

Estrategias para la Adopción de Estilos de Vida Saludable de los Adventistas del Séptimo Día
de la Misión Central de Colombia, en 2014

Corporación Universitaria Adventista



Cristian Stit Avendaño Jiménez

Víctor Hugo Sánchez Valencia

Medellín, Colombia,

2014

Tabla de contenido

<i>Descripción del problema.....</i>	<i>3</i>
<i>Formulación Del Problema.....</i>	<i>4</i>
<i>Justificación.....</i>	<i>4</i>
<i>Viabilidad.....</i>	<i>4</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>5</i>
<i>Delimitaciones.....</i>	<i>6</i>
<i>Limitaciones.....</i>	<i>6</i>
<i>Supuesto.....</i>	<i>7</i>
<i>Definición De Términos.....</i>	<i>7</i>
<i>Impacto del proyecto.....</i>	<i>8</i>
<i>Marco Teórico.....</i>	<i>9</i>
<i>Marco institucional.....</i>	<i>11</i>
<i>Diseño metodológico.....</i>	<i>14</i>
<i>Plan de trabajo.....</i>	<i>14</i>
<i>Recolección de la información.....</i>	<i>15</i>

<i>Contextualización</i>	15
<i>Cronograma de actividades</i>	17
<i>Diagnóstico y análisis</i>	22
<i>Conclusiones</i>	26
<i>Recomendaciones</i>	27
<i>Referencia bibliográfica</i>	29
<i>Anexos</i>	33

Descripción del problema

Diferentes patologías, y daños en la integridad de la salud, que afectan a los seres humanos como enfermedad cerebrovascular, infartos, diabetes, entre muchas más son factores desencadenados por los hábitos tanto alimenticios como del vivir diario, como la falta de actividad física, el estrés, la falta de horas de sueño reconfortantes, el abuso o carencia de algunos alimentos, son factores que intervienen directamente con el bienestar y el estilo de vida de cada uno.

El periódico el espectador con apoyo de la secretaria de salud, publicó en el 2009 un artículo donde muestra que la primera causa de muerte en Colombia y el mundo son las enfermedades cardio vasculares, lo que da lugar a que la cultura y la forma de vida es un indicador que muestra directamente que se va a desencadenar en cada instante del futuro de la población,

El estilo de vida adventista ha sido legitimado por muchos estudios científicos. La observancia de los ocho remedios naturales (consumo de agua, sueño apropiado, dieta vegetariana, actividad física, toma de sol moderada, aire puro, temperancia y desarrollo de una vida espiritual) ha ido ganando fuerza dentro del ámbito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Lo cual da un pie para que la adquisición de estos lineamientos básicos se de en pro de la solución de muchos inconvenientes de salud, dando un mejor estilo y bienestar en la salud y por ende en la vida misma.

Formulación del problema

¿Cuáles son las principales afecciones de salud que padecen los adventistas del séptimo día de la Asociación Central de Colombia? ¿A qué hábitos están relacionadas y que modificaciones podemos implementar en el estilo de vida para poder vivir más y mejor?

Justificación

Considerando la luz que tenemos con respecto a la reforma pro salud, los adventistas del séptimo día deberíamos ser un pueblo muy saludable, sin embargo, estamos muriendo y padeciendo de las mismas enfermedades que la población general.

Es necesario realizar un trabajo educativo dentro de nuestra comunidad, con el objetivo de vivir más tiempo, con una mejor calidad de vida, y ser luz en un mundo de tinieblas.

Viabilidad

El proyecto es extenso por la cobertura, sin embargo, ya se inició con la recolección de los datos y se tiene una agenda planeada para cubrir toda la Asociación Central de Colombia, en este primer semestre del año.

Consideramos que la parte educativa es un proceso complejo, inicialmente se harán aproximaciones informativas a medida que se diseñen estrategias de auto sostenimiento del proyecto a través de la detección de líderes y la adopción de esquemas saludables.

Objetivos

General.

Realizar un diagnóstico general del estado de salud de los adventistas del séptimo día de la Asociación Central de Colombia, en 2014, del nivel de glucosa en la sangre, índice de masa corporal, presión arterial y evaluación de hábitos.

Específico.

Diseñar y aplicar estrategias para la adopción de estilos de vida saludable.

Delimitaciones

Delimitación de espacio.

Asociación Central de Colombia, 12 distritos, 84 iglesias.

Delimitación de tiempo: El presente trabajo se realizará en 2014.

Fase de diagnóstico: julio de 2014.

Fase de educación: diciembre 2014.

Fase reevaluativa y reeducativa, capacitando líderes en salud de los distritos para que el proyecto sea auto sostenible.

Limitaciones.

Por fortuna para los autores del proyecto y para la Iglesia, el proyecto cuenta con todo el apoyo del departamental de Salud de la Asociación Central de Colombia y la mayoría de pastores; pero también allí está la limitante, hay algunos pastores, dirigentes de distrito, que no sienten la necesidad de practicar un estilo de vida saludable y no ven con buenos ojos a quienes sí lo hacen. En estos pocos casos, afortunadamente pocos, los distritos no se verán beneficiados con el proyecto y no podrán ser tenidos en cuenta en el estudio.

En la metodología que estamos usando necesitamos el apoyo de los pastores para reunir a toda su iglesia un día determinado, en un sitio con capacidad para albergar a todos los miembros de su distrito y que el equipo de salud, que estamos utilizando, pueda determinar la situación de salud de cada uno de ellos.

Supuesto

El estilo de vida adventista ha sido legitimado por muchos estudios científicos. La observancia de los ocho remedios naturales (consumo de agua, sueño apropiado, dieta vegetariana, actividad física, toma de sol moderada, aire puro, temperancia y desarrollo de una vida espiritual) ha ido ganando fuerza dentro del ámbito de la promoción de la salud y la

prevención de la enfermedad. Sin embargo, la comunidad adventista no se encuentra exenta de sufrir todo tipo de enfermedades, y actualmente se ha presentado con mayor frecuencia enfermedades como el cáncer entre los miembros de la iglesia. Por lo tanto, el estudio del proyecto estará dirigido a la siguiente hipótesis: Los miembros de la iglesia adventista adoptan los principios de los ocho remedios naturales en su estilo de vida y se encuentran menos propensos a adquirir los tipos de enfermedades derivadas de hábitos mal sanos practicados por la gente que desconoce la filosofía adventista.

Definición de términos.

Estilos de vida saludable: procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar, la formación integral y la vida.

Adventistas del séptimo día: miembros de una denominación cristiana protestante distinguida por su observancia del sábado y su énfasis en la inminente segunda venida de Jesucristo, que profesan un estilo de vida basado en las enseñanzas bíblicas.

Enfermedades crónicas: aquellas enfermedades de alta prevalencia y no curables. Incluyen enfermedades cardiovasculares, neoplásicas sin tratamiento curativo, respiratorias crónicas, oseo-articulares invalidantes, invalidantes, diabetes mellitus y otras.

Impacto del proyecto.

La idea que tenemos con el proyecto es:

Primero: determinar la situación actual del estado de salud de los miembros de la Iglesia Adventista de la Asociación Central de Colombia, hasta julio de 2014.

