

Artículo original

Estilo de vida y salud en pacientes adventistas de Tarapoto, Perú

Lifestyle and health in Adventist patients in Tarapoto, Peru

^a Jessy Gonzales Pérez ✉

^b Guido Angelo Huapaya Flores

^a Universidad Peruana Unión, Lima, Perú. Correo: jessy.gonzales@upeu.edu.pe
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2081-7056>

^b Universidad Peruana Unión, Lima, Perú Correo: angelo.huapaya@upeu.edu.pe
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1237-2886>

Editor responsable:
David Max Olivares Alvares.
Universidad Privada del Este.
Ciudad del Este, Paraguay

Resumen

Introducción: El estilo de vida se refiere al conjunto de hábitos, comportamientos y rutinas diarias que caracterizan la vida de una persona. **Objetivo:** Determinar la relación del estilo de vida y estado de salud en un consultorio médico de Tarapoto, Perú. **Materiales y métodos:** Se realizó un diseño descriptivo, no experimental, transversal con un enfoque mixto entre septiembre y noviembre de 2024, y se seleccionó la muestra a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados:** Durante la investigación se reveló que la población adventista de Tarapoto presenta predominantemente estilos de vida en riesgo y un estado de salud limítrofe, donde el paciente no está severamente afectado, pero tampoco goza de una salud plena, con solo 4.5% en nivel saludable. Se identifica una brecha teoría-práctica en la aplicación de los principios adventistas, destacando la resiliencia psicosocial como fortaleza frente a limitaciones asociadas sobre todo al componente físicas. **Conclusiones:** Se confirmó una relación positiva y estadísticamente significativa entre estilo de vida y estado de salud.

Palabras clave: Estilo de vida; Estado de salud; Función física; Salud general; Salud mental.

Abstract

Introduction: Lifestyle refers to the set of habits, behaviors, and daily routines that characterize a person's life. **Objective:** To determine the relationship between lifestyle and health status in a medical office in Tarapoto, Peru. **Materials and methods:** A descriptive, non-experimental, cross-sectional design with a mixed approach was conducted between September and November 2024, and the sample was selected through non-probability convenience sampling. **Results:** The research revealed that the Adventist population of Tarapoto predominantly presents at-risk lifestyles and a borderline health status, where the patient is not severely affected but also does not enjoy full health, with only 4.5% at a healthy level. A theoretical-practical gap was identified in the application of Adventist principles, highlighting psychosocial resilience as a strength in the face of limitations associated primarily with the physical component. **Conclusions:** A positive and statistically significant relationship between lifestyle and health status was confirmed.

Keywords: Lifestyle; Health status; Physical function; General health; Mental health.

Historia del artículo: Artículo recibido 28 de agosto 2025 | Aceptado 20 de diciembre 2025 | Publicado 10 de abril 2026

Cómo citar:

Cuevas NC, Brítez Venialgo DR, Giménez González AI. Percepción del cuidado integral en familiares de pacientes oncológicos del Hospital Regional Ciudad del Este. Rev Par Sal. 2026;3(6):1-8. <https://doi.org/10.33996/rps.v3i6.01>



Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal amenaza para la salud global la constituyen las Enfermedades No Transmisibles, entre las que se incluyen las patologías cardiovasculares, la diabetes mellitus, los distintos tipos de cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y los trastornos de salud mental. Estas entidades clínicas son responsables de una proporción sustancialmente elevada de la mortalidad global, cuya etiología se encuentra íntimamente asociada a factores de riesgo modificables, tales como una alimentación inadecuada, el sedentarismo, el exceso de peso corporal y el consumo de tabaco y alcohol (1).

El estilo de vida comprende un conjunto de hábitos, conductas y rutinas cotidianas que definen la existencia de un individuo. Este constructo multidimensional abarca elementos fundamentales como la alimentación, la actividad física, la higiene del sueño, la gestión del tiempo y la participación en actividades recreativas y sociales. Colectivamente, estos aspectos constituyen una expresión tangible de la forma de vida individual, al encontrarse profundamente arraigados en la esfera conductual y motivacional del ser humano. En esencia, el estilo de vida alude a la manifestación práctica y personal de cómo el individuo se configura y realiza a sí mismo como un ente social dentro de un contexto específico y particular (2).

Un patrón de vida saludable, caracterizado por una alimentación equilibrada, actividad física regular y una adecuada gestión del estrés, se asocia con la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, la optimización de la calidad del sueño y el incremento de la satisfacción general. Por el contrario, un estilo de vida disfuncional, que incluye dietas hipercalóricas ricas en grasas y azúcares, comportamientos sedentarios y privación crónica de sueño, constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de patologías y ejerce un impacto negativo sustancial sobre la calidad de vida de los individuos (3).

Desde una perspectiva de salud pública, los estilos de vida se clasifican en saludables o no saludables. Un estilo de vida se considera saludable cuando fomenta la adopción y el mantenimiento de conductas que promueven de forma integral la calidad de vida. Por el contrario, se categoriza como no saludable cuando comprende conductas, ya sean activas o pasivas, que representan una amenaza para el bienestar físico y psicológico, lo que genera consecuencias adversas para la salud integral del individuo (4).

No obstante, la adherencia a un estilo de vida saludable, pese a ser un objetivo deseable, no siempre constituye una prioridad factible. Esto es particularmente evidente en poblaciones asociadas a bajo nivel socioeconómico, donde la adopción de dichos patrones se ve limitada por barreras estructurales como el alto costo asociado a los productos saludables, la escasa disponibilidad de opciones accesibles y las significativas restricciones de tiempo. En este contexto, el apoyo familiar para la modificación de conductas emerge como un factor facilitador clave para la adopción y sostenimiento de estilos de vida saludables (5).

