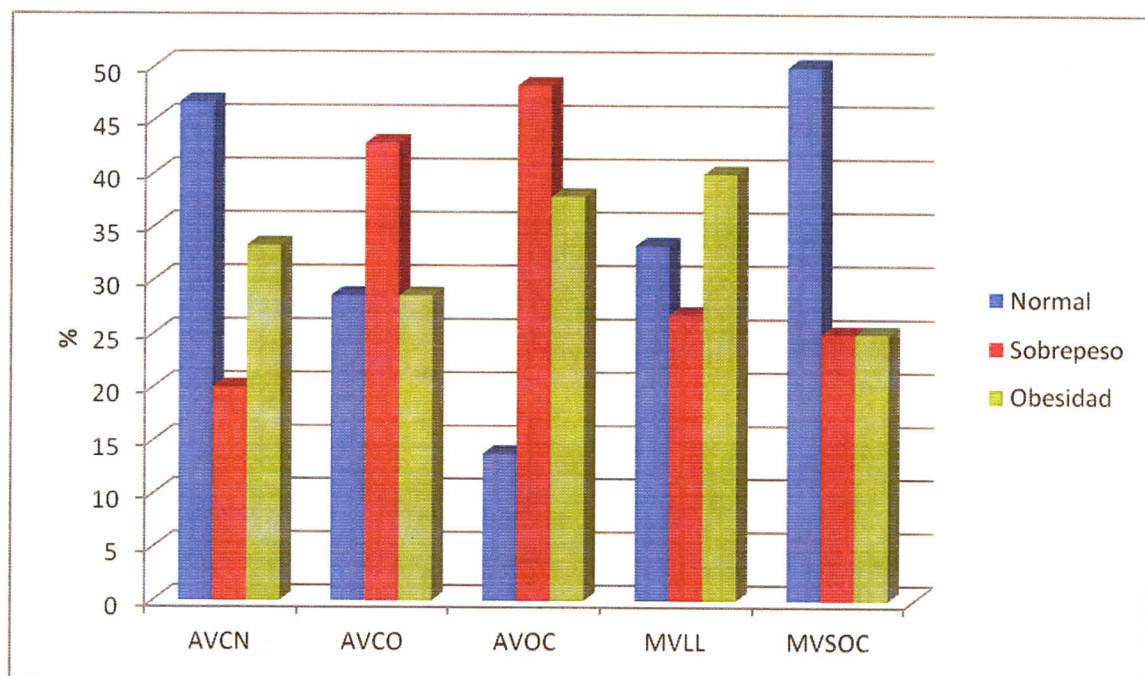


Figura 13. Distribución de los pastores según su IMC y el campo al que pertenecen

La tabla 12 presenta dos grupos: No obesos y obesos. Tomando como criterio la CA, se encontró que los obesos son 28, y eso representa el 28.6 por ciento. Esto es un poco mayor que cuando se usa como criterio el IMC.

Tabla 12

*Clasificación de los pastores evaluados según CA*

Obesidad	Frecuencia	Porcentaje
No obesos	70	71.4
Obesos	28	28.6
Total	98	100.0

La tabla 13 describe la distribución de la muestra en no obesos y obesos cuando se combinan los dos criterios para obesidad, IMC y CA. Se encuentra que 33 participantes se clasifican como obesos y esto representa el 33.67 por ciento. El resto, 65 o sea el 69.33 por ciento, son normales.

Tabla 13

*Clasificación de la población según IMC y/o CA*

Obesidad	Frecuencia	Porcentaje
No obesos	65	69.33
Obesos	33	33.67
Total	98	100.0

En la tabla 14 se puede observar: Si se divide la tabla verticalmente, se encuentran dos grandes grupos: Los comprometidos o muy comprometidos (SíC) por un lado, mientras que por otro lado están los poco o nada comprometidos (NoC).

Si el estado nutricional es normal, aproximadamente la mitad (47 por ciento) está SíC y la otra mitad (53 por ciento) NoC. Sin embargo, en los individuos cuyo estado nutricional es sobrepeso u obesidad, se ve una alta tendencia hacia NoC, siendo el 79 por ciento y 86 por ciento respectivamente.

Dicha asociación es significativa, según la prueba estadística Chi Cuadrada ( $p = .01$ ).

Tabla 14

*Distribución de los pastores según su grado de compromiso y su estado nutricional*

Estado nutricional	Muy comprometido y comprometido		Poco comprometido y nada comprometido		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Normal	14	46.7	16	53.3	30
Sobrepeso	10	21.3	37	78.7	47	100.0
Obesidad	3	14.3	18	85.7	21	100.0
Total	27	27.6	71	72.4	98	100.0

Chi<sup>2</sup>: 8.27 p: 0.01

La tabla 15 señala que algunos pastores presentan alteraciones metabólicas, expresadas en cambios en los valores normales de los parámetros medidos en sangre. Los exámenes más alterados fueron la insulina pospandrial y la glicemia pospandrial, con 21.3 por ciento y 11.2 por ciento, respectivamente.

Tabla 15

*Niveles alterados de TSH, insulina basal, insulina post-pandrial, glicemia basal y glicemia post-pandrial y campo al que pertenece*

Variables	AVCN		AVCO		AVOC		MVLL		MVSOC		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TSH	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3	1	1.1
Insulina basal	1	6.7	0	0.0	2	6.9	1	6.7	0	0.0	4	4.5
Insulina pp	4	26.7	3	21.4	6	20.7	4	26.7	2	12.5	19	21.3
Glicemia basal	0	0.0	0	0.0	1	3.4	0	0.0	0	0.0	1	1.1
Glicemia pp	2	13.3	1	7.1	3	10.3	0	0.0	4	25.0	10	11.2

## CAPÍTULO V

### RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este capítulo contiene un resumen de la investigación, conclusiones y recomendaciones. El resumen, en breves palabras, describe cómo se realizó la investigación, las conclusiones presentan los resultados finales de la investigación y las implicaciones de los mismos, finalmente se incluyen recomendaciones para los administradores, a las instituciones formadoras de pastores, a los pastores y a las futuras investigaciones.

#### **Resumen**

El interés por saber qué grado de compromiso tienen los pastores de la UVA con la salud es el principal motivo de la investigación. Este interés nace de la apreciación sugestiva de que algunos pastores hablan poco del tema de la salud, se predicán pocos sermones relacionados con la salud, no se relaciona la salud con la espiritualidad, no se toman en cuenta las recomendaciones que hace Elena de White de usar la salud como atractivo para la predicación del evangelio, el aspecto físico de algunos pastores no refleja que sean temperantes, y se observan obesos dentro del cuerpo pastoral.

De todo esto surgieron preguntas como: ¿Qué grado de compromiso tienen los pastores de la UVA con la salud?, ¿cómo son sus hábitos de salud?, ¿cómo son los hábitos de salud de sus familiares?, ¿qué porcentaje de ellos son obesos?, ¿qué relación

existe entre el compromiso con la salud y los hábitos de salud?, ¿qué relación existe entre compromiso con la salud y obesidad?

Las consideraciones anteriores llevaron a la formulación de una hipótesis: Existe una relación directa entre el compromiso con la salud de los pastores de la UVA y sus hábitos de salud, con la obesidad.

Fue necesario entonces medir las variables compromiso con la salud, hábitos de salud y obesidad. Además, se determinaron en sangre algunos parámetros que expresan la repercusión metabólica del sobrepeso y la obesidad.

Se hizo una revisión de la bibliografía y particularmente de las Sagradas Escrituras, para encontrar la sustentación teórica de la investigación. No se encontraron investigaciones que abordaran el tema del compromiso de salud entre los pastores, tampoco se encontraron instrumentos que midan la variable compromiso con la salud y hábitos de salud.

Fue necesario construir instrumentos para medir las variables compromiso con la salud y hábitos de salud (ver apéndice A). Para la medición de la obesidad no fue necesario construir instrumentos, porque se usó como criterio para el diagnóstico el aceptado internacionalmente por la OMS, a saber, el IMC y la CA. Los valores aceptados para el IMC son: Normales de 18 a 24.9, sobrepeso de 25 a 29.9 y obesos mayores de 30. Con respecto a la CA, son obesos los hombres cuya circunferencia abdominal sea igual o mayor a 102 centímetros.

Para la medición del compromiso se construyó un instrumento denominado Encuesta No. 1 (ver apéndice A), consta de 8 preguntas, cada pregunta tiene 5 posibilidades de respuestas, de 1-5, siendo 1 la mejor condición, 5 la peor condición. La



máxima puntuación posible que alcanza el participante es 40, la mínima 8. Esta fue sometida a juicio de expertos para su validación. Los resultados se clasifican de la siguiente manera: 8-15 muy comprometido, 16-23 comprometido, 24-31 poco comprometido, 32-40 nada comprometido.

Para la evaluación de los hábitos se construye un segundo instrumento, denominado Encuesta No. 2. Su construcción sigue el mismo patrón que la anterior, también fue validada por expertos. La interpretación es como sigue: 8-15 muy buenos hábitos, 16-23 buenos hábitos, 24-31 malos hábitos, 32-40 muy malos hábitos.

Se solicitó autorización al presidente de la UVA para realizar la investigación entre los pastores, quien aprobó tal solicitud y envió cartas a los presidentes de los campos, para citar a los pastores y que se adecúen las condiciones para la toma de las muestras.

Los participantes llegaron en ayunas, se les tomó una muestra de sangre para determinar TSH, glicemia en ayunas e insulina en ayunas. Además se determinaron el peso, la talla y la CA. Se les sirvió un desayuno que constó de: Caraotas negras refritas con queso, huevos revueltos con tomate y cebolla, arepas, jugo de naranja y una barra pequeña de chocolate.

Los pastores leyeron y firmaron un consentimiento informado y respondieron las encuestas. Dos horas después, se les tomó una nueva muestra de sangre para determinar glicemia posprandial e insulina posprandial. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS versión 15 y se obtuvieron los resultados.

### **Conclusiones**

Según el instrumento número 1, el 54.1 por ciento de la población está poco

comprometida, seguida de 25.5 por ciento que está comprometida, luego 18.4 nada comprometida y 2 por ciento muy comprometida. Al aplicar medidas de tendencia central se encontró que los pastores están poco comprometidos. No encontramos en la bibliografía revisada otra investigación que midiera el grado de compromiso de los pastores adventistas con la salud.

Por otra parte, en el instrumento número 2, que mide los hábitos de salud, el 62.2 por ciento de la población tiene malos hábitos, 20.4 por ciento tiene buenos hábitos, 17.3 por ciento tiene muy malos hábitos y ningún participante resultó con muy buenos hábitos.

De acuerdo a los estadísticos de tendencia central, los pastores de la UVA tienen malos hábitos de salud. Si hay malos hábitos de salud es de esperar que haya repercusiones por esta conducta.

Se determina la relación que hay entre compromiso y hábitos de salud, para lo cual se aplicó la  $r$  de Pearson, esta prueba revela que existe relación con una  $p$  de .003 que es significativa.

Al aplicar el criterio de IMC mayor o igual a 30 y/o CA igual o mayor de 102 cm, el 33.67 por ciento de los pastores son obesos. Al relacionar el compromiso y sobrepeso u obesidad, dicha asociación es significativa, según la prueba estadística Chi Cuadrada ( $p = .01$ ).

Si se comparan los resultados de obesidad de esta investigación con la de otros autores, se puede decir que estos resultados están en armonía con Proeschold-Bell,<sup>1</sup> quien informa un porcentaje de 39.1 por ciento de obesos entre clérigos de una unidad metodista.

---

<sup>1</sup>Proeschold-Bell, 1-4.

Al comparar los resultados con Garrido<sup>1</sup> en un hospital adventista de Kanye, donde obtiene un porcentaje de obesidad de 27.3 por ciento de los trabajadores, los resultados en este estudio son mayores.

Cuando se compara con el porcentaje de obesidad de la población general de los Estados Unidos, que Flegal y otros reportan en 33.8 por ciento, se encuentra que los valores son muy parecidos.<sup>2</sup> Esto permite concluir que la obesidad es un problema actual en la comunidad en general, pero también es un problema entre los pastores de la UVA, donde se supone que debería ser menor.

Los resultados anteriores muestran que hay poco compromiso entre los pastores de la UVA y la salud. Además existe una relación entre la falta de compromiso y los hábitos de salud y la obesidad. En base a los resultados encontrados, se rechaza la hipótesis nula.

Llama la atención que entre personas de quienes se espera sean un ejemplo para otros, haya poco interés por la salud. Al respecto, White dice: “Deben comprender que Dios desea que sean ejemplos vivos de lo que significa estar bien, física y espiritualmente. Él quiere que muestren evidencias de que la verdad ha realizado un gran trabajo en su favor”.<sup>3</sup>

La obligación de un ministro no es solo predicar, tiene un deber mayor porque es un orientador general de la feligresía, se espera que enseñe buenos hábitos; pero no

---

<sup>1</sup>Garrido, 331-334.

<sup>2</sup>Katherine M. Flegal et al., “Prevalence and trends in obesity among US adults 1998-2008”, *Journal American Medicine Association* 303(3), (2010), 235-241.

<sup>3</sup>White, *Ministerio médico*, 391.

pueden enseñar lo que no practican. White, comentando respecto a la función del ministro como orientador, acota: “La enseñanza de hábitos correctos forma parte de la obra del ministro evangélico, y el ministro encontrará muchas oportunidades para instruir a las personas con quienes se relaciona”.<sup>1</sup>

La responsabilidad de las personas que conocen de salud, o las personas a quienes Dios ha dado la responsabilidad de ser líderes de iglesia, es mayor que en cualquier otro individuo, pues son habitualmente imitados por otros.

White dice al respecto: “De todos los hombres del mundo, el médico y el ministro deben practicar hábitos estrictamente temperantes”.<sup>2</sup>

Dios quiere un bienestar integral de la persona, no solo salvarle de sus pecados. Juan, en su tercera epístola, registra: “Amado, yo quiero que seas prosperado en todo” (3 J. 2), por lo tanto, se entiende que Dios espera una conducta que esté en armonía con los preceptos bíblicos.

Por otra parte, aun una persona que no conozca mucho de salud, reconoce que esta es un don de Dios. Cada uno debe cuidar los dones que Dios ha dado y ministrar a otros (1 P. 4:10).

### **Recomendaciones**

Los resultados aquí encontrados deben conducir a una profunda reflexión, pues se supone que esta iglesia tiene la salud como uno de sus estandartes. Encontrar, aunque sea una mínima cantidad de pastores, que no están comprometidos con la salud, debe llevar a cambios trascendentes. A tal efecto se hacen las siguientes recomendaciones.

---

<sup>1</sup>White, *Evangelismo*, 322.

<sup>2</sup>White, *Testimonios para la iglesia*, T5, 417.

## A los administradores

Desde la administración se puede influir para que haya cambios en la iglesia, particularmente en este asunto de la salud. Considerando esas influencias se hacen las siguientes sugerencias:

1. Insistir en que se cumpla un examen médico tutorial, cada año, de todo pastor.
2. Asignar a los pastores programas de salud, dentro del plan de sus actividades. (Charlas de salud, club de deportes, actividades al aire libre, pesquisa de obesidad y sobrepeso en las iglesias, pesquisa de hipertensión arterial).
3. Procurar, en la medida de lo posible, que los directores de salud desde la Conferencia General, divisiones, uniones, campos locales, hasta la iglesia, sean profesionales de la salud. Cuando esto no sea posible, buscar el asesoramiento de profesionales de la salud.
4. Realizar programas de educación en salud (alimentación, ejercicio, caminatas, pesquisa de enfermedades) para ser impartidos en las iglesias.
5. Insistir en que solo se sirvan alimentos lacto-ovo-vegetarianos en las reuniones de la iglesia.
6. Recomendar que las instituciones de la iglesia que ofrecen servicio de alimentación, sirvan comidas que cumplan con las leyes de Escudero (balanceada, completa, suficiente y adecuada al momento fisiológico).
7. Fomentar la lectura de los libros *Consejos sobre régimen alimenticio*, *Consejos sobre salud*, *Ministerio de curación*, entre los pastores y la feligresía.

### A las instituciones formadoras de pastores

Se debe aprovechar la oportunidad cuando se están formando los jóvenes que serán los pastores del mañana, para instruirlos en lo referente a la salud. Se recomienda:

1. Colocar dentro del currículo, por lo menos una materia, que enseñe a los estudiantes los conocimientos básicos de la medicina preventiva.
2. Desarrollar actividades donde el alumno se involucre en proyectos de salud.
3. Exigir al estudiante incluir en sus campañas evangelísticas consejos de salud, como atractivo para llamar la atención de los asistentes.