Segundo: dedicar todo el segundo semestre de 2014 a desarrollar programas motivacionales en todos los distritos de la Asociación Central de Colombia, con el propósito de educar a toda la feligresía para adoptar un estilo de vida saludable.

Tercero: reevaluar el estado de salud de los miembros de la Asociación Central de Colombia y determinar los cambios adoptados en cuanto al estilo de vida. Hasta julio de 2015.

Consideramos relevante que los miembros de la iglesia de la Asociación Central de Colombia vuelvan a practicar un estilo de vida saludable, para que los más beneficiados sean ellos y sus familias, y la Iglesia vuelva a ser tenida como un ejemplo en el mundo actual, y de esta manera cumplir parte de la misión. El impacto será en Caldas, Risaralda, Quindío y el norte del Valle del

Cauca, que es el territorio que abarca la Asociación Central de Colombia.

Marco teórico

Desarrollo teórico

El concepto de estilo de vida saludable ha tomado fuerza en estos tiempos donde abunda la enfermedad y la salud se está convirtiendo en un negocio, pero este concepto se ha manejado desde hace muchos años desde las ciencias sociales, diferentes autores escribieron y dieron sus aportes significativos desde sus saberes uno de los más reconocidos fueron Karl Marx y Max Weber , este ultimo sostuvo que el estilo de vida de las personas está dado por la conducta de vida, es decir la utilización de sus estilos, o hábitos que tenga tanto en su alimentación como en sus quehaceres diarios, y este a su vez está condicionado por las oportunidades de vida, que su entorno le permita.

Mucho se ha estudiado en países desarrollados la diferencia entre adventistas y no adventistas, pero no así en países en vías de desarrollo, donde las conductas se ven muy determinadas por las oportunidades de vida.

De la misma manera, en el contexto de la interpretación adventista, la salud es considerada como una responsabilidad individual, que se materializa en hábitos saludables; entiende también

que la enfermedad está relacionada con inadecuados hábitos alimenticios, en general, en la forma como conducen sus vidas las personas, por lo cual corresponde al individuo asumir su compromiso de cuidarla (Gálvez, 2002, Nieman, 1992, citados por Pinzón, 2013).

Se han realizado varios estudios de la incidencia de ciertos tipos de enfermedad entre adventistas del séptimo día, debido a su tendencia a practicar ciertos hábitos saludables.

Uno de estos estudios, por ejemplo, relacionados con el cáncer de pulmón, ha demostrado que está relacionado con el tabaquismo, y fue 10 veces menos común entre los adventistas del séptimo día que en la población general. Del mismo modo, los cánceres de boca, laringe y esófago, eran por lo menos 10 veces menos comunes entre los hombres adventistas del séptimo día que entre los hombres de la población general. (OMS, 2010)

Contextualización

Los miembros de la Asociación Central en teoría se ciñen a las políticas que promueve el Departamento de Salud de la División Interamericana: “Un estilo de vida sano dentro de la iglesia y su entorno social. Estimula a sus miembros a ofrecer genuinamente y en cualquier lugar, un testimonio viviente que despierte un espíritu de investigación y abra el camino de la acción del Espíritu Santo en la vida de las personas” (año, p. tal).

La filosofía del Departamento de Ministerios de Salud, se sustenta en la creencia fundamental de la plenitud del ser humano que es “El hombre creado, redimido y glorificado plenamente. Imitar a Jesús en su acercamiento y satisfacción de las necesidades de los que Él [sic] vino a salvar” (año, p. tal).

Sin embargo, en la práctica se refleja otra costumbre, debido a múltiples factores como el nivel socioeconómico, la cultura y las costumbres; entonces, los miembros no siempre se conforman a un estilo de vida saludable, guiado por los ocho principios de salud.

Los miembros de la Iglesia generalmente se caracterizan por un estilo de vida conservador, apegados a las costumbres familiares de sus antepasados. La familia tiene una influencia unificadora. Un buen número de ellos vive o trabaja en el área rural, suelen pasar el resto de sus vidas en sus lugares de nacimiento. El estrato socioeconómico predominante está en 2 y 3. Aproximadamente, la mitad de las madres permanecen en el hogar con sus hijos, y las familias tienen en promedio dos hijos. Su alimentación está muy influenciada por los productos agrícolas de la región: frijoles, maíz, arroz, panela, frutas, verduras, y algunos productos animales.

Marco institucional

Antecedente histórico.

El 30 de abril de 2003 en Medellín, sede de la Unión Colombiana, la Junta Directiva de dicho ente, toma el voto de nombrar una comisión de evaluación constituida por las siguientes personas: Eliseo Bustamante (presidente), Pedro Iglesias (secretario), Fernando Salazar (tesorero), Juan Caicedo, Luis Castellanos, Walter Rojas, Germán Pérez, Óscar Amado y Jorge Amaya, para la creación de una región en la Asociación del Pacífico. Como resultado se crea la

“Misión Experimental Central de Colombia”, que inició funciones el 1º de julio de 2003, fecha que podría ser considerada como su fecha de fundación. Por ser experimental, todo su manejo financiero dependía de la Asociación del Pacífico, con sede en Cali.

Un hecho curioso marco sus inicios. Fue nombrado como su primer presidente el Pr. Aimer Sarria, quien por razones desconocidas no aceptó; y por tanto, el mismo día en un voto posterior, se nombra como presidente al pastor Daniel Sanmiguel. Un tercer voto de la Unión, define el territorio y los distritos que la conformarían. (Anexamos fotografía del acta de aquel día).

Bajo la administración del nuevo presidente y con el apoyo de un préstamo de la División Interamericana (DIA) se compra la propiedad en donde actualmente opera la sede administrativa de la Asociación.

Por ser un campo “experimental”, su creación no era oficial ante la denominación. Fue en 2004 cuando la Unión Colombiana vota pasar la solicitud a la DIA, para la creación de la “Región Central de Colombia”, que tendría sede en la ciudad de Pereira e iniciaría labores oficialmente el 1º de enero de 2005. En la misma sesión se nombra al pastor Óscar Velásquez como contador.

El 15 de diciembre de 2005, mediante la Resolución 2583, expedida por el Ministerio del Interior y de Justicia, recibe reconocimiento gubernamental con el nombre de IGLESIA ADVENTISTA DEL SÉPTIMO DÍA – SECCIÓN MISIÓN CENTRAL DE COLOMBIA.

En 2005, es nombrado como presidente el pastor Eduardo Ramírez, quien ocupa su cargo hasta el 12 de julio de 2010, día en que la Junta Directiva de la nueva Unión Colombiana del Sur, nombra al pastor Luis Manrique en su lugar.

El 11 de febrero de 2013, en Pereira, en ceremonia de cambio de estatus, oficiada por el Pr. Israel Leito, presidente de la DIA, la Misión Central de Colombia se convierte en la Asociación Central de Colombia.

Este campo ubicado en la parte centro - occidental de nuestro país, es una zona ricamente bendecida por su clima y lindos paisajes que son motivo de orgullo de su gente y un atractivo para todo turista nacional y extranjero.

La Asociación Central de Colombia posee un total de 89 iglesias organizadas y 44 grupos, con una membresía oficial registrada en la Unión Colombiana del Sur de 14.947 miembros a 31 de diciembre de 2013. Pero el informe de la asociación central menciona que los miembros que están asistiendo constante mente a las iglesias, o por mencionarlo así miembros participes solo son 5000 miembros Adventistas del Séptimo Día.

Misión de la Iglesia Adventista

“Glorificar a Dios y bajo la unción del Espíritu Santo, guiar a cada creyente a una experiencia de relación personal y transformadora con Cristo que lo capacite como discípulo, para compartir

el evangelio con toda persona”

Visión de la iglesia adventista

Cada miembro del cuerpo de cristo preparado para el reino de Dios.

Diseño metodológico

Plan de trabajo.

Un trabajo arduo y de mucha precisión se ha llevado a cabo en cada una de las iglesias, para las cuales se ha tomado un gran número de personas, con el afán de una búsqueda de cómo los adventistas pueden lograr una vida más plena y sana si siguen los consejos del Padre celestial, para esto se precisaron diferentes grupos de trabajos y diferentes jornadas, donde se explicaba lo realizado, y además se llevaba a cabo la recolección de una evidencia inicial, con la encuesta. Por medio de esta se plasma la identificación de preguntas, que luego de analizarse permitirán dar rumbo a la educación que se brindará en cada una de las iglesias para lograr el objetivo por medio de los remedios naturales, de alcanzar el máximo bienestar posible, sobresaliendo en sabiduría y salud ante aquellos que no siguen el plan que Dios tiene para nosotros.

Los adventistas se han caracterizado por la luz que poseen frente a la reforma de la salud; este pueblo en común debería ser saludable y sobresalir en este mundo lleno de enfermedad; por ello se ha mantenido el rigor en esta investigación para lograr la conclusión más confiable y verídica posible.

Primeramente, se dará educación en las diferentes iglesias de lugares como Manizales, Calarcá, Pereira-Maraya, Dosquebradas, Quinchía, Andalucía, Cartago, Chinchiná, Buga, Pereira-Cuba. Luego, en cada una de ellas se recolectarán las encuestas de cada uno de los miembros que deseen participar en la investigación. Como paso importante a continuación de esta fase, se brindará educación en lo que se deba mejorar, y se realimentará lo encontrado, para que la iglesia tome conciencia, mejoren las falencias y solidifiquen aún más los puntos fuertes.

Recolección de la información

Se realizaron algunas encuestas con preguntas estructuradas y semi estructuradas.

Se realizaron en Asociación Central de Colombia, 12 distritos, 84 iglesias. Las encuestas abarcaron diferentes participantes, cumpliendo con los datos del Anexo A y del Anexo B. En estas se llevó el rigor necesario además de contar con la sinceridad y honestidad de los participantes para dicho proceso, pues de ello depende el análisis de la vivencia de cada uno de los miembros de la iglesia adventista.

La información se tabula en Excel, el cual será la herramienta de elección para consignar cada una de ellas; además, se presenta una muestra de la investigación de 534 encuestas, las cuales

están variadas entre total de 180 hombres encuestados y 354 mujeres; asimismo, tener también la diferenciación de cada una de las iglesias.

Los datos son: Manizales, 66 encuestados; Calarcá, 55 encuestados; Pereira – Maraya, 58 encuestados; Dosquebradas, 49 encuestados; Quinchía, 59 encuestados; Andalucía, 38 encuestados; Cartago, 53 encuestados; Chinchiná, 49 encuestados; Buga, 34 encuestados; Pereira- Cuba, 73 encuestados.

La encuesta será el instrumento que permitirá observar qué tan sanos o afectados se encuentra el nivel de salud de los adventistas con relación a encuestas y cifras estadísticas que luego se expondrán de la población total de la localidad, realizando así un paralelo entre lo que se tiene dentro de la iglesia como fuera de ella.

En cada una de las encuestas se delimitaron las preguntas, las cuales están consignadas en las encuestas; además, cada una será tabulada y graficada en el análisis correspondiente, cuando se realice de manera objetiva el estudio de cada caso, en particular, tomando iglesias como objetos de estudio, y para finalizar, a todas como un todo para la conclusión.

En los anexos siguientes se encuentra enumerada cada una de las preguntas y con la variación de a, b, c, d, como corresponde a cada una; al frente cada una del número de respuestas encontradas en la iglesia; también se tabuló para facilidad del análisis al ser un número de 534 encuestas para facilidad de la comprensión de lo encontrado. Se midieron índices de glucosa en la sangre, índice de masa corporal, presión arterial y evaluación de hábitos.

Para facilitar la comprensión y sintetizar la información realizamos tabla con cronograma y costos de las actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
EVENTO	LUGAR	FECHA	INVITADOS	COSTOS	
Planeación estratégica	Finca Carolina		Emerson Trejos Abdiel Trejos Lorena Montoya Víctor Hugo Sánchez Nancy Mustafá Johana Sánchez Andrés Aricapa	Alquiler	\$360.000
				Alimentación	\$200.000
				Transporte	\$150.000
Socialización y motivación a los pastores, profesionales en el área de la salud y directores de salud de la Asociación Central.	Eco Hotel La Granjita, Santágueda	Febrero 28, Marzo 1 y 2	Dra. Belkis Archbold, Directora de Salud de la División Interamericana.	Alimentación:	\$2'000.000
				Alquiler finca	\$1'200.000
				Viáticos invitados	\$280.000

Presentación del proyecto de salud para convertir la Asociación Central de Colombia en una “Zona Azul”.			Dr. Abraham Acostada, Rector UNAC. Pr. Luis Fernando Manrique, Presidente de la Asociación Central de Colombia.	Cada delegado pagó su pasaje. Los viáticos de la Dra. Belkis fueron costeados por la División Interamericana	
Capacitación sobre los ocho remedios naturales a los pastores, directores de salud y profesionales en el área de cada una de las iglesias en el área de	Auditorio de la Iglesia de Maraya, Pereira	6 Julio	Ing. Irma Julieth Betancourt Arias, Ingeniera de Alimentos, Ingeniera Industrial y campeona nacional de salto triple. Dr. Cristián David Sánchez	Alimentación	\$1'200.000
				Material de apoyo obsequiado a los delegados	\$1'360.000
				Transporte invitados	\$280.000

la Asociación.			<p>López, Médico Cirujano.</p> <p>Dr. Jhónatan Cáceres, Residente de Postgrado en Cirugía.</p> <p>Dra. Blanca Isabel Ramírez, Fisioterapeuta, Especialista en Recuperación, Miembro del Comité Médico Nacional de los Deportistas Internacionales.</p>		
Diagnóstico de la situación de salud de los miembros de la Asociación Central por medio de encuestas y algunas mediciones.	Buga	Febrero 15	Emerson Trejos, Enfermero.	Tensiómetro	
	Andalucía	Febrero 15	Lic. Johana Sánchez Rojo, Licenciada en		