### A los pastores

Los pastores son personas admiradas y que sirven de modelo para muchos miembros de la iglesia. Por lo tanto es necesario que adopten las siguientes recomendaciones, las cuales se hacen en base a los resultados obtenidos en la investigación.

1. Asumir el régimen pro salud como parte de su vida.
2. Tener una dieta saludable.
3. Hacer ejercicio todos los días.
4. Fomentar actividades en la iglesia, relacionadas con la salud.
5. Cuando sea necesario acudir al médico, para restablecer la salud si este fuese el caso.

### A futuras investigaciones

La realización de una investigación puede ser el comienzo de nuevos estudios para completar lo que no ha quedado claro. Por eso se hacen las siguientes

recomendaciones:

1. Realizar un proyecto donde se pongan en práctica principios de salud y atacar algunas enfermedades que afecten a la humanidad, como la obesidad.
2. Realizar nuevas investigaciones sobre salud con la finalidad de fomentar el interés por este tópico.

La aplicación del conjunto de medidas aquí recomendadas puede conducir a numerosos beneficios. Por una parte se trata de contrarrestar el plan satánico de producir enfermedad. Se aumentaría la vida útil de los pastores. No solo mejoría la vida útil, sino la calidad de vida de los mismos. Se reducirían los gastos que para la organización representa un pastor obeso, complicado con cualquiera de las enfermedades que la obesidad acarrea, lo mismo puede pasar con uno de sus familiares. Se reducirían afecciones como enfermedades y accidentes cardiovasculares, amputaciones de miembros, insuficiencia renal y otras.

Por otra parte, en las actividades evangelísticas sigue siendo un atractivo importante incluir temas de salud. Esto será posible si el pastor está comprometido con la salud y es un ejemplo para otros por su estado físico.

Es de mayor interés que esta investigación contribuya a que los pastores tengan una mejor calidad de vida, sean más productivos y cumplan el trabajo que Dios les asignó aquí en la tierra.

Al realizar el presente trabajo no se ha agotado el tema, por el contrario, puede ser el inicio a nuevas investigaciones que ahonden en el asunto.

APÉNDICE A

INSTRUMENTO



## ANEXO A

### ENCUESTA No. 1 (Compromiso)

Responda cada uno de los ítems. Marcar una sola respuesta.

No.....

1).- En el último año ¿cuántos sermones sobre salud predicó?

- 1) Más de 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 3
- 5) 0-1

2).- En un último año. ¿Cuántos cursos relacionados con salud usted organizó? (Comida vegetariana, estrés, respire libremente)

- 1) Más de 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 3
- 5) 0-1

3).-En el último año. ¿Cuántos cursos relacionados con actividad deportiva usted organizó? (Club de caminata, club de alpinismo, eventos deportivos)

- 1) Más de 6
- 2) 5
- 3) 4
- 4) 3
- 5) 0-1

4).-Si su feligresía lo evaluara. ¿Lo consideraría un líder de salud?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Algunas veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

5).- ¿Se considera usted como un modelo de salud para la feligresía?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Algunas veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

6).-¿Considera usted que los pastores están comprometidos en enseñar un estilo de vida saludable en la iglesia?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Algunas veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

7).-Suponga que el gobierno necesita un asesor de salud, para satisfacer las necesidades de salud de su distrito. ¿Sería usted un candidato?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Algunas veces
- 4) Casi nunca
- 5) Nunca

8).- ¿Conoce usted cuáles son las causas de enfermedad de la feligresía de su distrito?

- 1) Todas
- 2) Casi todas
- 3) Algunas
- 4) Casi ninguna
- 5) Ninguna

## ANEXO B

### ENCUESTA No. 2 (Hábitos)

No.....

Responda cada uno de los items. Marque una sola respuesta.

- 1) ¿Cuántos familiares consanguíneos tiene usted que son obesos?
  - 1) Ningún familiar
  - 2) 1 familiar
  - 3) 2 familiares
  - 4) 3 familiares
  - 5) Más de 4 familiares
  
- 2) ¿Cuántos familiares adultos son diabéticos?
  - 1) Ningún familiar
  - 2) 1 familiar
  - 3) 2 familiares
  - 4) 3 familiares
  - 5) Más de 4 familiares
  
- 3) ¿Cuántos familiares hacen ejercicio todos los días?
  - 1) Ningún familiar
  - 2) 1 familiar
  - 3) 2 familiares
  - 4) 3 familiares
  - 5) Más de 4 familiares
  
- 4) ¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comidas, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?
  - 1) Ningún familiar

- 2) 1 familiar
- 3) 2 familiares
- 4) 3 familiares
- 5) Más de 4 familiares

5) ¿Cuántas veces a la semana hace usted ejercicio?

- 1) Todos los días
- 2) De 3-6 días a la semana
- 3) 2 días a la semana
- 4) 1 día por semana
- 5) Nunca

6) ¿Cuántas veces a la semana come usted azúcar refinada (jugos endulzados o refrescos, atoles, pan dulce, donas, galletas, tortas, chocolates, helados, caramelos, dulces de frutas)?

- 1) Nunca
- 2) 1 vez por semana
- 3) 2 veces por semana
- 4) 3 veces por semana
- 5) Más de tres veces por semana

7) ¿Cuántas veces a la semana come usted harina refinada (pan de trigo, galletas, pasta, pizzas, donas, pan dulce, pastelitos)?

- 1) Nunca
- 2) 1 vez por semana
- 3) 2 veces por semana
- 4) 3 veces por semana
- 5) Más de tres veces por semana

8) ¿Cuántas veces a la semana come grasa animal (carne roja, pollo, yema de huevos, leche completa)?

- 1) Nunca
- 2) 1 vez por semana
- 3) 2 veces por semana
- 4) 3 veces por semana
- 5) Más de tres veces por semana

9) Talla:.....Peso:.....

10) IMC.....

11) CA .....

12) Glicemia en ayunas.....

13) Glicemia post pandrial.....

14) Insulina en ayunas.....

15) Insulina post pandrial.....

16) TSH.....

Normal.....Sobrepeso.....Obeso.....

## APÉNDICE B

Documentos de Trámite

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le está pidiendo participar del estudio "Compromiso de los pastores de la unión venezolana antillana con la salud y porcentaje de ellos que presentan obesidad. Venezuela. 2011" esta es una investigación realizada por Leo Acosta Palma como requisito para optar al título de Doctor en Ministerios de la Iglesia.

Los datos aportados por usted serán de valor para conocer el compromiso de los pastores con de salud, así como la salud de ellos. Contribuirán para la realización de programas de mejora para la salud del pastor y de la feligresía.

Usted deberá contestar una encuesta de información personal, en forma anónima. Se le medirá su peso, talla, IMC (índice de masa corporal) y circunferencia abdominal; además se le tomará una muestra de sangre para la determinación de los siguientes exámenes: glicemia en ayuna y post pandrial, insulina en ayuna y post pandrial, TSH. Estos exámenes sirven para hacer pesquisa de diabetes, hiperinsulinismo y trastornos tiroideos. Una vez realizados los exámenes, su muestra de sangre no será utilizada con ningún otro propósito y luego será desechada. No pagará por la realización de los exámenes, ni recibirá honorarios por la participación en el estudio. Tiene derecho a conocer el resultados de los exámenes para lo cual se le asignará un número que sólo usted conoce. Los resultados serán identificados con el número que se le asignó.

Su participación en este estudio no pone peligro su vida ni compromete su salud, por el contrario será de utilidad personal. Al final del estudio, se enviará al campo un informe, identificado por número, donde se sabrá si el sujeto tiene alguna de estas afecciones: diabetes, resistencia a la insulina, hipotiroidismo, hipertiroidismo, obesidad, sobrepeso o por el contrario es sano.

Es libre de participar o no en este estudio.

Los resultados de este estudio serán presentados en forma pública en la Universidad Adventista de Montemorelos, siempre respetando el anonimato de los participantes. De estar interesado pueden solicitar una copia con los resultados y conclusiones del estudio.

Yo No \_\_\_\_\_ declaro que he entendido a cabalidad los objetivos de este estudio y libremente acepto participar en el mismo.

Participante

Testigo



Barquisimeto, 10 de Diciembre de 2010

Dr. Leo Acosta Palma.  
Presente.

Estimado Dr. Acosta

Me dirijo a Usted, con el propósito de informarle que luego de haber realizado las observaciones hechas por mi persona al instrumento de recolección de datos, considero que el mismo es adecuado para medir los objetivos de su investigación.

Por tal motivo, es prudente realice la toma de muestra como esta planeada en la metodología y cumpla con los objetivos. De igual manera, le deseo éxito en la culminación del mismo.

Sin más a que hacer referencia, queda de usted,

  
Dra. Patricia Zeman  
*Patricia Zeman*  
C.I.: 5.259.094  
MS: 25.266 C.M.E.: 2.010





UNIVERSIDAD CENTRO OCCIDENTAL "LISANDRO ALVARADO"  
DECANATO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
"DR. PABLO ACOSTA ORTIZ"



Barquisimeto, 17 de Diciembre del 2010

Prof. Dr. Leo Acosta Palma.  
Medico Especialista en Ginecología y Obstetricia.  
Clínica Razetti. Barquisimeto. Venezuela.

Acuso recibo del Instrumento elaborado para realizar su Investigación sobre "Compromiso de los Pastores de la Unión Venezolana-Antillana con la Salud y el porcentaje de ellos con Obesidad".

Sobre su contenido, diseño y preguntas formuladas, las mismas se ajustan para evaluar los objetivos propuestos en la investigación.

Le agradezco la selección de mi persona para Juicio de Experto y Validación del Instrumento.

Atte

Dr. Orlando A. García Gómez  
MEDICINA INTERNA  
C.I. V- 2.744.294  
M.P.P.S. 8.916 C.M. 405

Dr. Orlando Garcia Gomez.  
Profesor Titular de Medicina.. Doctor en Educación. Especialista en Medicina Interna y Terapia Intensiva.

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado.  
Clínica Razetti de Barquisimeto. Edo. Lara . Venezuela.  
Telefonos: 0251-2328870- 0414-5100925. Email: oagarcía cantv.net



# Instituto Universitario Adventista de Venezuela

Decreto Nº 227 - Gaceta Oficial Nº 36.750

*Nirgua 15 de Diciembre de 2010*

*Doctor*

**LEO ACOSTA PALMA**

*Barquisimeto, Edo. Lara*

*Estimado Doctor;*

*Después de revisar el instrumento creado por usted para medir el grado de compromiso de los pastores de la Unión Venezolana Antillana (UVA) con la salud; en el contexto de la investigación " Compromiso de los pastores de la UVA con la salud y porcentaje de ellos que presentan obesidad".*

*Considero que el mismo es adecuado para medir los objetivos que se propone.*

*Le agradezco haberme seleccionado para decidir en el Juicio de expertos sobre el instrumento, le auguro mucho éxitos en su investigación.*

*Sin más por el momento, muy atentamente.*

**Dr. Edgar Brilo La Rosa**

*Director del Instituto*

*Universitario Adventista de Venezuela*



kdg

Apdo. 13 - C. Postal 3205-A, Carretera Panamericana, vía Salom, sector Las Lagunas, Nirgua - Edo. Yaracuy.  
Tlfs.: (0254) - 481.12.65, 481.12.66, 481.12.67; Sitio Web: <http://www.iunav.tec.ve>



## Seminario Teológico Adventista de Venezuela

*Nirgua, 15 de Diciembre de 2010*

*Dr. Leo Acosta Palma*

*Estimado Doctor*

*Por medio de la presente me dirijo a usted a fin de agradecer la gentileza de escogermelo como evaluador del instrumento creado por usted, para evaluar el grado de compromiso de los pastores de la Iglesia Adventista del Séptimo Día con la Salud.*

*Después de analizar dicho instrumento considero que el mismo cumplirá el objetivo para el cual fue diseñado.*

*Sin más por el momento me suscribo augurándole mucho éxito en su investigación.*

*Atentamente,*

**Pr. Luis Ángel Valencia Mena**  
**Director del Seminario Adventista de Venezuela**



Dr. Leo Acosta Palma  
Particular

Pastor  
Julio Palacios  
Presidente

Estimado Pastor:

Me dirijo a usted a fin de solicitar su autorización para realizar una investigación con los pastores de la unión.

Esto lo hago en el contexto de la tesis de grado del doctorado, el título de la investigación es “Compromiso de los pastores de la UVA con la salud y porcentaje de ellos que tienen obesidad”.

En caso que su respuesta sea afirmativa, solicito participar a los presidentes de campos del estudio, deben convocar a todos los pastores, ellos asistirán en ayunas, se les servirá un desayuno ese día y se les tomará una muestra de sangre para exámenes de laboratorio.

Los llamaré oportunamente para detalles finales.

Sin más por el momento se suscribe su atento servidor.

Leo Acosta Palma



IGLESIA  
ADVENTISTA  
DEL SEPTIMO DIA

Unión  
Venezolana Adventista

Diciembre 10, 2010

U. Venezolana  
de Cristo y Bautista  
I.P. Iglesia Adventista del Séptimo Día  
Esmeralda, Hwy. Caracas - Tla  
Tel: +58 251 7333884  
Fax: +58 251 7149933  
www.unad.org.ve  
www.iglesiaad.org.ve

Pastor  
Williams Jiménez  
Asociación Venezolana Centro Norte  
Valencia

Le saludo cordialmente deseando que las bendiciones del Señor le acompañen en todo momento.

Por medio de la presente quiero notificarle que el doctor Leo Acosta Palma, está realizando su doctorado en Ministerios de la Iglesia en la Universidad de Montemorelos, México. Para el trabajo de tesis el doctor Acosta está necesitando la ayuda del cuerpo ministerial, para lo cual solicito según las posibilidades de su campo lo siguiente:

- \* Convocar a todos los pastores
- \* Ofrecerles un desayuno
- \* Realizarles un examen de sangre cubriendo el campo el costo del mismo

El doctor Acosta oportunamente se pondrá en contacto con usted para los detalles y la fecha para realizar dicho examen.

Agradezco la ayuda al respecto.

Atentamente,

  
Julio Palacio  
Presidente

JP/jde



IGLESIA  
ADVENTISTA  
DEL SÉPTIMO DÍA

Unión  
Venezolana Antillana

Diciembre 10, 2010

Av. Francisco de Miranda, Barrocas  
y Av. Los Leones Edif. Unión Venezolana Antillana  
Tel: (0251) 2553355, Fax: (0251) 2553393  
Bogotá 111 - C.R. 1010, Venezuela  
E-mail: unionvaz@adventist.net  
E-mail: venezola@adventist.net

Pastor  
Daniel A. González  
Misión Venezolana de los Llanos Occidentales  
Barinas

Le saludo cordialmente deseando que las bendiciones del Señor le acompañen en todo momento.

Por medio de la presente quiero notificarle que el doctor Leo Acosta Palma, está realizando su doctorado en Ministerios de la Iglesia en la Universidad de Montemorelos, México. Para el trabajo de tesis el doctor Acosta está necesitando la ayuda del cuerpo ministerial, para lo cual solicito según las posibilidades de su campo lo siguiente:

- Convocar a todos los pastores
- Ofrecerles un desayuno
- Realizarles un examen de sangre cubriendo el campo el costo del mismo

El doctor Acosta oportunamente se pondrá en contacto con usted para los detalles y la fecha para realizar dicho examen.

Agradezco la ayuda al respecto.

Atentamente,

  
Julio Palacio  
Presidente

JP/jde



Diciembre 10, 2010

Av. Venezuela 1074  
Llanos y Balcónes  
P.O. Iglesia Adventista - 9º Sector D  
Caracas, Los Deseos 100  
Tel: (58) 291 7553373  
Fax: (58) 291 7553383  
www.adventist.org/ve  
http://www.iglesiaadventista.com.ve

Pastor  
Jesús Martínez  
Misión Venezolana Sur Occidental  
San Cristóbal

Le saludo cordialmente deseando que las bendiciones del Señor le acompañen en todo momento.

Por medio de la presente quiero notificarle que el doctor Leo Acosta Palma, está realizando su doctorado en Ministerios de la Iglesia en la Universidad de Montemorelos, México. Para el trabajo de tesis el doctor Acosta está necesitando la ayuda del cuerpo ministerial, para lo cual solicito según las posibilidades de su campo lo siguiente:

- \* Convocar a todos los pastores
- \* Ofrecerles un desayuno
- \* Realizarles un examen de sangre cubriendo el campo el costo del mismo

El doctor Acosta oportunamente se pondrá en contacto con usted para los detalles y la fecha para realizar dicho examen.

Agradezco la ayuda al respecto.