Esta capacitación se realizó para cada uno de los delegados para que ellos luego realicen en la semana de salud en cada iglesia	Quinchía	Marzo 23	Educación Física. Lorena Montoya	Glucómetro	54.000
	Dosquebradas	Junio 14	Espinosa, Enfermera.	Tirillas	\$700.000
	Pereira Maraya	Julio 6	Javier Ortégón, Estudiante de Medicina.	Transporte	\$2'500.000
	Calarcá	Mayo 4	Lesby Verónica Agudelo, Directora Centro de Vida Sana Supía.	Balanza	\$78.000
	Manizales	Julio 26	Sara Flórez, Enfermera. Nancy Mustafá Ossa, Odontóloga Ortodoncista. Víctor Hugo Sánchez Valencia, Odontólogo		

			<p>Ortodoncista.</p> <p>Mónica García, Auxiliar de Enfermería.</p> <p>Daniela Vicfana Sánchez Mustafá, Estudiante de Odontología.</p> <p>Sara Michelle Sánchez Mustafá, Subcampeona Nacional de Triatlón.</p> <p>Lucía Bernal, Naturista.</p>			
	Cartago	Mayo 18				
	Pereira Cuba	Marzo 9				

	Chinchiná	Julio 26	
--	-----------	----------	--

Diagnóstico y análisis

Se realizó la investigación en la Asociación Central de Colombia, en 12 distritos y 84 iglesias. Las encuestas abarcaron diferentes participantes, cumpliendo con los datos del Anexo A y del Anexo B. En estas, se llevó el rigor necesario, además de contar con la sinceridad y honestidad de los participantes para dicho proceso, pues de ello depende el análisis de la vivencia de cada miembro de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

La información se tabuló en Excel, el cual fue la herramienta de elección para consignar cada una de ellas; además, se presenta una muestra de la investigación de 534 encuestas, las cuales corresponden a un total de 180 hombres y 354 mujeres; asimismo, se ha subdividido, es decir, se tiene de cada una de las diferentes iglesias su encuesta correspondiente para observar la prevalencia en cada una y luego llegar a una conclusión final.

En cada una de las encuestas se delimitaron las preguntas, las cuales están consignadas en las encuestas; además, cada una fue tabulada y graficada en el análisis correspondiente, para realizar de manera objetiva el estudio de cada caso, en particular, tomando iglesias como objetos de estudio, y para finalizar, a todas como un todo para la conclusión.

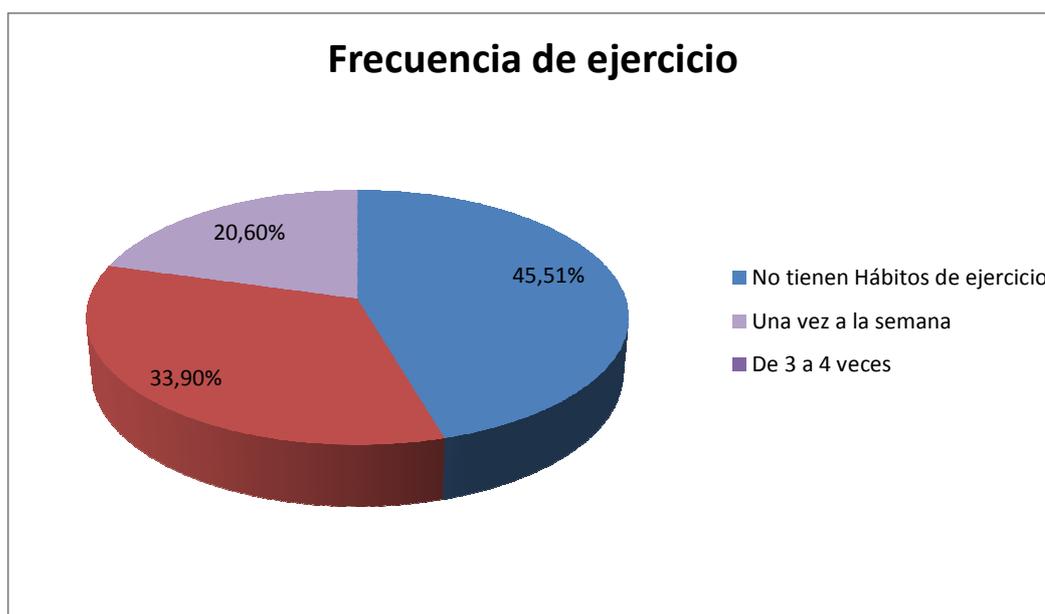
En los anexos siguientes se encuentra enumerada cada una de las preguntas y con la variación de a, b, c, d, como corresponde a cada una; al frente cada una del número de respuestas encontradas en la iglesia; también se tabuló para facilidad del análisis al ser un número de 534 encuestas para facilidad de la comprensión de lo encontrado. Se midieron índices de glucosa en la sangre, índice de masa corporal, presión arterial y evaluación de hábitos.

En la búsqueda de respuesta a la inquietud de si los adventista realmente tenemos una vida más saludable, en las encuestas se logró observar la gran necesidad de educar a la población adventista del séptimo día, ya que en todos estos aspectos tanto lo encontrado en las encuestas como lo desarrollado en las actividades, es necesario considerar la importancia de una educación eficaz, que no se quede en lo solo teoría, ya que en los aspectos de estilo de vida saludable se encontró poca consistencia; también se confirmó que no se está practicando adecuadamente o en algunos casos hay poca utilización de los remedios naturales, lo que contrasta con la educación impartida en cada una de las conferencias que se conocen o en las predicaciones de algunos sábados, e incluso en semanas de salud. Se advierte que la educación en salud se está quedando en solo teoría, aunque se puede continuar con esta labor para lograr en algunos años, cambios que vayan demostrando la mejoría del pueblo adventista.

También en la sección de las enfermedades padecidas por familiares, se encontró un gran número, por no decir en casi todos, la predisposición, ya que los familiares están afectados por patologías crónicas que en muchos casos tienen un gran potencial en que lo sufran sus sucesores por la genética que se comparte, sumado a que no se está llevando un cuidado o un estilo de vida saludable.

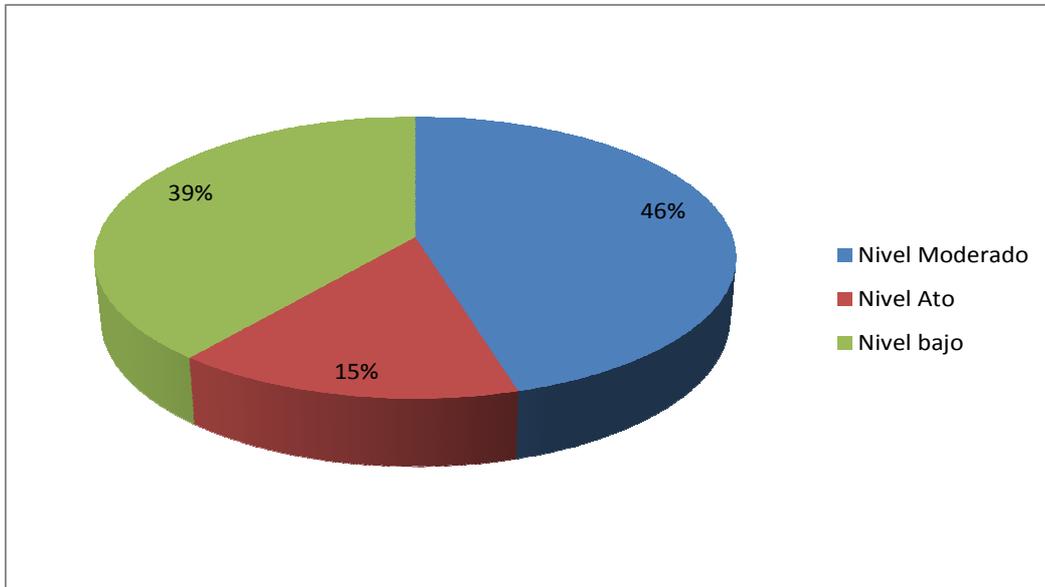
En las diferentes encuestas, la prevalencia fue la poca atención a los ocho remedios naturales, lo cual refleja altas tasas en afecciones de salud, y muestra en los estudios realizados que en el gran porcentaje se tiene por fuera de los límites de salud que son óptimos, lo que demuestra que se necesita más educación eficaz, que permita un cambio, ya que al ser el pueblo de Dios, debe mostrar que sigue sus enseñanzas y estas se verán reflejadas en su vida.