Atentamente,

  
Julio Palacio  
Presidente

JP/jde



Diciembre 10, 2010

Pastor  
Wilmer Figueroa  
Asociación Venezolana Centro Occidental  
Presente

Le saludo cordialmente deseando que las bendiciones del Señor le acompañen en todo momento.

Por medio de la presente quiero notificarle que el doctor Leo Acosta Palma, está realizando su doctorado en Ministerios de la Iglesia en la Universidad de Montemorelos, México. Para el trabajo de tesis el doctor Acosta está necesitando la ayuda del cuerpo ministerial, para lo cual solicito según las posibilidades de su campo lo siguiente:

- \* Convocar a todos los pastores
- \* Ofrecerles un desayuno
- \* Realizarles un examen de sangre cubriendo el campo el costo del mismo

El doctor Acosta oportunamente se pondrá en contacto con usted para los detalles y la fecha para realizar dicho examen.

Agradezco la ayuda al respecto.

Atentamente,

  
Julio Palacio  
Presidente

JP/jdc





Diciembre 10, 2010

Unión Occidental  
Bosques, Edmundo  
109 Juan Manuel Guzmán  
Barranquilla, Bolívar, Venezuela  
Tel: +58 254 7553225  
Fax: +58 254 7553222  
www.iglesiaadventista.com  
www.iglesiaadventista.org

Pastor  
Carlos Schupnik  
Asociación Venezolana Occidental  
Maracaibo

Le saludo cordialmente deseando que las bendiciones del Señor le acompañen en todo momento.

Por medio de la presente quiero notificarle que el doctor Leo Acosta Palma, está realizando su doctorado en Ministerios de la Iglesia en la Universidad de Montemorelos, México. Para el trabajo de tesis el doctor Acosta está necesitando la ayuda del cuerpo ministerial, para lo cual solicito según las posibilidades de su campo lo siguiente:

- \* Convocar a todos los pastores
- \* Ofrecerles un desayuno
- \* Realizarles un examen de sangre cubriendo el campo el costo del mismo

El doctor Acosta oportunamente se pondrá en contacto con usted para los detalles y la fecha para realizar dicho examen.

Agradezco la ayuda al respecto.

Atentamente,

  
Julio Palacio  
Presidente

JP/jde

## APÉNDICE C

### Tablas de Análisis

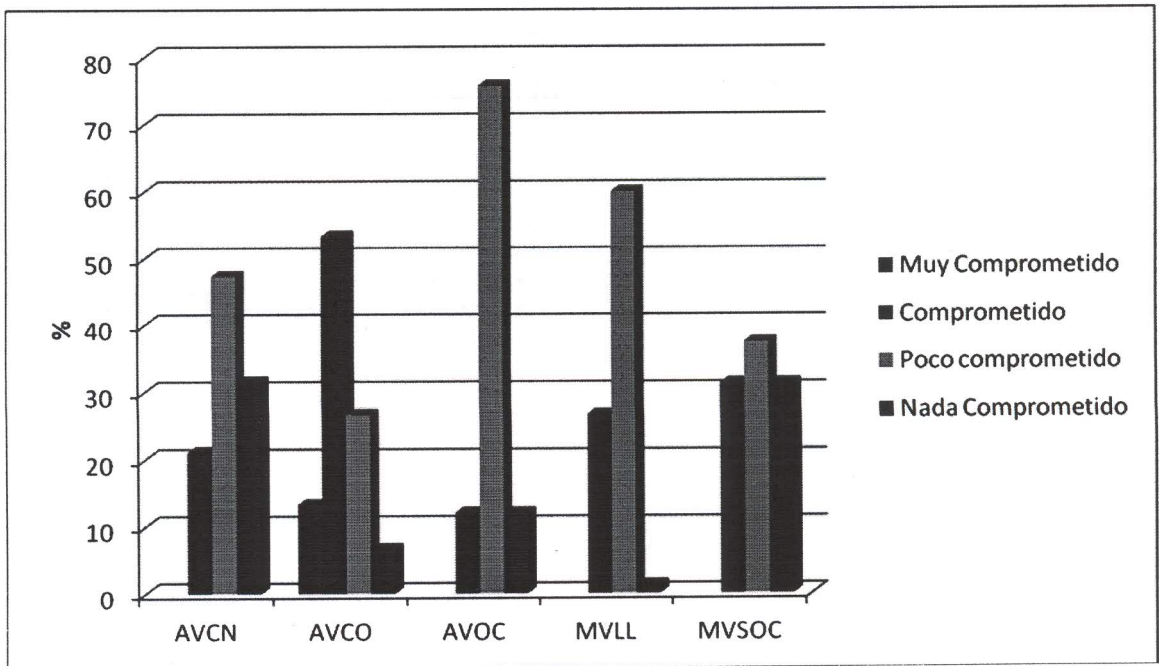
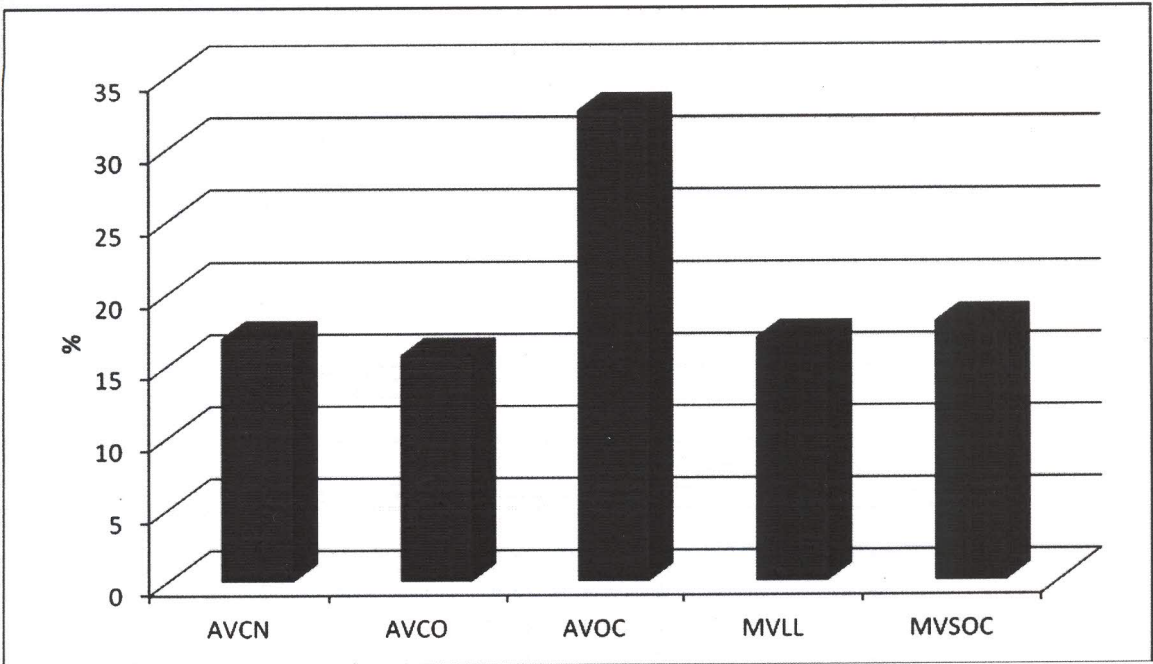
## DATOS DE VARIABLE COMPROMISO

Distribución de la muestra en estudio según el campo al que pertenece

	Frecuencia	Porcentaje
AVCN	19	19.4
AVCO	15	15.3
AVOC	33	33.7
MVLL	15	15.3
MVSOC	16	16.3
Total	98	100.0

Distribución de los pastores según su grado de compromiso con la salud y el campo al que pertenecen

Campo	Muy Comprometido		Comprometido		Poco Comprometido		Nada comprometido		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AVCN	0	0.0	4	21.1	9	47.4	6	31.6	19	100.0
AVCO	2	13.3	8	53.3	4	26.7	1	6.7	15	100.0
AVOC	0	0.0	4	12.1	25	75.8	4	12.1	33	100.0
MVLL	0	0.0	4	26.7	9	60.0	2	1.3	15	100.0
MVSOC	0	0.0	5	31.3	6	37.5	5	31.3	16	100.0
Total	2	2.0	25	25.5	53	54.1	18	18.4	98	100.0



**En el último año. ¿Cuántos sermones sobre salud predicó?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mas de 6	11	11.2	11.2	11.2
	5	4	4.1	4.1	15.3
	4	13	13.3	13.3	28.6
	3	46	46.9	46.9	75.5
	0-1	24	24.5	24.5	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**En un último año. ¿Cuántos cursos relacionados con salud usted organizó? (Comida vegetariana, estrés, respire libremente)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mas de 6	7	7.1	7.1	7.1
	5	3	3.1	3.1	10.2
	4	6	6.1	6.1	16.3
	3	49	50.0	50.0	66.3
	0-1	33	33.7	33.7	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**En el último año. ¿Cuántos cursos relacionados con actividad deportiva usted organizó? (Club de caminata, club de alpinismo, eventos deportivos)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mas de 6	8	8.2	8.2	8.2
	5	7	7.1	7.1	15.3
	4	13	13.3	13.3	28.6
	3	42	42.9	42.9	71.4
	0-1	28	28.6	28.6	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**Si su feligresía lo evaluara. ¿Lo consideraría un líder de salud?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	9	9.2	9.2	9.2
	casi siempre	11	11.2	11.2	20.4
	algunas veces	44	44.9	44.9	65.3
	casi nunca	22	22.4	22.4	87.8
	Nunca	12	12.2	12.2	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**Se considera usted como un modelo de salud para la feligresía**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	13	13.3	13.3	13.3
	casi siempre	27	27.6	27.6	40.8
	algunas veces	34	34.7	34.7	75.5
	casi nunca	17	17.3	17.3	92.9
	Nunca	7	7.1	7.1	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**Considera usted que los pastores están comprometidos en enseñar un estilo de vida saludable, en la iglesia**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	38	38.8	38.8	38.8
	casi siempre	8	8.2	8.2	46.9
	algunas veces	23	23.5	23.5	70.4
	casi nunca	28	28.6	28.6	99.0
	Nunca	1	1.0	1.0	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

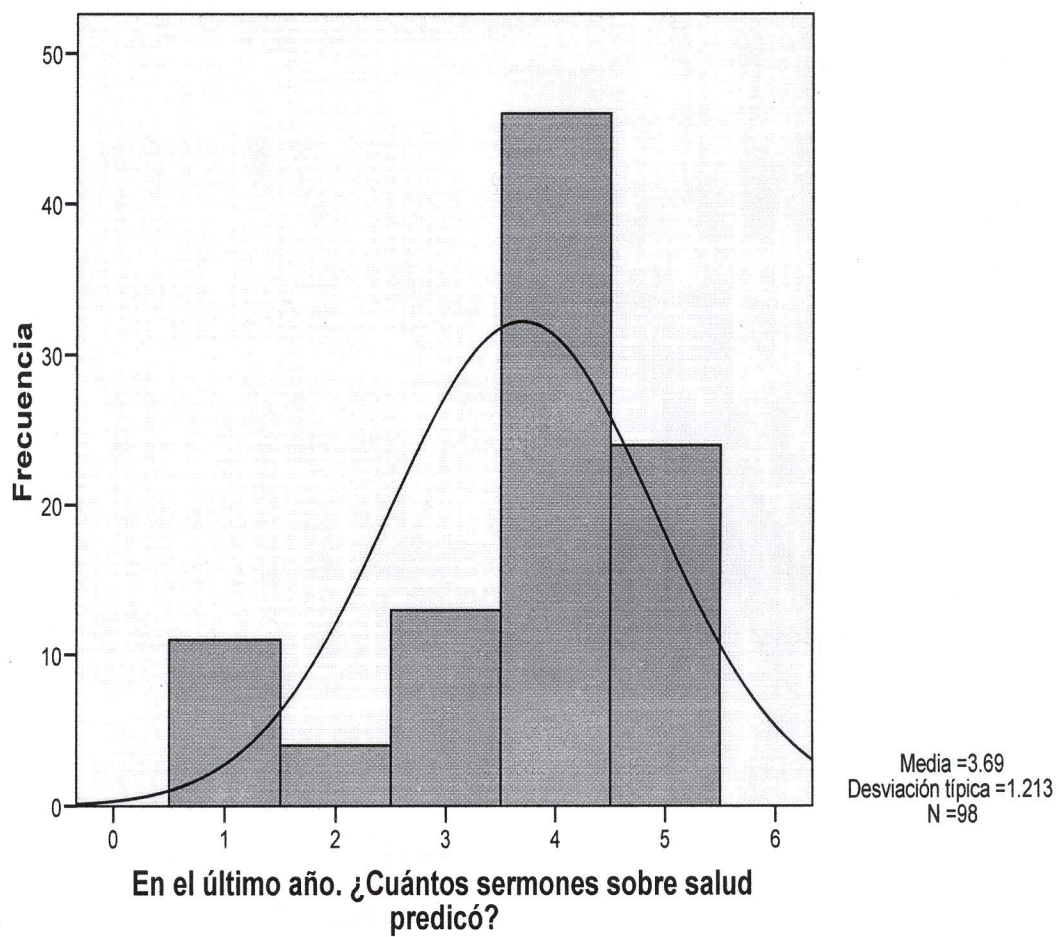
Suponga que el gobierno necesita un asesor de salud, para satisfacer las necesidades de salud de su distrito. ¿Sería usted un candidato?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Siempre	14	14.3	14.3	14.3
	casi siempre	19	19.4	19.4	33.7
	algunas veces	25	25.5	25.5	59.2
	casi nunca	17	17.3	17.3	76.5
	Nunca	23	23.5	23.5	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

¿Conoce usted cuáles son las causas de enfermedad de la feligresía de su distrito?

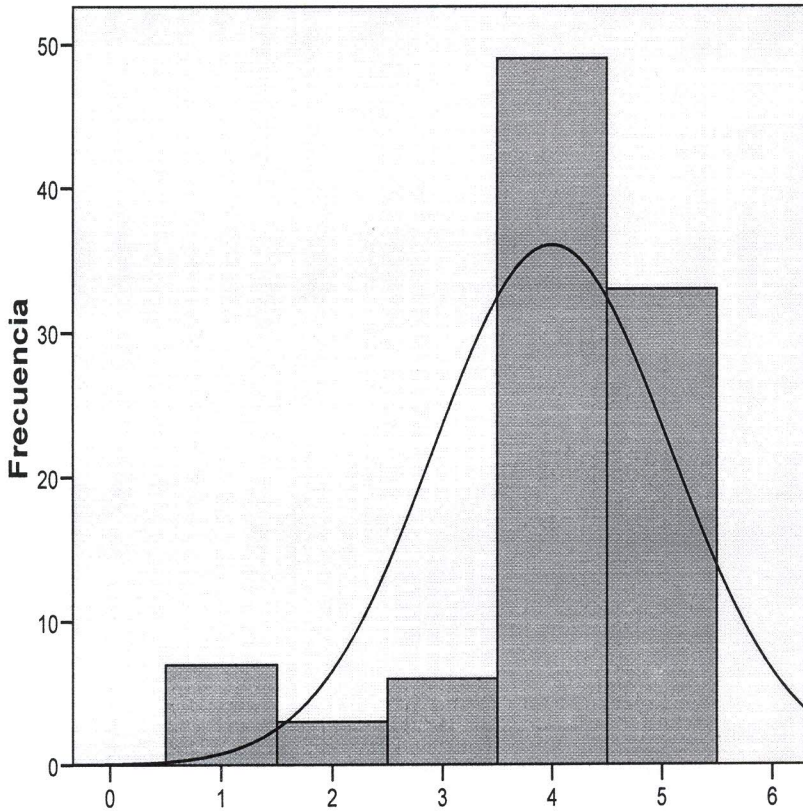
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Todas	2	2.0	2.0	2.0
	casi todas	24	24.5	24.5	26.5
	Algunas	49	50.0	50.0	76.5
	casi ninguna	17	17.3	17.3	93.9
	Ninguna	6	6.1	6.1	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

### En el último año. ¿Cuántos sermones sobre salud predicó?





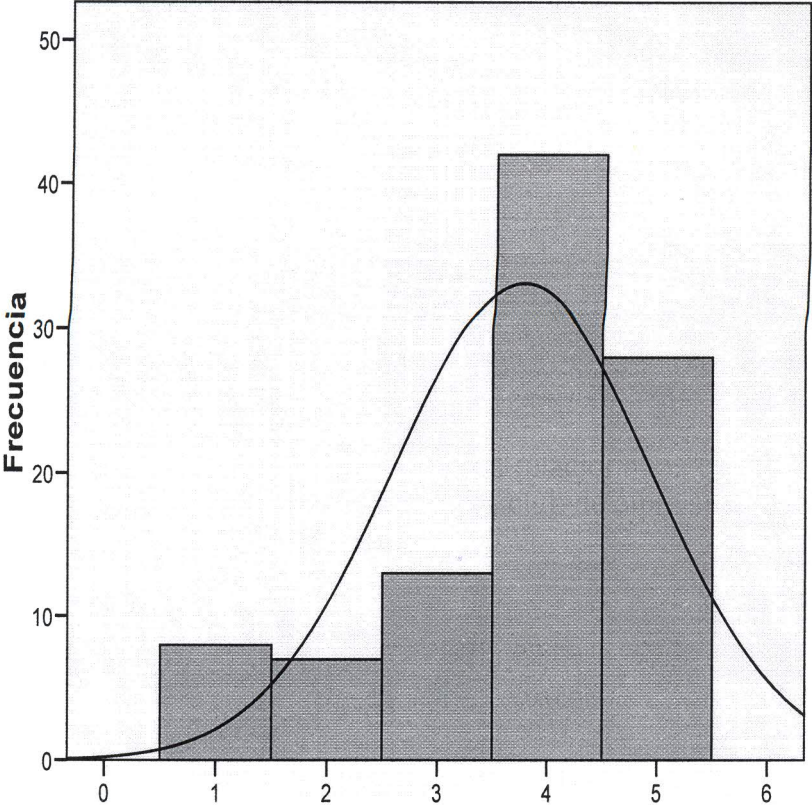
**En un último año. ¿Cuántos cursos relacionados con salud usted organizó?  
(Comida vegetariana, stress, respire libremente)**



Media =4  
Desviación típica =1.084  
N =98

**En un último año. ¿Cuántos cursos relacionados con salud usted organizó?  
(Comida vegetariana, stress, respire libremente)**

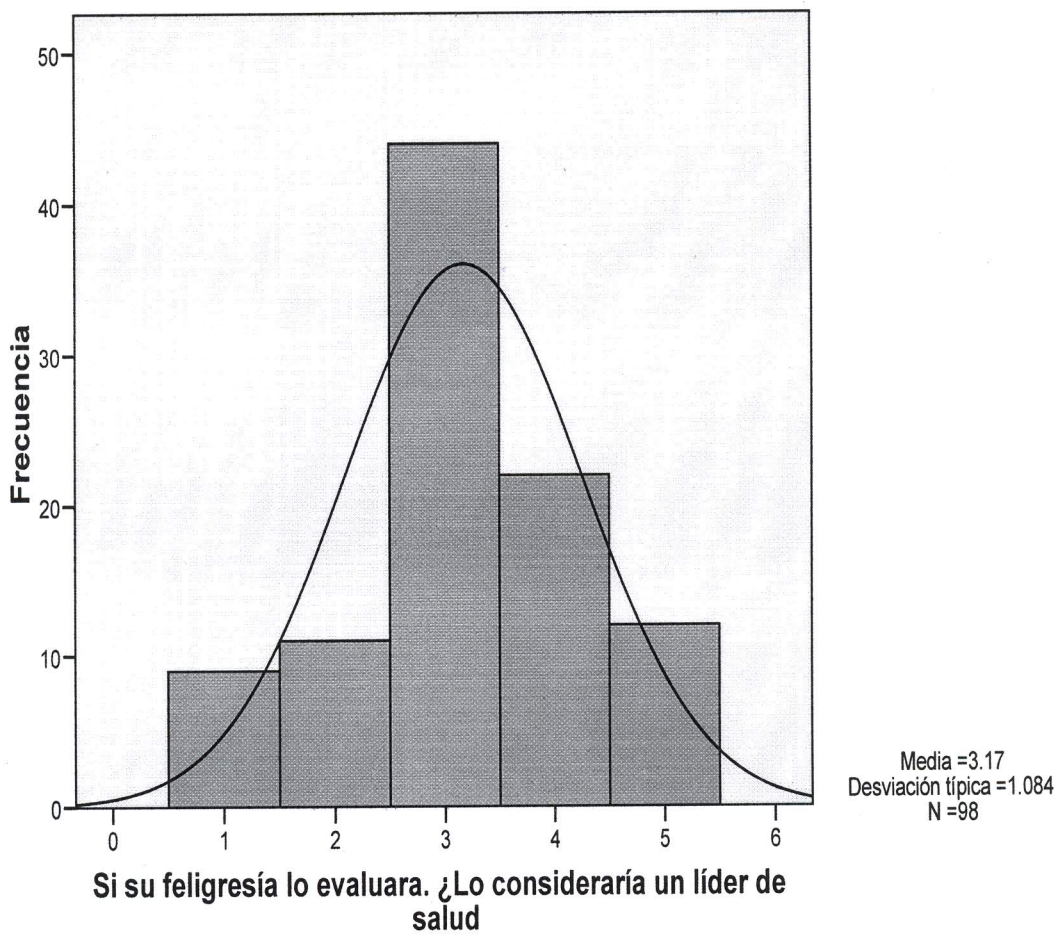
**En el último año. ¿Cuántos cursos relacionados con actividad deportiva usted organizó? (Club de caminata, club de alpinismo, eventos deportivos)**



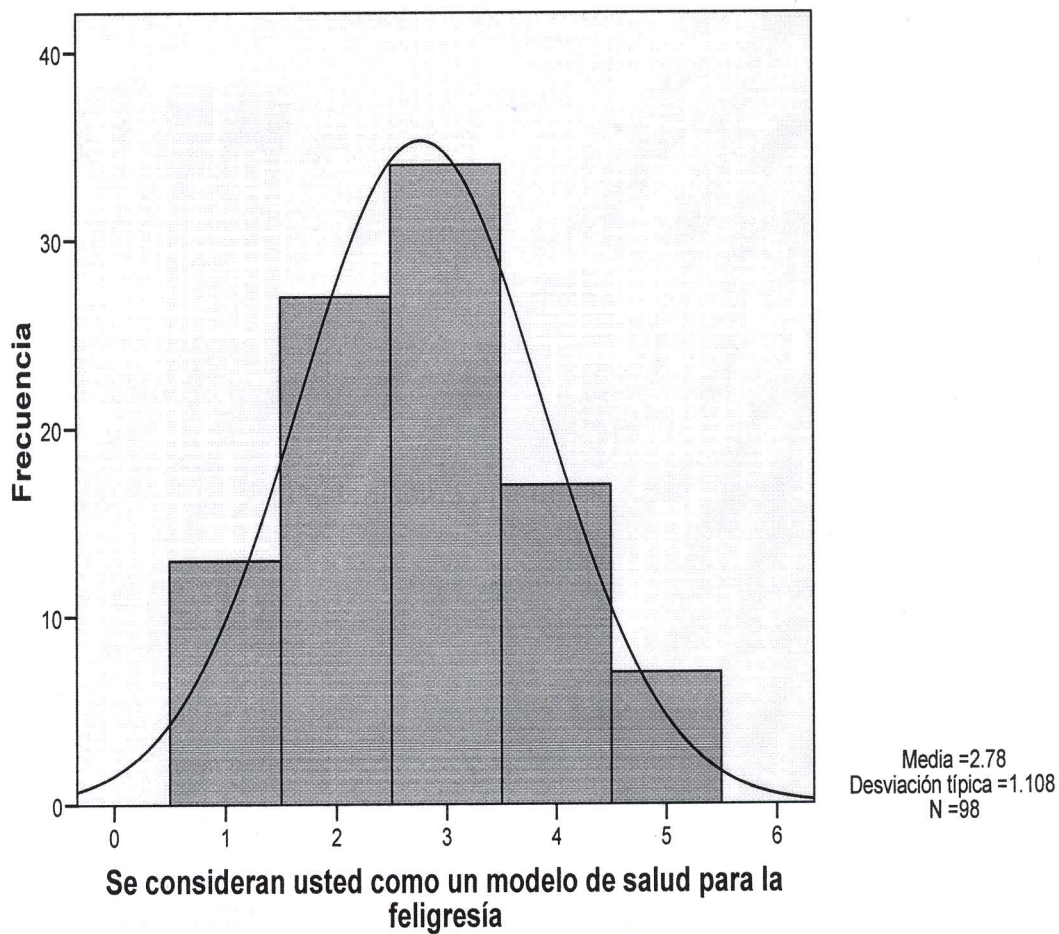
Media =3.77  
Desviación típica =1.182  
N =98

**En el último año. ¿Cuántos cursos relacionados con actividad deportiva usted organizó? (Club de caminata, club de alpinismo, eventos deportivos)**

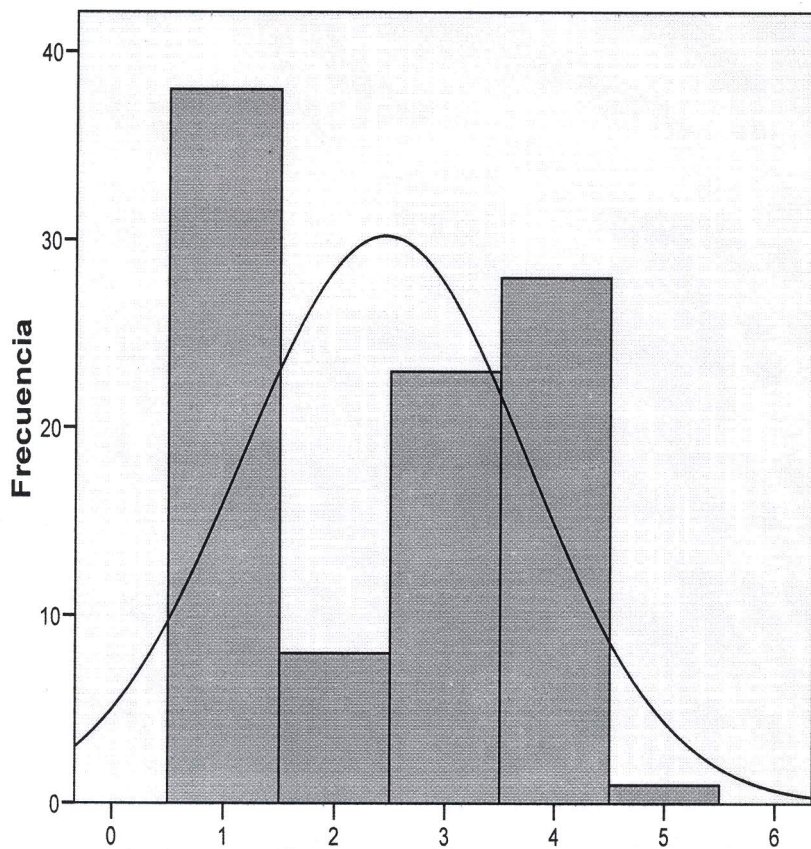
### Si su feligresía lo evaluara. ¿Lo consideraría un líder de salud



### Se consideran usted como un modelo de salud para la feligresía



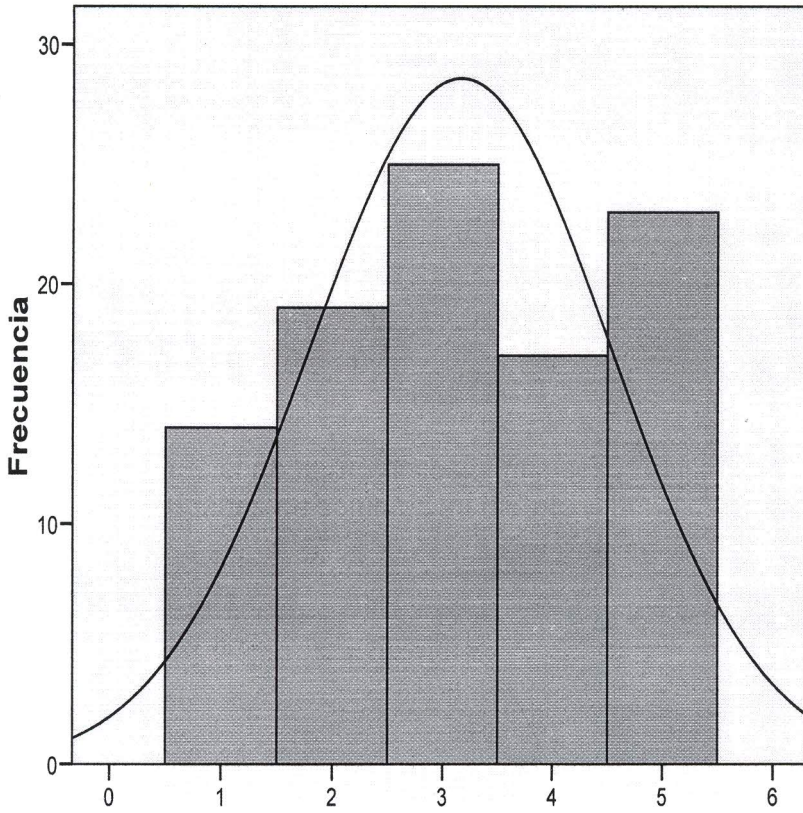
**Considera usted, que los pastores están comprometidos, en enseñar un estilo de vida saludable, en la iglesia**



Media =2.45  
Desviación típica =1.293  
N =98

**Considera usted, que los pastores están comprometidos, en enseñar un estilo de vida saludable, en la iglesia**

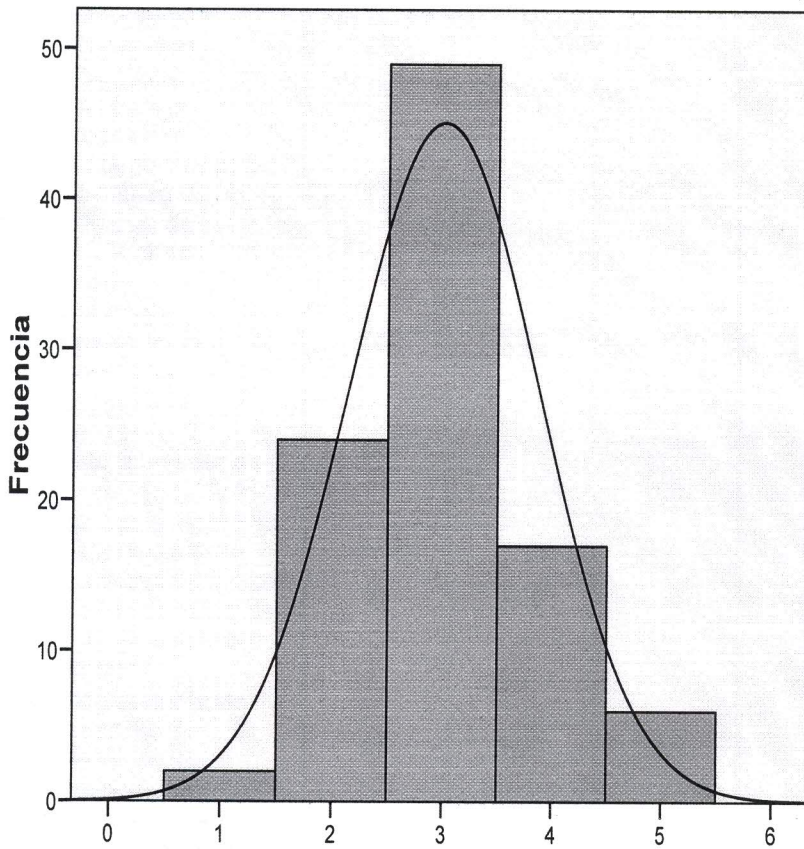
Suponga que el gobierno necesita un asesor de salud, para satisfacer las necesidades de salud de su distrito. ¿Sería usted un candidato?



Media =3.16  
Desviación típica =1.367  
N =98

Suponga que el gobierno necesita un asesor de salud, para satisfacer las necesidades de salud de su distrito. ¿Sería usted un candidato?