Para observar en mejor forma, o desde una evidencia, enfocamos la pregunta N° 1, la cual toma la parte de realizar ejercicio cotidianamente en más de media hora; 243 de las encuestas de la muestra reflejan que no realizan ni una vez ejercicio a la semana, es decir, no realizan esta actividad, lo que es preocupante.



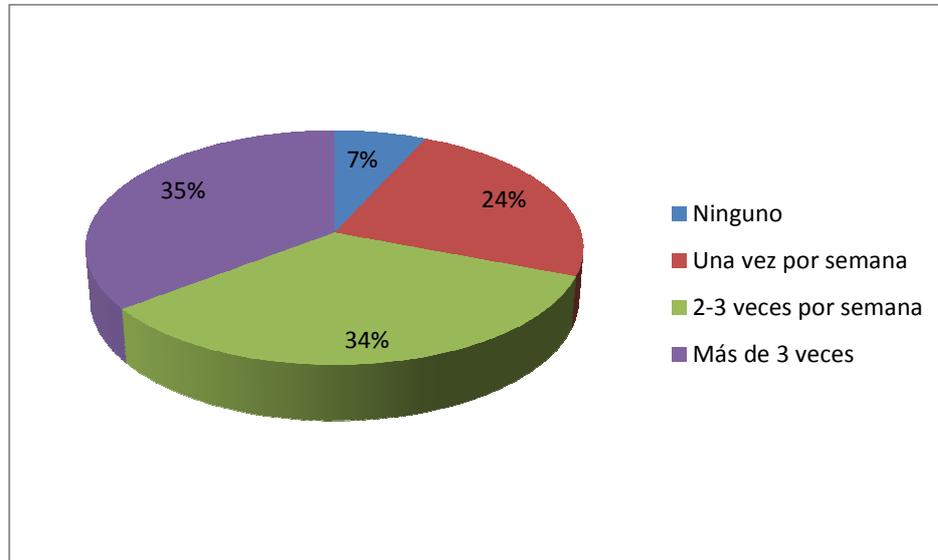
Como segunda opción está realizar una vez ejercicio a la semana; contestaron 110 personas, lo que es alarmante, ya que si sumamos son 353 encuestados que han manifestado poca adhesión a una vida de ejercicio saludable. Recordemos que la muestra solo fue de 534, por tanto, esta realidad deja una gran preocupación, ya que el ejercicio físico es uno de las actividades que el ser humano deberá tomar para sí si desea tener una mejor vida, también considerando que esta es uno de las preguntas que los encuestados recuerdan con más facilidad, por lo que se tiene más veracidad en ello.

Nivel de estrés



Relacionándolo con el nivel de estrés que tienen los adventistas, se demuestra una gran preocupación, ya que 325 están en el nivel de estrés que ellos mismos consideran, es decir, no se realizó una evaluación para encontrar aquellos que están estresados, pero no lo saben; esto solo puede mostrar la gran preocupación que tienen los adventistas del séptimo día, en su ambiente natural, lo que puede estar relacionado con el poco desempeño que tienen en las actitudes ante los estilos de vida saludable.

Consumo de frutas y verduras



En los hábitos alimenticios se identificó que 37 de los encuestados manifestaron no consumir ni una sola vez alguna fruta o verdura, 132 solo la consumen una vez a la semana, y 184 dos o tres veces a la semana, lo que nos arroja 354 participantes que en su alimentación tienen falencias, o sea, su nutrición se encuentra comprometida, lo que requiere un análisis y una búsqueda de solución de su alimentación, ya que esta es la entrada a la salud, o enfermedad.

Conclusiones

La iglesia adventista del séptimo día requiere un cambio rotundo, es necesario que cada miembro sea apoyo motivacional y que sea sustento de su prójimo, permitiendo crear así una

comuni3n con sus pares, que se fundamente en el amor de Dios, posibilitando que entre todos busquen las mejores soluciones para su bienestar f3sico, mental y espiritual

En los diferentes cuestionamientos se tomaron valores m3nimos para mantener un estilo de vida saludable, sin embargo, en un 60% el pueblo adventista no est3 ni siquiera cumpliendo los requerimientos m3nimos para la vida saludable; de esta manera no se puede cuidar el cuerpo como templo del Esp3ritu Santo, y menos, si no se est3n realizando cambios en los estilos de vida.

La Iglesia Adventista del S3ptimo de Colombia – Secci3n Asociaci3n Central, debe reconocer el gran problema que tiene la salud en sus miembros y debe buscar la manera de generar conciencia en cada uno de estos para el mejoramiento de cada uno de ellos.

Recomendaciones

Se debe dar educaci3n frente a la importancia de erradicar y de acoger algunos h3bitos; para este logro es necesario intentar diariamente y estudiar o pensar en lo que se est3 dando en cada vida; es relevante tambi3n que la Iglesia Adventista del S3ptimo D3a piense en utilizar la tecnolog3a a su favor, para que esta sea un medio de llevar mensajes diarios de esperanza y fortalecimiento en temas de salud, dando as3 lugar a que todos tengan acceso continuo para salvar sus dudas y aumentar el conocimiento en torno al instrumento de la salud.

Se deber3 realizar una concientizaci3n, no solo sobre las razones por las cuales adoptar cambios en los h3bitos diarios, sino de la importancia de mostrar una gran diferencia con respecto

a las personas de otras creencias y prácticas; y en cuanto al buen estado de salud de quienes siguen las orientaciones divinas, ya que si no se logra seguir los lineamientos que Dios ha dado, la bendición de él no será fácil; él ya ha dejado claro qué debemos realizar para tener una vida plena y saludable; es de cada uno seguir estas enseñanzas o no.

Realizar campañas de salud, donde se prioricen áreas para cambiar hábitos de vida; debería ser uno de los lineamientos por seguir, ya que estos son prioritarios; los adventistas del séptimo día, según lo analizado, continúan practicando los mismos, o en algunos casos, peores hábitos que las mismas personas que ignoran las pautas divina; es deber de la iglesia buscar la forma de concientizar y llegar a sus miembros con el mensaje de amor y salud, para la mejoría de ella misma.