**¿Conoce usted cuales son las causas de enfermedad de la feligresía de su distrito?**



Media = 3.01  
Desviación típica = 0.867  
N = 98

**¿Conoce usted cuales son las causas de enfermedad de la feligresía de su distrito?**

### Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desv. típ.
En un último año. ¿Cuántos cursos relacionados con salud usted organizó? (Comida vegetariana, stress, respire libremente	98	4.00	1.084
En el último año. ¿Cuántos cursos relacionados con actividad deportiva usted organizó? (Club de caminata, club de alpinismo, eventos deportivos)	98	3.77	1.182
En el último año. ¿Cuántos sermones sobre salud predicó?	98	3.69	1.213
Si su feligresía lo evaluara. ¿Lo consideraría un líder de salud	98	3.17	1.084
Suponga que el gobierno necesita un asesor de salud, para satisfacer las necesidades de salud de su distrito. ¿Sería usted un candidato?	98	3.16	1.367
¿Conoce usted cuales son las causas de enfermedad de la feligresía de su distrito?	98	3.01	.867
Se consideran usted como un modelo de salud para la feligresía	98	2.78	1.108
Considera usted, que los pastores están comprometidos, en enseñar un estilo de vida saludable, en la iglesia	98	2.45	1.293
N válido (según lista)	98		

### Estadísticos de fiabilidad

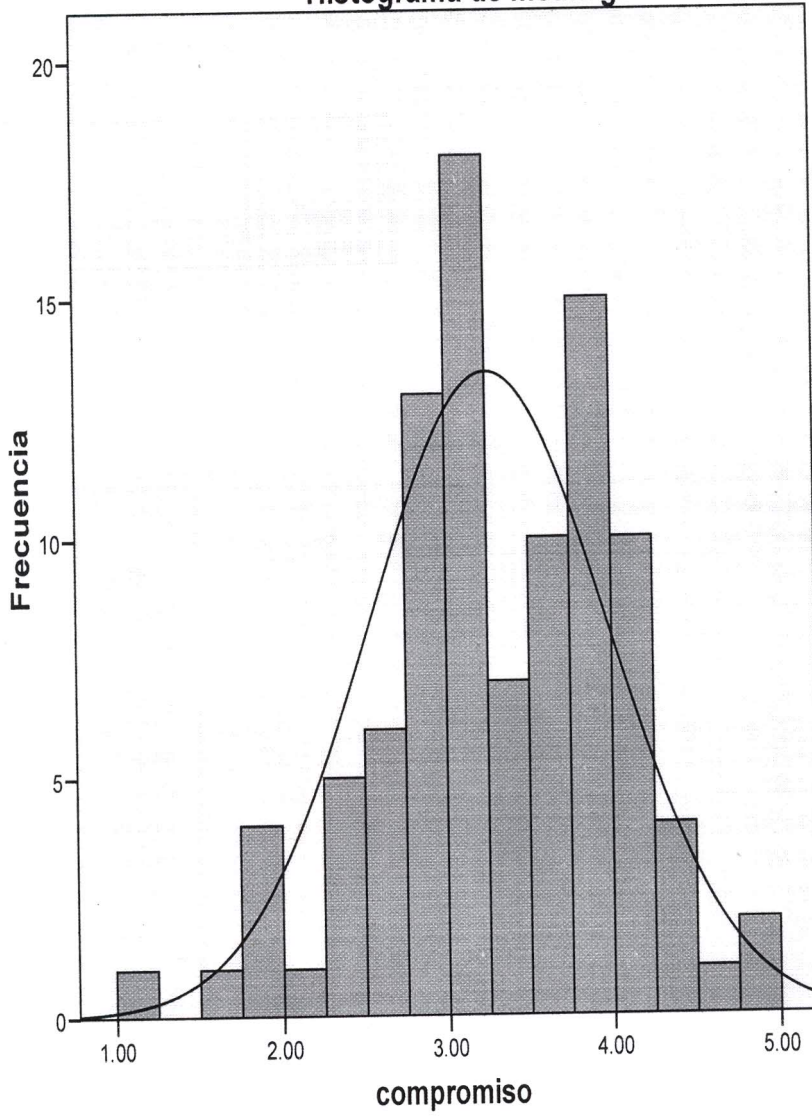
Alfa de Cronbach	N de elementos
.780	8



Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
En el último año. ¿Cuántos sermones sobre salud predicó?	22.34	25.937	.517	.750
En un último año. ¿Cuántos cursos relacionados con salud usted organizó? (Comida vegetariana, stress, respire libremente	22.03	28.442	.362	.774
Si su feligresía lo evaluara. ¿Lo consideraría un líder de salud	22.86	25.402	.661	.727
Se consideran usted como un modelo de salud para la feligresía	23.26	24.852	.699	.720
Considera usted, que los pastores están comprometidos, en enseñar un estilo de vida saludable, en la iglesia	23.58	27.627	.331	.784
Suponga que el gobierno necesita un asesor de salud, para satisfacer las necesidades de salud de su distrito. ¿Sería usted un candidato?	22.87	22.673	.711	.710
¿Conoce usted cuales son las causas de enfermedad de la feligresía de su distrito?	23.02	27.773	.577	.747
En el último año. ¿Cuántos cursos relacionados con actividad deportiva usted organizó? (Club de caminata, club de alpinismo, eventos deportivos)	22.27	30.857	.118	.813

Histograma de media general



Media =3.25  
Desviación típica =0.727  
N =98

### Estadísticos

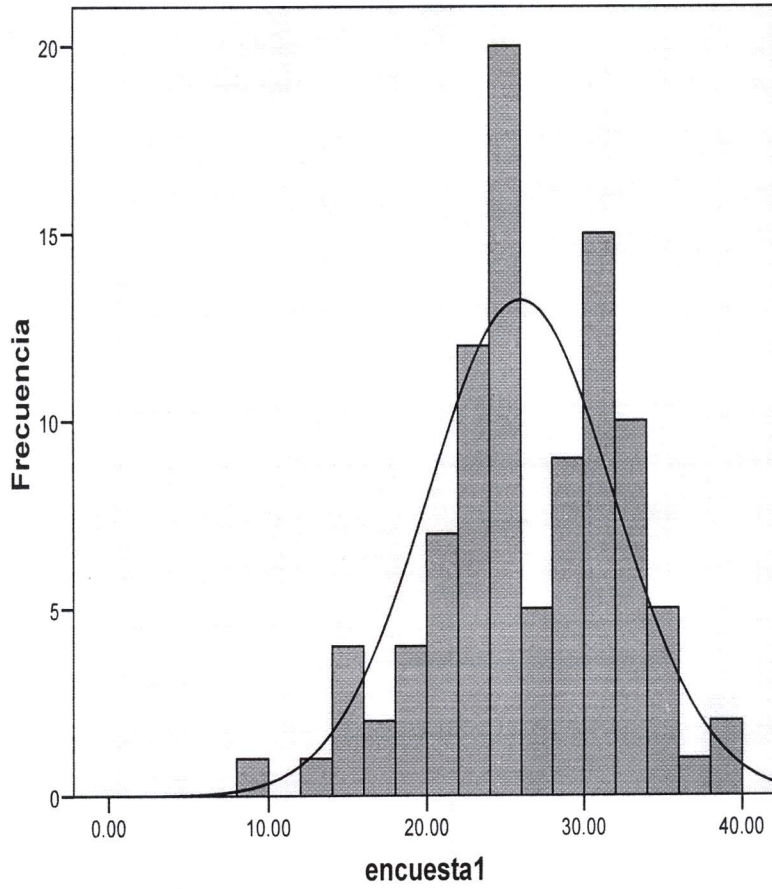
encuesta1

N	Válidos	98
	Perdidos	0
Media		26,0000
Desv. típ.		5,91869

### Encuesta1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	9,00	1	1,0	1,0	1,0
	13,00	1	1,0	1,0	2,0
	14,00	1	1,0	1,0	3,1
	15,00	3	3,1	3,1	6,1
	17,00	2	2,0	2,0	8,2
	18,00	2	2,0	2,0	10,2
	19,00	2	2,0	2,0	12,2
	20,00	4	4,1	4,1	16,3
	21,00	3	3,1	3,1	19,4
	22,00	8	8,2	8,2	27,6
	23,00	4	4,1	4,1	31,6
	24,00	10	10,2	10,2	41,8
	25,00	10	10,2	10,2	52,0
	26,00	2	2,0	2,0	54,1
	27,00	3	3,1	3,1	57,1
	28,00	6	6,1	6,1	63,3
	29,00	3	3,1	3,1	66,3
	30,00	8	8,2	8,2	74,5
	31,00	7	7,1	7,1	81,6
	32,00	5	5,1	5,1	86,7
	33,00	5	5,1	5,1	91,8
	34,00	2	2,0	2,0	93,9
	35,00	3	3,1	3,1	96,9
	37,00	1	1,0	1,0	98,0
	39,00	2	2,0	2,0	100,0
Total		98	100,0	100,0	

### Histograma

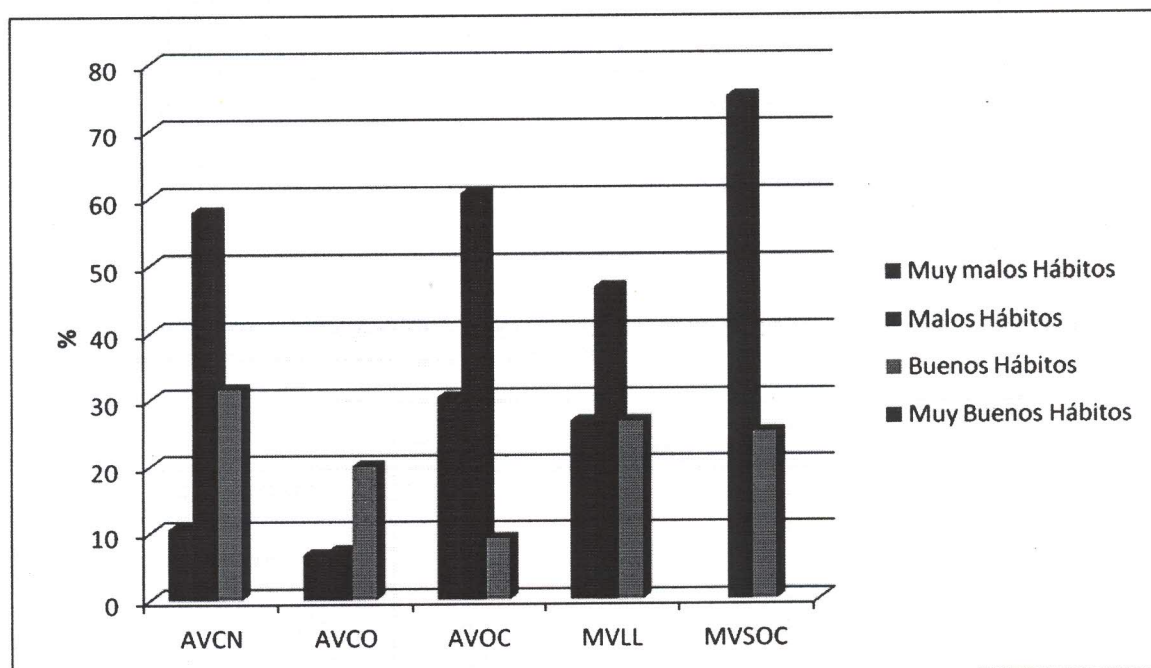


Media =26.00  
Desviación típica =5.919  
N =98

## DATOS DE LA VARIABLE HÁBITOS DE SALUD

Distribución de los pastores según hábitos de salud y el campo al que pertenecen

Campo	Muy buenos hábitos		Buenos hábitos		Malos hábitos		Muy malos hábitos		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	AVCN	0	0.0	6	31.6	11	57.9	2	10.5	19
AVCO	0	0.0	3	20.0	11	7.3	1	6.7	15	100.0
AVOC	0	0.0	3	9.1	20	60.6	10	30.3	33	100.0
MVLL	0	0.0	4	26.7	7	46.7	4	26.7	15	100.0
MVSOC	0	0.0	4	25.0	12	75.0	0	0.0	16	100.0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>20</b>	<b>20.4</b>	<b>61</b>	<b>62.2</b>	<b>17</b>	<b>17.3</b>	<b>98</b>	<b>100.0</b>



**¿Cuántos familiares consanguíneos tiene usted que son obesos?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ningun familiar	45	45.9	45.9	45.9
	1 familiar	17	17.3	17.3	63.3
	2 familiares	13	13.3	13.3	76.5
	3 familiares	10	10.2	10.2	86.7
	mas de 4 familiares	13	13.3	13.3	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**¿Cuántos familiares adultos son diabéticos?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ningun familiar	51	52.0	52.0	52.0
	1 familiar	29	29.6	29.6	81.6
	2 familiares	7	7.1	7.1	88.8
	3 familiares	5	5.1	5.1	93.9
	mas de 4 familiares	6	6.1	6.1	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comidas, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ningun familiar	3	3.1	3.1	3.1
	1 familiar	3	3.1	3.1	6.1
	2 familiares	14	14.3	14.3	20.4
	3 familiares	9	9.2	9.2	29.6
	mas de 4 familiares	69	70.4	70.4	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**¿Cuántos familiares hacen ejercicio todos los días?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ningun familiar	14	14.3	14.3	14.3
	1 familiar	8	8.2	8.2	22.4
	2 familiares	20	20.4	20.4	42.9
	3 familiares	22	22.4	22.4	65.3
	mas de 4 familiares	34	34.7	34.7	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**¿Cuántas veces a la semana hace usted ejercicio?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	todos los días	3	3.1	3.1	3.1
	de 3-6 días	19	19.4	19.4	22.4
	2 días	17	17.3	17.3	39.8
	1 día	28	28.6	28.6	68.4
	Nunca	31	31.6	31.6	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**¿Cuántas veces a la semana come usted harina refinada (pan de trigo, galletas, pasta, pizzas, donas, pan dulce, pastelitos)?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nunca	1	1.0	1.0	1.0
	1 vez por semana	14	14.3	14.3	15.3
	2 veces por semana	21	21.4	21.4	36.7
	3 veces por semana	24	24.5	24.5	61.2
	mas de 3 veces por semana	38	38.8	38.8	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

**¿Cuántas veces a la semana come usted azúcar refinada (Jugos endulzados o refrescos, aoles, pan dulce, donas, galletas, tortas, chocolates, helados, caramelos, dulces de frutas)?**

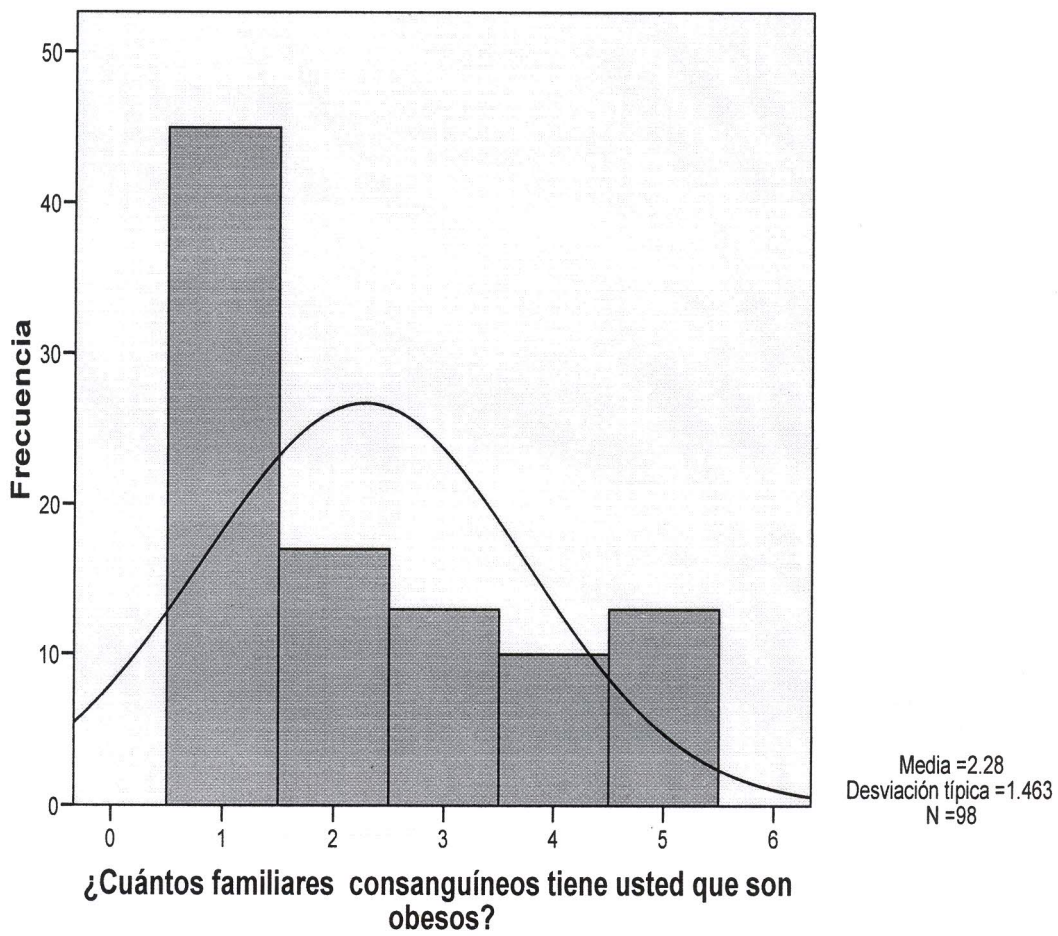
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Nunca	3	3.1	3.1	3.1
1 vez por semana	24	24.5	24.5	27.6
2 veces por semana	21	21.4	21.4	49.0
3 veces por semana	13	13.3	13.3	62.2
mas de 3 veces por semana	37	37.8	37.8	100.0
Total	98	100.0	100.0	

**¿Cuántas veces a la semana come grasa animal (Carne roja, pollo, yema de huevos, leche completa)?**

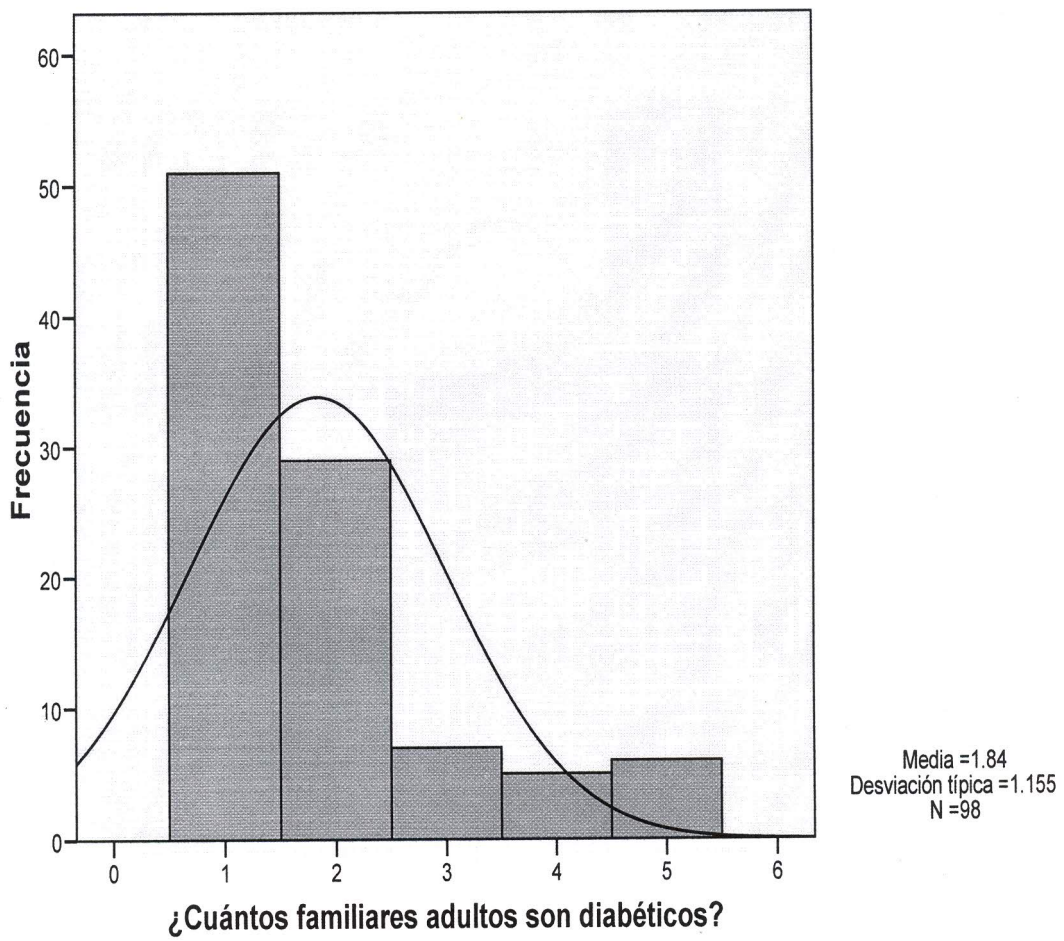
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Nunca	10	10.2	10.2	10.2
1 vez por semana	30	30.6	30.6	40.8
2 veces por semana	21	21.4	21.4	62.2
3 veces por semana	20	20.4	20.4	82.7
mas de 3 veces por semana	17	17.3	17.3	100.0
Total	98	100.0	100.0	



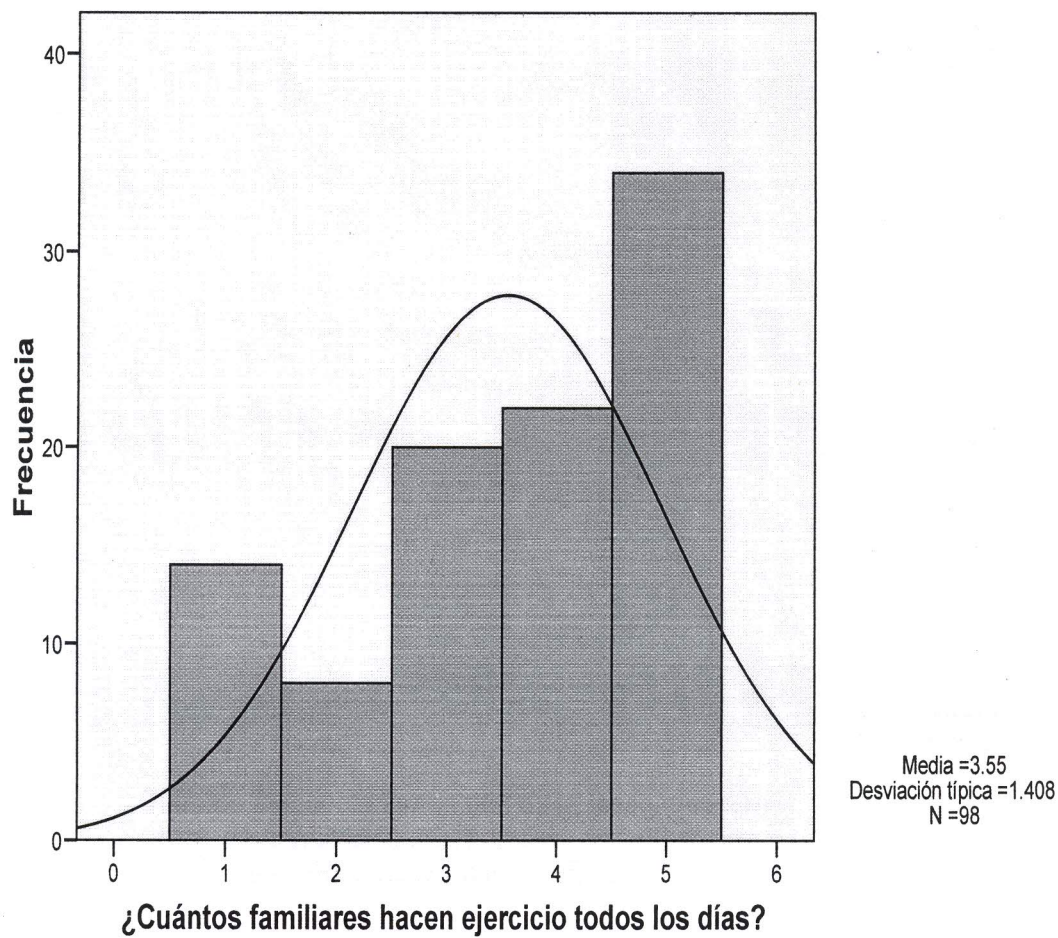
¿Cuántos familiares consanguíneos tiene usted que son obesos?



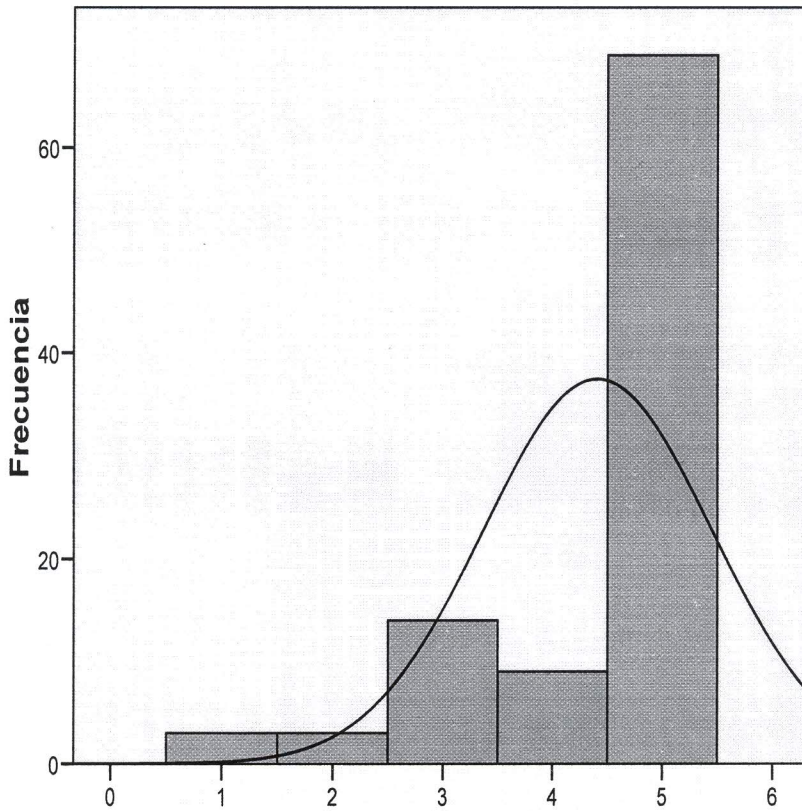
## ¿Cuántos familiares adultos son diabéticos?



### ¿Cuántos familiares hacen ejercicio todos los días?



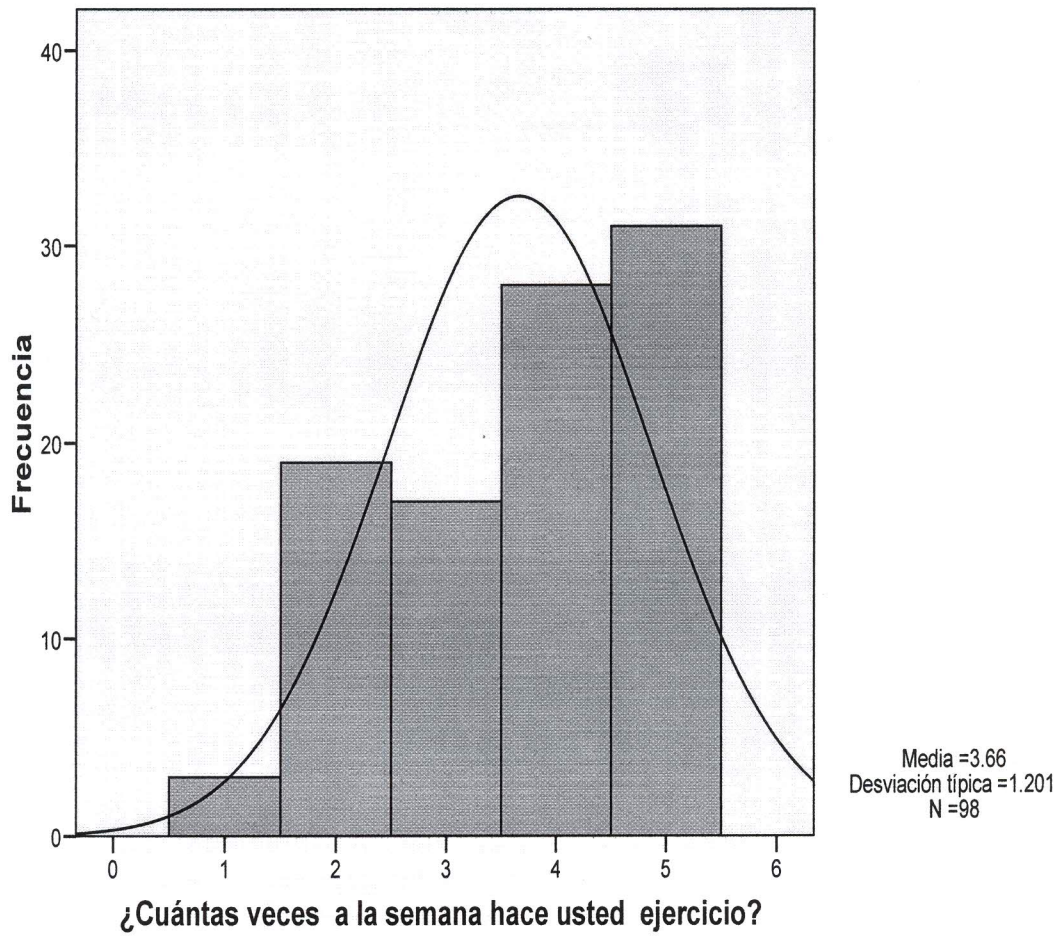
**¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comida, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?**



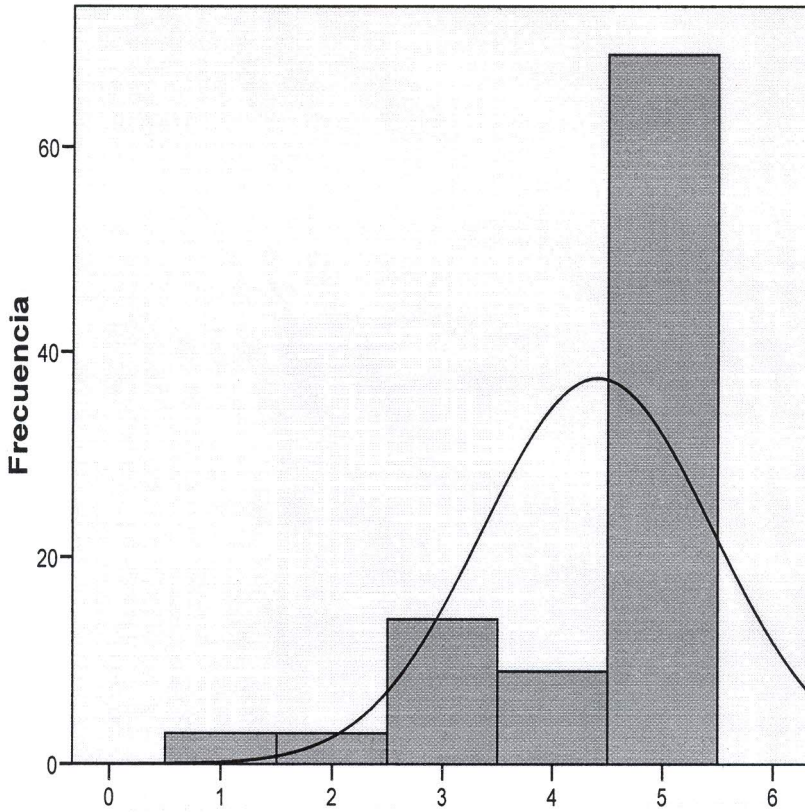
Media = 4.41  
Desviación típica = 1.044  
N = 98

**¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comida, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?**

### ¿Cuántas veces a la semana hace usted ejercicio?



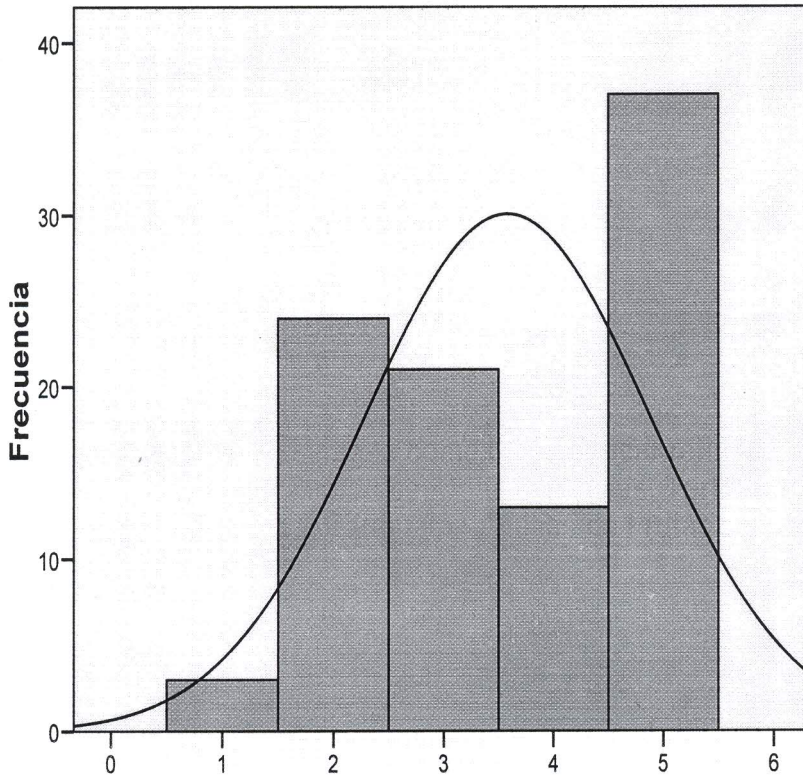
**¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comida, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?**