Referencia bibliográfica

Acosta, A. (2011) *Estudio en etapa de pre factibilidad del desarrollo de una línea de productos alimenticios para el segmento de nutrición infantil, Medellín, Colombia, Revista Colombiana de Enfermería*

Acosta, O. Chaparro, A (2008) *Genetically modified food crops and public health, Bogotá, Colombia, Acta Biológica Colombiana.*

Aranceta, J. Amarilla, N. (2011) *Alimentación y derecho: aspectos legales y nutricionales de la alimentación, España, Editorial Médica Panamericana.*

Aranceta, J. Gil, M. (2010). *Alimentos funcionales y salud en la etapa infantil y juvenil, España, Editorial Médica Panamericana.*

Araujo, P. (2012) *Hábitos de estudiantes de formación profesional ocupacional, España, Editorial Médica Panamericana.*

Cardona, C. (2008) *Alsec S.A. Alimentos Secos, Medellín, Colombia, Vitae.*

Carpenter, R. Lyon, D (2000) *Análisis sensorial, España, Editorial Acribia.*

Coco, C. (Ed.), (2012), *La dieta nuestra de cada día, España, Nuestro Tiempo.*

Diezma, B, (2007) *Equipamiento para laboratorios inteligentes en el sector hortofrutícola, España, Editorial Acribia.*

Entrena, F. Jiménez, J. (2013) *La producción social de los hábitos alimenticios: una aproximación desde la sociología del consumo, Venezuela, Revista de Ciencias Sociales.*

Estrada, J. (2006) *Evolución y cambio de los hábitos alimenticios en Medellín durante el siglo XX, Colombia, Vitae.*

García, G. (2014) *Los antibióticos y anabólicos en los productos alimenticios de origen bovino como problema bioético, Bogotá, Colombia, Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá) Facultad Medicina Veterinaria y Zootecnia.*

Garti, N. (2005) *Delivery and controlled release of bioactives in foods and nutraceuticals, Reino Unido, Woodhead Publishing.*

Gil, A. (2010) *Tratado de nutrición, España, Editorial Médica Panamericana.*

Guerra, M. (Ed.), (2004) *Hábitos alimenticios: un estudio en universitarios de Sevilla, España*, Revista Rol de Enfermería.

Harrinson, T. (2013) *El hambre que viene: la crisis alimentaria y sus consecuencias*, México, McGraw-Hill Educación.

Herrera, J. (Ed.), (2004), *Estudio de los residuos sólidos de la ciudad de Medellín, Colombia*, CIA.

Jagnow, G. Dawid, W. (2004) *Biotecnología: introducción con experimentos modelo*, España, Editorial Acribia.

Jiménez, C. (2001) *Los alimentos y la salud del consumidor*, Bogotá, Colombia, UNISUR.

Jiménez, C. León, D. (2009) *Biosensores: aplicaciones y perspectivas en el control y calidad de procesos y productos alimenticios*, Medellín, Colombia, Vitae.

Landimez, M. Rodríguez, L. (2001) *Estrategias de alimentación para cachama y yamú a partir de prácticas de restricción alimenticia*, Bogotá, Colombia, Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina Veterinaria y de Zootecnia.

Larranaga, I. (Ed.), (2000). *Control e higiene de los alimentos*, España, McGraw-Hill Interamericana.

Lear, R. (2008) *Envasado en atmosfera modificada (EAM), un nuevo camino para prolongar la vida útil de los productos alimenticios*, España, Editorial Médica Panamericana.

López, P. Blanca, J. (2009) *Legislación comunitaria referente a conservadores en productos alimenticios*, España, Editorial Médica Panamericana.

Marchant, F. (2011) *Estado nutricional, hábitos alimenticios y actividad física de grumetes y marinos de la Academia Politécnica Naval*, Armada de Chile, Santiago de Chile, Ciencia De La Actividad Física.

Matissek, R. Schenepel, F. (2002) *Análisis de los alimentos: fundamentos, métodos, aplicaciones*, España, Editorial Acribia.

Meléndez, M. (Ed.), (2002), *La dinámica de la productividad en el sector de alimentos*, Bogotá, Colombia, CEDE.

Meyer, M. (2005) *Control de calidad de productos agropecuarios*, México, Editorial Trillas.

Miguez, M. (Ed.), (2010). *Alimentos de desayuno: evaluación de su etiquetado*, España, Editorial Médica Panamericana.

Monje, J. Figueroa, C. (2011) *Estilos de vida de los adolescentes escolares del Departamento del Huila, Colombia, Entornos.*

Mordetas, M. (2008) *Certificación de productos agroalimentarios: la clave para competir, España, Editorial Acribia.*

Nunes, M. (2008) *Color atlas of postharvest quality of fruits and vegetables, Estados Unidos, Blackwell.*

Ostrovski, A. (2007) *Fundamentos de la tecnología de los productos alimenticios, Rusia, Editorial Mir.*

Ritchie, C. (2006) *Comida y civilización: de Como los gustos alimenticios han modificado la historia, España, Alianza Editorial.*

Roberts, P. (2009) *El hambre que viene: la crisis alimentaria y sus consecuencias, España, Ediciones B.*

Rodrigues, J. (2008) *Por una historia de la alimentación en la ciudad de Sao Paulo, Bogotá, Colombia, Revista De Estudios Sociales.*

Rodríguez, A. (2013) *Hábitos alimenticios de la anchoa Múgil incilis, Medellín, Colombia, Ecorregión Darién.*

Rodriguez, V. (Ed.), (2009). *Control de calidad de conservas vegetales que garantiza la seguridad y el cumplimiento de la normativa, España, Alianza Editorial.*

Romero, J (2011) *El sistema de análisis de peligros y puntos críticos de control, aplicado paso a paso al aseguramiento de la calidad de productos alimenticios, Bogotá, Colombia, CCI.*

Sayas, E. (Ed.), (2009). *Aspectos generales de la visión artificial aplicada a alimentos, España, Editorial Médica Panamericana.*

Schmidt, V. (2012) *Valores microbiológicos de referencia y estabilidad de los alimentos, Alemania, Cambridge University Press.*

Serrano, A. Sepúlveda, M. (2009) *Temas sobre alimentación del niño, Medellín, Colombia, Universidad de Antioquia.*

Tagle, M. (2000) *Evolución de la alimentación a través del siglo XX, Santiago de Chile, Anales de la Universidad de Chile.*

Tomczyk, John, (2003) *Contaminación bacteriana de los sistemas de refrigeración alimentaria, Canadá, CIID.*

Varela, C. (Ed.), (2012). *Comportamientos alarmantes: infantiles y juveniles*, México, Euromexico.

Vega, W. (Ed.), (2012). *Disquisiciones en torno a la exportación de productos alimenticios*, Medellín Colombia, Vitae.

Watson, D. (Ed.), (2009). *Chemical migration and food contact materials*, Estados Unidos, CRC Press.

Wibaux, M. (2004) *Una mirada desde el mostrador. Dieta, hábitos alimenticios y comercio minorista en la campaña bonaerense*, Argentina, Anuario Del Centro De Estudios Históricos.

Wittig de Penna, M. (2000) *El análisis sensorial en el desarrollo y evaluación de nuevos productos para regímenes especiales*, Santiago de Chile, Anales de la Universidad de Chile.

Yildiz, F. (2010) *Advances in food biochemistry*, Estados Unidos, CRC Press.

Young, D. (2003) *Estudios de mercadeo para productos alimenticios y procesamiento de alimentos en los países en desarrollo*, Canadá, CIID.

Zapata, M. (2001) *La Alimentación Antioqueña*, Bogotá, Colombia, Fundación Colombiana de Investigaciones Folclóricas.

Zapata, M. (2002) *Alimentación colombiana 1*, Bogotá, Colombia, Fundación Colombiana de Investigaciones Folclóricas.

Zapata, M. (2005) *Alimentación en el grupo cundino-boyacense*, Bogotá, Colombia, Fundación Colombiana de Investigaciones Folclóricas.

Zuluaga, C. (2000) *Control de calidad: imperativo tecnológico en la moderna industria de los alimentos balanceados para animales*, Bogotá, Colombia, Ciba Geigy.

Anexos

Anexo A

Tabla 1. Departamento de Salud y Temperancia Asociación Central Estilos de Vida
Saludable

- Edad: _____ sexo: _____
1. Cuantas veces por semana realiza ejercicio más de 30 min.
 - a. Ninguna
 - b. Una vez
 - c. 3- 4 veces
 - d. 5 o más veces.
 2. Cuantos vasos de agua consume al día:
 - a. Ninguno
 - b. 1-3 vasos
 - c. 4-6 vasos
 - d. Más de 6 vasos.
 3. Su consumo de frutas o verduras es:
 - a. Ninguno
 - b. Una vez por semana
 - c. 2- 3 veces por semana
 - d. Más de 3 veces por semana
 4. Cuantas horas duerme durante la noche.
 - a. Menos de 4 horas
 - b. Entre 4 – 6 horas
 - c. Entre 6 – 8 horas
 - d. Más de 8 horas
 5. Asiste a una iglesia
 - a. semanalmente
 - b. mensualmente
 - c. esporádico
 6. Vive con fumadores
 - a. Si
 - No
 7. Añade sal a sus comidas luego de estar servidas
 - a. Si
 - b. No
 8. Como califica su nivel de estrés
 - a. Ninguno
 - b. Bajo
 - c. Moderado
 - d. Alto.
 9. Dedicar tiempo para estar al aire libre
 - a. semanalmente
 - b. mensualmente
 - c. anualmente
 - d. diariamente
- Estatura _____ metros
 Peso _____ kg
 Perímetro cintura _____
 Perímetro cadera _____
 Tensión arterial _____
 Glucometría _____
 IMC _____

Anexo B. Antecedentes familiares.

	PADRES	HERMANOS	ABUELOS	USTED
Infarto/ enfermedad del corazón				
hipertensión				
Diabetes (azúcar)				
ECV (derrame)				
Cáncer				
Otras				

Anexo C. Encuesta realizada en Manizales

		MANIZALES						
1	a	25	5	a	55			
	b	15		b	DIIMC menor	-20		5
	c	22		c	5			
	d	11			IMC superior	20		55
2			7	a	15			
	a	10		b	57 IMC superior	25		25
	b	32						
	c	17	5	a	6 IMC superior	50		5
3	d	15		b	31			
				c	25 sexo F			45
	a	1		d	6 sexo M			15
	b	14						
4	c	21	9	a	31			
	d	56		b	9			
				c	1			
	a	2		d	24			
5	b	16						
	c	40						
	d	14						
5	a	9						
	b	62						

Anexo D. Encuesta realizada en Calarcá

		CALARCÁ							
1	a	22	6	a	57				
	b	15		b	2 IMC menor	-20			6
	c	18		c	0				
	d	6			IMC superior	20			25
			7	a	4				
2	a	5		b	55 IMC superior	25			21
	b	29							
	c	16	5	a	2 IMC superior	30			10
	d	15		b	14				
				c	34 sexo F				41
3	a	1		d	10 sexo M				14
	b	15							
	c	25	9	a	20				
	d	24		b	19				
				c	4				
4	a	5		d	15				
	b	28							
	c	25							
	d	7							
5	a	4							
	b	52							

Anexo E. Encuesta realizada en Maraya

		PEREIRA MARAYA							
1	a	18							
	b	11	5	a	57				
	c	20		b	0				
	d	9		c	1				
2	a	5	7	a	2				
	b	15		b	55				
	c	25							
	d	14	5	a	7				
				b	9 IMC menor	-20			11
3	a	1		c	55				
	b	7		d	5 IMC superior	20			25
	c	24							
	d	25	9	a	22 IMC superior	25			15
				b	11				
4	a	0		c	5 IMC superior	30			5
	b	13		d	10				
	c	57			solo	F			57
	d	5			solo	M			21
5	a	5							
	b	53							

Anexo F. Encuesta realizada en Dosquebradas.

		DOS QUEBRADAS							
1	a	27							
	b	8	8	a	58 IMC menor	-20		0	
	c	10		b	0				
	d	5		c	1 IMC superior	20		24	
2	a	6	7	a	4 IMC superior	25		18	
	b	21		b	45				
	c	13			IMC superior	30		4	
	d	9	8	a	6				
				b	19 sexo F			35	
3	a	2		c	18 sexo M			18	
	b	13		d	7				
	c	18							
	d	14	9	a	18				
				b	12				
4	a	5		c	8				
	b	10		d	11				
	c	30							
	d	8							
5	a	1							
	b	38							

Anexo G. Encuesta realizada en Quinchía.

		QUINCHIA							
1	a	22							
	b	16	6	a	52 IMC menor	-20			8
	c	11		b	1				
	d	10		c	6 IMC superior	20			28
2	a	12	7	a	11 IMC superior	25			16
	b	24		b	56				
	c	15			IMC superior	30			5
	d	9	5	a	10				
				b	14 sexo F				28
3	a	11		c	27 sexo M				31
	b	17		d	8				
	c	15							
	d	18	9	a	25				
				b	1				
4	a	5		c	16				
	b	12		d	17				
	c	29							
	d	15							
5	a	4							
	b	55							

Anexo H. Encuesta realizada en Andalucía.

		ANDALUCÍA							
1	a	22							
	b	3	6	a	33 IMC menor	-20		3	
	c	7		b	0				
	d	6		c	0 IMC superior	20		3	
2	a	0	7	a	3 IMC superior	25		3	
	b	22		b	33				
	c	14			IMC superior	30		1	
	d	6	6	a	2				
3	a	3		b	14 sobre P			24	
	b	11		c	10 sobre M			14	
	c	15		d	4				
	d	12	9	a	15				
4	a	1		b	4				
	b	13		c	7				
	c	17		d	14				
	d	7							
5	a	3							
	b	33							

Anexo I. Encuesta realizada en Cartago.

		CARTAGO							
1	a	29	5	a	30				
	b	10		b	2 IMC menor	-20			12
	c	5		c	1				
	d	7			IMC superior	20			17
			7	a	5				
2	a	2		b	45 IMC superior	25			24
	b	25							
	c	19	5	a	17 IMC superior	30			5
	d	5		b	9				
				c	25 sexo F				31
3	a	5		d	5 sexo M				22
	b	15							
	c	24	9	a	27				
	d	12		b	2				
				c	9				
4	a	0		d	15				
	b	5							
	c	36							
	d	5							
5	a	10							
	b	45							

Anexo J. Encuesta realizada en Chinchiná.