Media = 4.41  
Desviación típica = 1.044  
N = 98

**¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comida, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?**

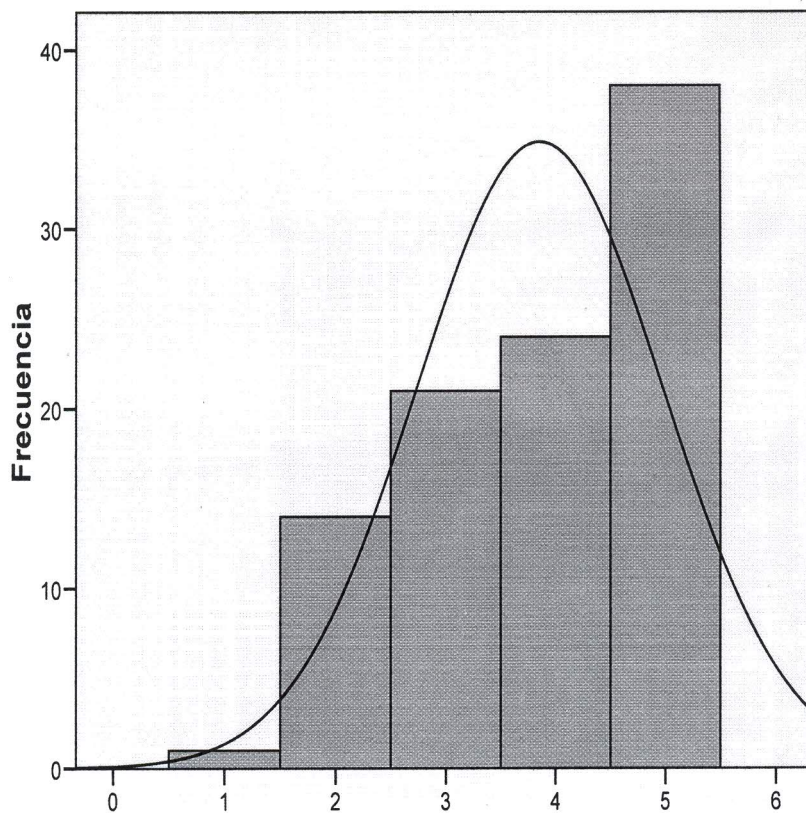
**¿Cuántas veces a la semana come usted azúcar refinada (Jugos endulzados o refrescos, Atoles, Pan dulce, Donas, Galletas, Tortas, Chocolates, Helados, Caramelos, Dulces de Frutas)?**



Media =3.58  
Desviación típica =1.3  
N =98

**¿Cuántas veces a la semana come usted azúcar refinada (Jugos endulzados o refrescos, Atoles, Pan dulce, Donas, Galletas, Tortas, Chocolates, Helados, Caramelos, Dulces de Frutas)?**

**¿Cuántas veces a la semana come usted harina refinada (Pan de trigo, Galletas, Pasta, Pizzas, Donas, Pan Dulce, Pastelitos)?**

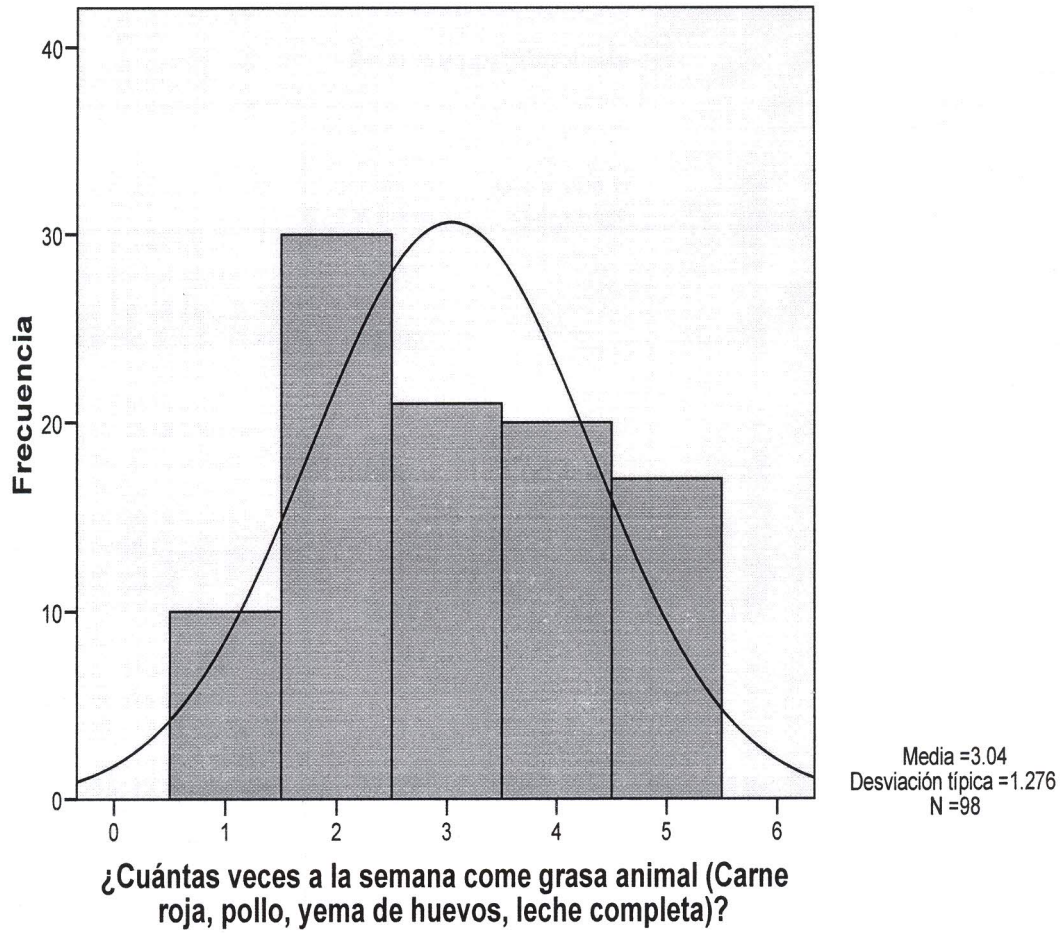


Media = 3.86  
Desviación típica = 1.121  
N = 98

**¿Cuántas veces a la semana come usted harina refinada (Pan de trigo, Galletas, Pasta, Pizzas, Donas, Pan Dulce, Pastelitos)?**



¿Cuántas veces a la semana come grasa animal (Carne roja, pollo, yema de huevos, leche completa)?



## Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.562	8

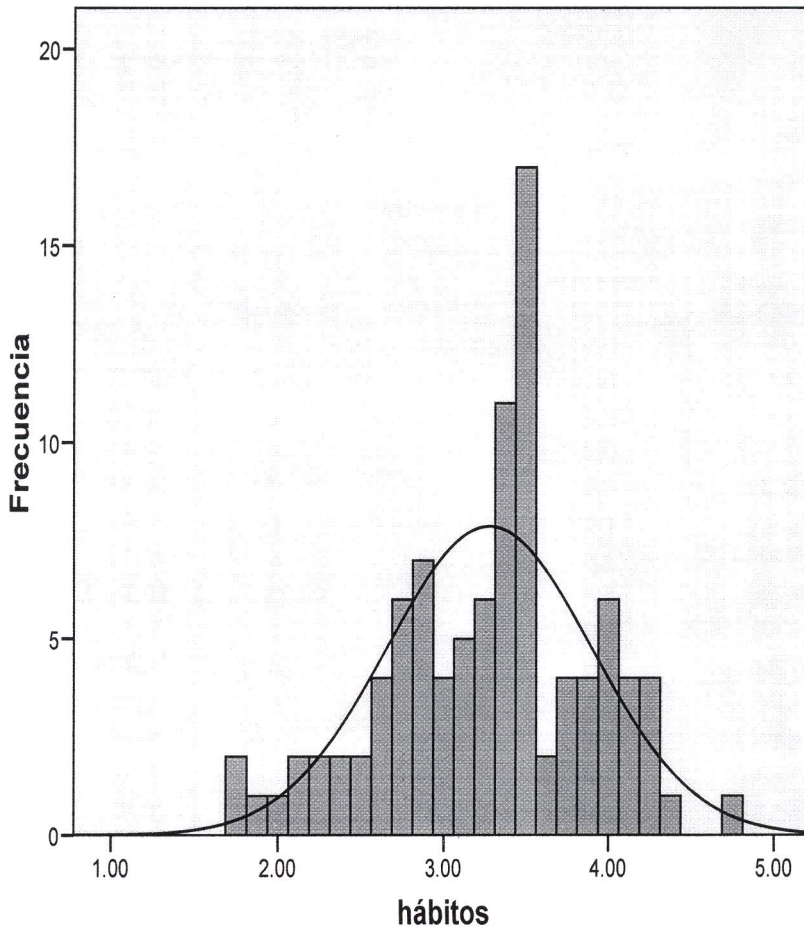
## Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Cuántos familiares adultos son diabéticos?	24.38	21.124	.214	.547
¿Cuántos familiares hacen ejercicio todos los días?	22.66	19.937	.223	.548
¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comidas, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?	21.81	20.818	.296	.524
¿Cuántas veces a la semana hace usted ejercicio?	22.55	21.425	.167	.561
¿Cuántas veces a la semana come usted azúcar refinada (jugos endulzados o refrescos, atoles, pan dulce, donas, galletas, tortas, chocolates, helados, caramelos, fulces de frutas)?	22.63	18.379	.418	.477
¿Cuántas veces a la semana come usted harina refinada (pan de trigo, galletas, pasta, pizzas, donas, pan dulce, pastelitos)?	22.36	19.490	.402	.490
¿Cuántas veces a la semana come grasa animal (carne roja, pollo, yema de huevos, leche completa)?	23.17	19.444	.325	.511
¿Cuántos familiares consanguíneos tiene usted que son obesos?	23.94	20.305	.173	.568

### Estadísticos descriptivos

	N	Media
¿Cuántos familiares tienen una dieta insana (comen carne, comen entre comida, comen carbohidratos refinados, comen comida rápida)?	98	4.41
¿Cuántas veces a la semana come usted harina refinada (pan de trigo, galletas, pasta, pizzas, donas, pan dulce, pastelitos)?	98	3.86
¿Cuántas veces a la semana hace usted ejercicio?	98	3.66
¿Cuántas veces a la semana come usted azúcar refinada (jugos endulzados o refrescos, atoles, pan dulce, donas, galletas, tortas, chocolates, helados, caramelos, dulces de frutas)?	98	3.58
¿Cuántos familiares hacen ejercicio todos los días?	98	3.55
¿Cuántas veces a la semana come grasa animal (carne roja, pollo, yema de huevos, leche completa)?	98	3.04
¿Cuántos familiares consanguíneos tiene usted que son obesos?	98	2.28
¿Cuántos familiares adultos son diabéticos?	98	1.84
N válido (según lista)	98	

## Histograma



Media =3.28  
Desviación típica =0.622  
N =98

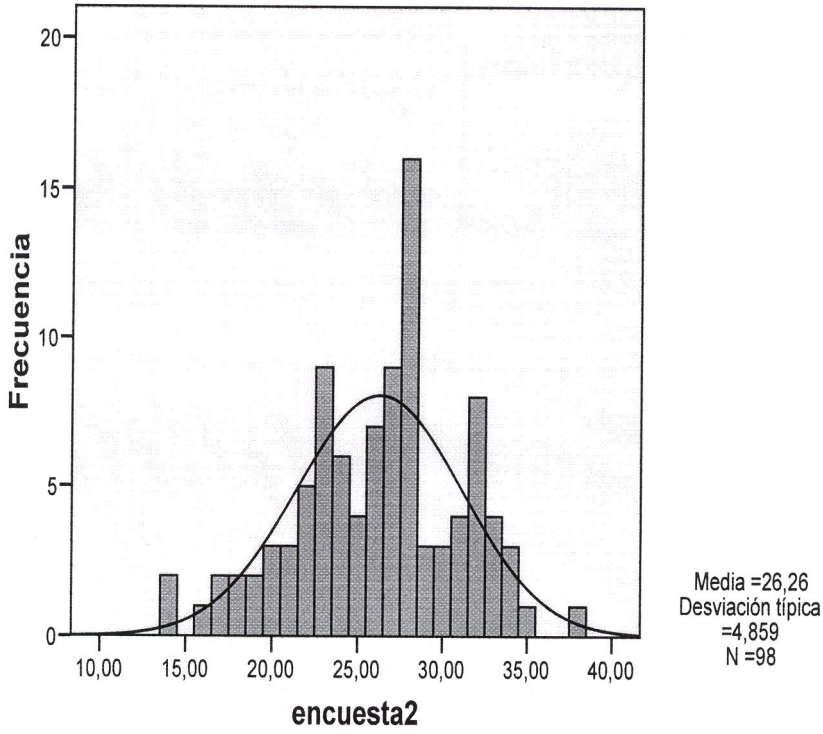
encuesta2

N	Válidos	98
	Perdidos	0
Media		26,2551
Desv. tip.		4,85949

encuesta2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	14,00	2	2,0	2,0	2,0
	16,00	1	1,0	1,0	3,1
	17,00	2	2,0	2,0	5,1
	18,00	2	2,0	2,0	7,1
	19,00	2	2,0	2,0	9,2
	20,00	3	3,1	3,1	12,2
	21,00	3	3,1	3,1	15,3
	22,00	5	5,1	5,1	20,4
	23,00	9	9,2	9,2	29,6
	24,00	6	6,1	6,1	35,7
	25,00	4	4,1	4,1	39,8
	26,00	7	7,1	7,1	46,9
	27,00	9	9,2	9,2	56,1
	28,00	16	16,3	16,3	72,4
	29,00	3	3,1	3,1	75,5
	30,00	3	3,1	3,1	78,6
	31,00	4	4,1	4,1	82,7
	32,00	8	8,2	8,2	90,8
	33,00	4	4,1	4,1	94,9
	34,00	3	3,1	3,1	98,0
	35,00	1	1,0	1,0	99,0
	38,00	1	1,0	1,0	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

### Histograma



## RELACIÓN ENTRE VARIABLES

### Correlaciones

		compromiso	HÁBITOS
compromiso	Correlación de Pearson	1	.288(**)
	Sig. (bilateral)		.004
	N	98	98
HÁBITOS	Correlación de Pearson	.288(**)	1
	Sig. (bilateral)	.004	
	N	98	98

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

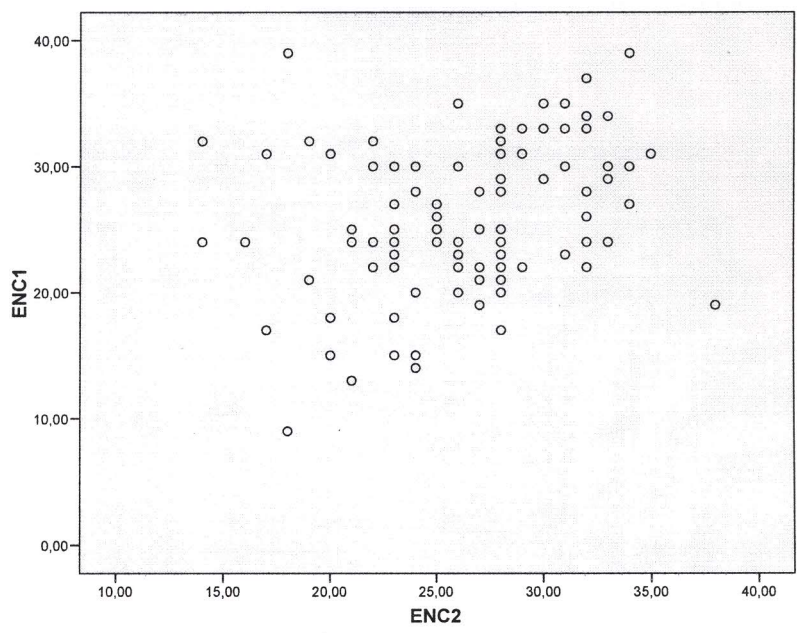
(Para el cálculo se usa el puntaje de cada pregunta de 1-5)

Correlación entre el grado de compromiso y los hábitos de salud de los pastores

Variables estudiadas	R	P
Grado de compromiso – Hábitos	0.296	0.003

$p < 0,05$  es significativa la relación entre variables.

(Para el cálculo se usa el puntaje de la sumatoria de todas las preguntas, el valor puede estar entre 8 y 40)

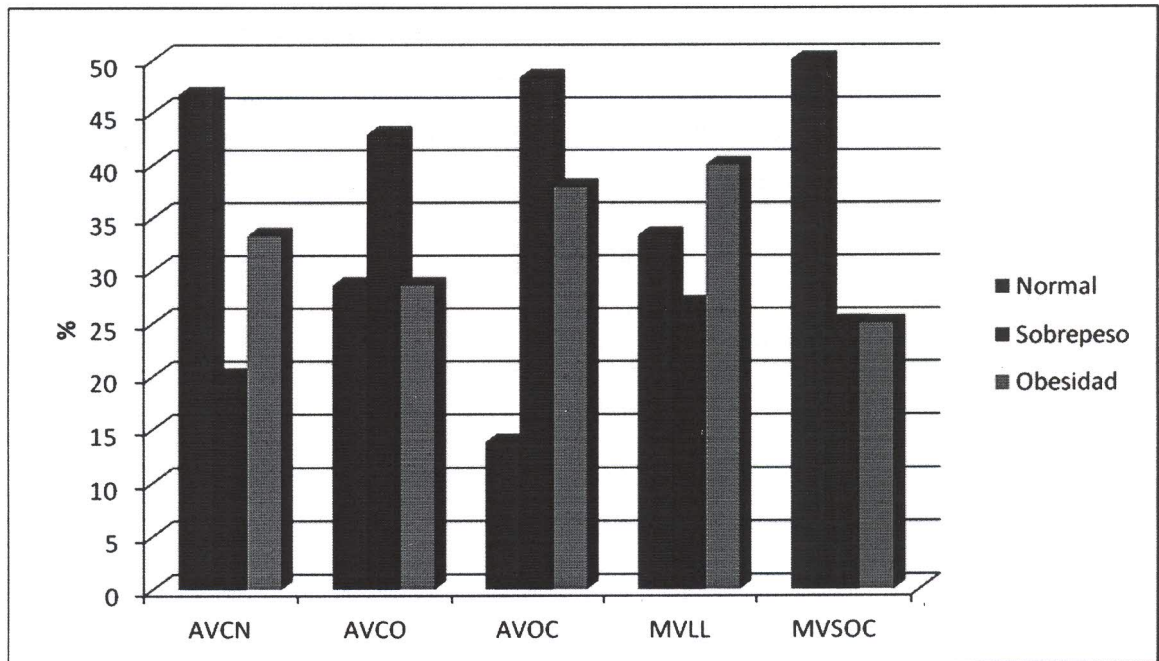




## OBESIDAD

Distribución de los pastores según su IMC y el campo al que pertenecen

Campo	Normal		Sobrepeso		Obesidad		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AVCN	8	42.1	6	31.6	5	26.3	19	100.0
AVCO	4	26.7	10	66.7	1	6.7	15	100.0
AVOC	5	15.2	18	54.5	10	30.3	33	100.0
MVLL	5	33.3	4	26.8	6	40.0	15	100.0
MVSOC	8	50.0	4	25.0	4	25.0	16	100.0
Total	30	30.6	47	48.0	21	21.4	98	100.0



### Clasificación de los pastores evaluados según CA

	Frecuencia	Porcentaje
No obesos	70	71.4
Obesos	28	28.6
Total	98	100.0

### Clasificación de la población según IMC y/o CA

	Frecuencia	Porcentaje
No Obesos	65	69.33
Obesos	33	33.67
Total	98	100.0

### Distribución de los pastores según su grado de compromiso y estado nutricional.

Estado Nutricional	Muy Comprometido		Comprometido		Poco Comprometido		Nada comprometido		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	2	6.7	12	40.0	10	33.3	6	20.0	30	100.0
Sobrepeso	0	0.0	10	21.3	29	61.7	8	17.0	47	100.0
Obesidad	0	0.0	3	14.3	14	66.7	4	19.0	21	100.0
Total	2	2.0	25	25.5	53	54.1	18	18.4	98	100.0

Chi<sup>2</sup>: 9.47 p:0.08

Niveles alterados de TSH, insulina basal, insulina post-pandrial, glicemia basal y glicemia post-pandrial y campo a que pertenece

Variables	AVCN		AVCO		AVOC		MVLL		MVSOC		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TSH	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3	1	1.1
Insulina Basal	1	6.7	0	0.0	2	6.9	1	6.7	0	0.0	4	4.5
Insulina pp	4	26.7	3	21.4	6	20.7	4	26.7	2	12.5	19	21.3
Glicemia Basal	0	0.0	0	0.0	1	3.4	0	0.0	0	0.0	1	1.1
Glicemia pp	2	13.3	1	7.1	3	10.3	0	0.0	4	25.0	10	11.2

## LISTA DE REFERENCIAS

- Appel, Lawrence John. "Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: Main results of the premier clinical trial". *The Journal of American Medical Association* 289 no.16, (2003), 2083-2093.
- Arias, Fidias G. *El proyecto de investigación*. 5ª ed. Caracas: Editorial Episteme, 2006.
- Arias Galicia, Fernando. "El compromiso personal hacia la organización y la intención de permanencia: Algunos factores para su incremento". *Revista Contaduría y Administración UNAM* 200 (enero-marzo 2001): 5-10.
- Astrup, Arne. "Drug management of obesity – efficacy versus safety". *New England Journal of Medicine* 363 (15 de julio, 2010), 288-290.
- Ayala Espinosa, Fernando. *Diccionario bilingüe de recursos humanos y administración*. México: Limusa, 2008.
- Black, Jennifer L. y James Macinko. "Neighborhoods and obesity". *Nutrition Reviews* 66 no. 1 (enero 2008), 2-20.
- Bleich, Sara, David Cutler, Christopher Murray y Alyce Adams. "Why is the developed world obese?". *National Bureau of Economic Research Working* 12954, (2007), 1.
- Boggs, Deborah A., Lynn Rosenberg, Ivette Cosier y Julie R. Palmer. "General and abdominal obesity and risk of death among black women". *New England Journal of Medicine* 365 (8 de septiembre, 2011), 901-908.
- Bray, George. "Medical consequences of obesity". *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 89 (2004), 2583.
- Carreras, Marcel Lí. *El compromiso del voluntario pastoral*.  
<http://es.catholic.net/laicos/622/2706/articulo.php?id=11067> (consulta realizada 16/07/2011).

- Casinos, Judith, Anselmo Cancino, Sergio Pezoa, Fernando Salamanca y Marina Soto. "Vida Chile 1998-2006: Resultados y desafíos de la política de promoción de salud en Chile". *Revista Panamericana de Salud*. Informe especial (1 febrero 2007), 136-143.
- Cassens, Brett J. *Preventive medicine and public health*. 2<sup>a</sup> ed. San Diego, CA: Harwal Publishing, 1992.
- Castaña Jiménez, Juan, María Olivia de la Torre Lozano, José Manuel Morán Rodríguez y Luz Patricia Lara Ramírez. *Metodología de la investigación*. México, DF: McGraw-Hill Interamericana, 2002.
- Castell, Hachette. *Diccionario enciclopédico*. Tomo 3. España: Ediciones Castell, 1981.
- Centers for Disease Control and Prevention. "National control for health statistics". *Nutrition for Everyone* (15 de julio 2007).
- Dayton-Brooks, Shirlee y Neva White. "Health promotion behaviors among african american women with faith-based support". *The Association of Black Nursing Faculty* (septiembre/octubre 2004), 84-90.
- Dixon J., John. "The effect of obesity on health outcomes". *Molecular & Cellular Endocrinology* 316 no. 2 (2010), 104-108.
- Dysinger, Wayne S. "Incorporating population medicine into primary care residency training". *Family Medicine* 43 no. 7 (julio-agosto 2011), 480.
- Felson, Jacob. "The effect of religious background on sexual orientation". *Interdisciplinary Journal of Research on Religion* 7 no. 4 (2011).
- Fisher, Barry y Philip Schauer. "Medical and surgical option in the treatment of severe obesity". *The American Journal of Surgery* 184 (6), sup. 2 (diciembre 2002), 9-16.
- Frayling, Timothy M, Nicholas J. Timpson y Michael N. Weedon. "A common variant in the FTO gene is associated with body mass index and predisposes to childhood and adult obesity". *Science* 316 (2007), 889-894.
- Garrido, Roberto. "Metabolic syndrome and obesity among workers at Kanye Seventh-Day Adventist Hospital, Botswana". *South African Medical Journal* 99 (2009), 331-334.
- Grajales Guerra, Tevni. *Cómo elaborar una propuesta de investigación*. Montemorelos, México: Editorial Montemorelos, 2004.

- Grundy, Scott. "Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease". The *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 89 (2004), 2595-2600.
- Halton, Thomas L, Walter C. Willett, Simin Liu, Joann E. Manson, Christine M. Albert y Kathryn Rexrode. "Low-carbohydrate-diet score and the risk of coronary heart disease in women". *New England Journal of Medicine* 355 (2006), 1191-1202.
- Haslam, David W y James W. Philip T. "Obesity". *Lancet* 366 (octubre 1, 2005), 1197-1209.
- Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández-Collado y Pilar Baptista Lucio. *Metodología de la investigación*. 3ª ed. México: Mc Graw-Hill/Interamericana, 2003.
- \_\_\_\_\_. *Metodología de la investigación*. 4ª ed. México, DF: Mc Graw Hill/Interamericana, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Metodología de la investigación*. 5ª ed. México, DF: Mc Graw-Hill/Interamericana, 2010.
- Hevia de la Jara, Felipe. "Los sacrificados/comprometidos: Un sistema cultural al interior de los centros de salud antes de la reforma". *Cuadernos Médicos Sociales* (Chile). 47(4), (2007), 239-245.
- Janssen, Ian. "Waist circumference and not body mass index explain obesity-related health risk". *The American Journal of Clinical Nutrition* 79 (2004), 379-385.
- Jiménez Castaña, Juan, María Olivia de la Torre Lozano, José Manuel Morán Rodríguez y Luz Patricia Lara Ramírez. *Metodología de la investigación*. México, DF: McGraw-Hill Interamericana, 2002.
- Kune, Gabriel y Lyndrey Watson. "Lowering the risk of rectal cancer among habitual beer drinkers by dietary means". *Advances in Preventive Medicine* 2011 (2011), 1-5.
- Knight, George R. *Nuestra identidad. Momentos históricos decisivos*. Miami: APIA, 2008.
- Koenig, Harold G. y Bussing Arndt. "The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies". *Religions* 1(1), (2010).
- Mabry, Patricia L., Deborah H. Olster y David B. Abrams. "Interdisciplinary and systems science to improve population health". *American Journal of Preventive Medicine* 35 (2) (agosto 2008), 211-224.

- Maxwell, John C. *The 21 Indispensable qualities of a leader*. Nashville, TN: Thomas Nelson Publisher, 2007.
- Mei, Zuguo, Grummer-Strawn Laurence M., Angelo Pietrobelli y Ailsa Goulding. "Validity of body mass index compared with other body-composition screening indexes for the assessment of body fatness in children and adolescents". *The American Journal of Clinical Nutrition* 75(2002), 978-985.
- Meyer, John P. y Natalie J. Allen. "A three-component conceptualization of organizational commitment". *Human Resource Management* 1 no. 1 (1991), 61-89.
- Mitchell, Fiona. "Bariatric surgery in youth". *Nature Reviews Endocrinology* 8, 381 (julio 2012), 15-20.
- Monge Sánchez, Miguel Ángel. "Introducción a la pastoral de la salud". *Scripta Theologica*, 37 3S-D (2005), 986-987.
- Moreno, Esteban Basilio, Susana Moreneo Megías y Julia Álvarez Hernández. *Obesidad, la epidemia del siglo XXI*. 2ª ed. Madrid: Editorial Díaz de los Santos, 2000.
- Muchinsky, Paúl M. *Psicología aplicada al trabajo*. México: Edamsa Impresiones, 2007.
- OMS. "Constitución de la Organización de la Salud". Génova (1946).
- Orozco, Alma. <http://ezinearticles.com/?Laparoscopic-Gastric-Bypass&id=2282642>. Consulta realizada 08/06/2009 .
- Papas, Mia A. y Anthony J. Alberg. "The built environment and obesity". *Epidemiology Reviews* 29 no. 1, (2007), 129-143.
- Patterson, Deborat. "Congregational exercise program". *The Clerical Journal* (julio/agosto, 2009), 52-53.
- Pereira, Mario R. *Biografías bíblicas*. Montemorelos, México: Editorial Montemorelos, 2010.
- Proeschold-Bell Rae, Jean y Sara H. LeGrand. "High rates of obesity and chronic disease among united methodist clergy". *Nature Publishing Group* (mayo 6 2010), 1-4.
- Pupo Ávila, Noria Liset y Cirelda Carvajal Rodríguez. "Estrategias metodológicas para

- la formación de las niñas y los niños como promotores de salud en la familia”. *Revista Cubana de Salud Pública* 35 no. 4 (octubre-diciembre 2009), 139-153.
- Quillet. *Diccionario enciclopédico*. 13ª ed. Tomo 4. México: Editorial Cumbre, 1988.
- Regan, John M. “Globalization, religious change and the common good”. *Journal of Religion Conflict and Peace* 3 no. 1 (2009).
- Rosen, Thord, Ingvar Bosaeus, Jukka Tölli, Göran Lindstedt y Bengt-Åke Bengtsson. “Increased body fat mass and decreased extracellular fluid volume in adults with growth hormone deficiency”. *Clinical Endocrinology* 38 (1993), 63-71.
- Schwarz, Richard W. y Floy Greenleaf. *Portadores de luz. Historia de la Iglesia Adventista del Séptimo Día*. Miami: APIA, 2003.
- Wangen, Ricardo H. “Salud y enfermedad como voces del cuerpo humano y su significado para la psicoterapia pastoral”. *Cuadernos de Teología* 4 no. 3 (1976), 161-171.
- Tamayo Tamayo, Mario. *El proceso de la investigación científica*. México, DF: Editorial Limusa, 1998.
- Watson, Donnie W., Lory Bisesi, Susam Tanamly, Tiffanie Sim, Cheryl A. Branch y Eugene William III. “The role of small and medium-size african-american in promoting healthy life styles”. *Journal of Religion and Health* 42, no. 3 (2003).
- White, Elena de. *Consejos sobre régimen alimenticio*. Mountain View, CA: Pacific Press Publishing Association, 1959.
- \_\_\_\_\_. *Mensajes selectos*. Tomo 3. Mountain View, CA: Pacific Press Publishing Association, 1949.
- \_\_\_\_\_. *Ministerio de curación*. Mountain View, CA: Pacific Press Publishing Association, 1965.
- \_\_\_\_\_. *Consejos sobre salud*. Miami: APIA, 1965.
- \_\_\_\_\_. *El evangelismo*. Miami: APIA, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Obreros evangélicos*. Mountain View, CA: Pacific Press Publishing Association, 1965.



Yarborough, Bobbi Jo H. y Shannon I. Janoff. "Delivering a lifestyle and weigh loss intervention to individuals in real-world mental health settings: Lessons and opportunities". *Society of Behavioral Medicine* (6 de julio, 2011), 1010.

Weber de Vyhmeister, Nancy. *Manual de investigación teológica*. Miami: Editorial Vida, 2009.

## CURRÍCULUM VITAE

### DATOS GENERALES:

Nombre: LEO RAMÓN ACOSTA PALMA (1947 - ).

Lugar de nacimiento: Maracay, Venezuela.

Esposa: Carmen Teresa.

Hijos:

María Gabriela.

María Isabel.

Leonardo Ramón.

Eduardo Josué.

### PREPARACIÓN ACADÉMICA:

Médico Cirujano, Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado	1973.
Especialista en Obstetricia y Ginecología, Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado	1979.
Magister Scientiarum en Andragogía	UDO, 1985.
Licenciado en Teología (Título honorífico), Seminario Teológico Adventista de Venezuela	2007.
Master en Teología Pastoral, Seminario Teológico Adventista Interamericano	2007.
Doctor en Ministerio, Seminario Teológico Adventista Interamericano	2012.

### EXPERIENCIA LABORAL:

Atención hospitalaria (Hospital AMP, Barquisimeto, Venezuela)	1973-2002.
Profesor Universitario Decanato de Ciencias de la Salud UCLA	1979-2012.
Director del departamento de salud, Asociación Venezolana Centro Occidental, Venezuela	1978-2004.
Pastor de distrito 3. (Barquisimeto, Venezuela)	2001-2004.
Director del departamental de salud, Unión Venezolana Antillana,	2004-2010.

### APORTACIONES AL CONOCIMIENTO:

2 investigaciones clínicas publicadas en revistas arbitradas	1996.
Asesor permanente de trabajos científicos (UCLA)	2002-2012