		CHINCHINA						
1	a	27						
	b	8	8	a	42 IMC menor	-20		8
	c	3		b	1			
	d	8		c	8 IMC superior	20		16
2	a	4	7	a	8 IMC superior	25		18
	b	20		b	42			
	c	13			IMC superior	30		8
	d	10	8	a	3			
				b	12 sexo F			28
3	a	3		c	22 sexo M			21
	b	13		d	11			
	c	24						
	d	8	9	a	11			
				b	9			
4	a	1		c	8			
	b	10		d	20			
	c	26						
	d	11						
5	a	4						
	b	43						

Anexo K. Encuesta realizada en Buga.

		SUSA						
1	a	12						
	b	9	6	a	31 IMC menor	-20		0
	c	6		b	0			
	d	8		c	3 IMC superior	20		1
2	a	7	7	a	3 IMC superior	25		3
	b	13		b	31			
	c	9			IMC superior	30		0
	d	5	5	a	4			
				b	7 sexo F			12
3	a	3		c	13 sexo M			12
	b	6		d	9			
	c	9						
	d	16	9	a	10			
				b	0			
4	a	2		c	4			
	b	10		d	20			
	c	13						
	d	9						
5	a	2						
	b	32						

Anexo L. Encuesta realizada en Cuba.

		PEREIRA CUBA							
1	a	41	6	a	73				
	b	17		b	0 IMC menor	-20			8
	c	7		c	0				
	d	6			IMC superior	20			34
			7	a	13				
2	a	6		b	60 IMC superior	25			16
	b	28							
	c	19	8	a	10 IMC superior	30			8
	d	19		b	18				
				c	27 solo	F			62
3	a	7		d	16 solo	M			11
	b	21							
	c	15	9	a	25				
	d	25		b	18				
				c	11				
4	a	8		d	18				
	b	15							
	c	38							
	d	14							
5	a	16							
	b	45							

Anexo M. Antecedentes I.H

	MANIZA LES	CALAR CÁ	PEREIRA MARAYA	DOSQUEBRAD AS
INFARTO PADRES	16	11	12	8
INFARTO				
ABUELOS	7	6	5	1
INFARTO				
HERMANOS	4	1	1	4
INFARTO USTED	3	3	0	1
HIPERTENSIÓN				
PADRES	25	14	14	11
HIPERTENSIÓN				
ABUELOS	5	5	4	5
HIPERTENSIÓN				
HERMANOS	8	5	3	8
HIPERTENSIÓN				
USTED	7	7	1	3

Anexo N. Antecedentes I.H

	QUINC HÍA	ANDALU CÍA	CARTA GO
INFARTO			
PADRES	10	13	8
INFARTO			
ABUELOS	4	4	5
INFARTO			
HERMANOS	3	3	1
INFARTO USTED	0	2	1
HIPERTENSIÓN			
PADRES	3	12	7
HIPERTENSIÓN			
ABUELOS	0	2	4
HIPERTENSIÓN			
HERMANOS	3	1	2
HIPERTENSIÓN			
USTED	0	0	2

Anexo O. Antecedentes I. H	CHINCHIN Á	BUGA	PEREI RA CUBA
INFARTO	14	5	23

PADRES

INFARTO

ABUELOS	10	5	8
---------	----	---	---

INFARTO

HERMANOS	2	3	10
----------	---	---	----

INFARTO USTED

2	2
---	---

HIPERTENSIÓN

PADRES	13	8	17
--------	----	---	----

HIPERTENSIÓN

ABUELOS	7	1	9
---------	---	---	---

HIPERTENSIÓN

HERMANOS	1	2	9
----------	---	---	---

HIPERTENSIÓN

USTED	2	5	10
-------	---	---	----

Anexo P

Antecedentes

Dm, ECV.

	MANIZA LES	CALAR CÁ	PEREIRA MARAYA	DOSQUEBRAD AS
DIABETES PADRES	6	11	8	6
DIABETES				
ABUELOS	4	6	4	4
DIABETES	1	4	8	1

HERMANOS

DIABETES USTED	2	2	2	0
----------------	---	---	---	---

EVC DERRAME

PADRES	10	7	4	2
--------	----	---	---	---

EVC DERRAME

ABUELOS	6	3	2	1
---------	---	---	---	---

EVC DERRAME

HERMANOS	4	3	0	2
----------	---	---	---	---

EVC DERRAME

USTED	2	0	0	0
-------	---	---	---	---

<i>Anexo Q</i>	QUINC	ANDALU	CARTA
<i>antecedentes Dm, ECV</i>	HÍA	CÍA	GO
DIABETES			
PADRES	5	6	0
DIABETES			
ABUELOS	4	1	2
DIABETES			
HERMANOS	6	2	1
DIABETES USTED	1	1	2
EVC DERRAME	2	2	3

PADRES

EVC DERRAME

ABUELOS	1	2	2
---------	---	---	---

EVC DERRAME

HERMANOS	0	1	1
----------	---	---	---

EVC DERRAME

USTED	0	0	0
-------	---	---	---

Anexo R Antecedentes Dm, ECV

	CHINCHI NÁ	BUGA	PEREI RA CUBA
DIABETES			
PADRES	7	1	9
DIABETES			
ABUELOS	5	3	7
DIABETES			
HERMANOS	1	1	7
DIABETES USTED	2	3	5
EVC DERRAME			
PADRES	2	0	7

EVC DERRAME			
ABUELOS	1	1	1
EVC DERRAME			
HERMANOS	0	0	0
EVC DERRAME			
USTED	0	0	0

Anexo S Antecedentes Ca, Otros

	MANIZA LES	CALAR CÁ	PEREIRA MARAYA	DOSQUEBRAD AS
CÁNCER PADRES	11	11	10	6
CÁNCER ABUELOS	7	6	5	1
CÁNCER				
HERMANOS	7	3	4	2
CÁNCER USTED	1	2	1	0
OTRAS PADRES				
	3	1	4	2
OTRAS ABUELOS				
	2	2	0	0
OTRAS HERMANOS				
	0	3	1	2
OTRAS USTED				
	5	4	3	1

Anexo T QUINC ANDALU CARTA

<i>Antecedentes Ca,</i>	HÍA	CÍA	GO
<i>Otros</i>			
CÁNCER			
PADRES	3	1	7
CÁNCER			
ABUELOS	4	2	4
CÁNCER			
HERMANOS	1	2	3
CÁNCER			
USTED	1	0	1
OTRAS			
PADRES	0	2	0
OTRAS			
ABUELOS	0	1	0
OTRAS			
HERMANOS	1	0	0
OTRAS			
USTED	2	1	2

Anexo V Antecedentes Ca, Otros

CHINCHI BUGA PEREI

	NÁ	RA	
		CUBA	
CÁNCER			
PADRES	6	4	11
CÁNCER			
ABUELOS	6	2	7
CÁNCER			
HERMANOS	2	3	6
CÁNCER			
USTED	1	1	0
OTRAS			
PADRES	3	1	5
OTRAS			
ABUELOS	3	0	0
OTRAS			
HERMANOS	0	0	0
OTRAS USTED	1	3	10