La evidencia epidemiológica indica que la población adventista presenta una mayor longevidad, con un promedio de vida que puede superar en una década al de la población general, junto con una menor incidencia de enfermedades crónicas degenerativas, particularmente las de origen cardiovascular y oncológico. Este fenómeno se atribuye a la adopción histórica de un estilo de vida coherente y sistematizado, fundamentado en sus principios religiosos, mucho antes de que sus beneficios fueran validados por la investigación científica contemporánea. Sin embargo, la paradoja contemporánea subyace en que, a pesar de contar con este conocimiento, avalado por la revelación bíblica, un segmento significativo de adventistas no adopta integralmente estas prácticas (6).

Por otra parte, el estado de salud constituye un concepto dinámico y multifacético que representa el nivel de bienestar físico, mental y social de un individuo o comunidad en un momento específico, al trascender la mera ausencia de enfermedad o dolencia (7). Además, este estado no es una condición estática, sino que está sujeto a variaciones a lo largo del tiempo, lo que puede presentar modificaciones

sustanciales incluso en períodos breves (8). Complementariamente, la literatura especializada precisa que la salud se define como un estado del individuo caracterizado por la integridad estructural y el funcionamiento óptimo de sus sistemas biológicos y cognitivos. Esta conceptualización se distingue del término bienestar, el cual se refiere predominantemente a una condición subjetiva de la existencia, percibida y experimentada por las personas (9).

Asimismo, la inferencia del estado de salud a partir de los registros clínicos de morbilidad atendida ofrece una aproximación a la percepción subjetiva de salud, y viceversa. Sin embargo, esta relación está modulada por determinantes sociodemográficos específicos. Adicionalmente, se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de salud y la carga de enfermedad, al observarse que variables como el sexo, la situación laboral, la clase social y, de manera particular, la edad, mostraron una correlación significativa con la salud autopercebida (10).

El estudio de la relación entre los estilos de vida y el estado de salud en la realidad peruana adquiere una relevancia crítica para el diseño de políticas públicas efectivas y la promoción de la salud poblacional. Esta pertinencia se sustenta en la marcada diversidad geográfica, cultural y socioeconómica que caracteriza al país, donde los patrones de salud-enfermedad configuran panoramas heterogéneos que demandan estrategias diferenciadas y específicas, en lugar de intervenciones uniformes y estandarizadas (11). Al tener en cuenta lo expuesto, es necesario cuestionarse: ¿Cómo se relaciona el estilo de vida y estado de salud en los pacientes adventistas pertenecientes a los consultorios médicos de Tarapoto en Perú?

Por lo tanto, la presente investigación tiene como objetivo: Determinar la relación entre estilo de vida y estado de salud en los pacientes adventistas pertenecientes a los consultorios médicos de Tarapoto en Perú

Metodología

Tipo de estudio

El presente estudio de investigación tiene un diseño descriptivo, no experimental, correlacional y de corte transversal, con un enfoque cuantitativo desarrollada en Perú, de septiembre a noviembre de 2024.

Participantes

La población objetivo estuvo constituida por adventista del séptimo día pacientes que acuden con regularidad a los consultorios médicos de Tarapoto, Perú. Se calculó un tamaño muestral de 246 participantes a través de muestreo no probabilístico por conveniencia

Criterios de inclusión: feligreses que acuden regularmente al consultorio de Tarapoto en Perú, edad igual o mayor a 60 años, capacidad cognitiva preservada para comprender y responder la encuesta, aceptación voluntaria de participar en el estudio mediante consentimiento informado verbal.

Criterios de exclusión: personas con limitaciones cognitivas o de comunicación que impidan la comprensión del instrumento, negativa a participar en el estudio o a proporcionar consentimiento informado, que hayan salido del área de la investigación o fallecimiento.

Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó de septiembre a noviembre de 2024, durante los días de funcionamiento regular del servicio médicos de la institución. Los investigadores, previamente capacitados en técnicas de entrevista y aspectos éticos de la investigación, realizaron visitas programadas al servicio durante diferentes horarios para garantizar la inclusión de los pacientes que acuden en distintos momentos del día.

Además, se les insistió en que tenían que ser sinceros y honestos con ellos mismos a la hora de realizar los cuestionarios, para que los resultados fueran veraces. También se hizo hincapié en que sus respuestas no eran ni buenas ni malas, simplemente estaban basadas en sus vivencias y que por eso se tenían que hacer de manera individual y anónima para de este modo no sentirse juzgados. Asimismo, se les explicó que la idea era analizar los datos para sacar conclusiones, y poder crear, si fuera necesario, programas que mejorasen su bienestar y el de otros pacientes.

Materiales e Instrumentos

Para el presente estudio se utilizaron dos instrumentos que permitirán medir las variables a tratar para luego cruzar la información. El primero un cuestionario elaborado por Angelo Huapaya (2016) bajo el concepto teórico de los 8 principios de salud promocionado por la Iglesia Adventista del Séptimo Día, al cual se le incluyeron dos factores más, la salud mental y la influencia de medios (música, tv y redes sociales). Fue validado por expertos para la población peruana, con una confiabilidad asegurada a través de un Alfa de Cronbach de 0.80 y una duración promedio de alrededor de 30 minutos.

El mismo está estructurado en 66 enunciados divididos en 8 dimensiones: a) ingesta de agua, b) actividad física, c) exposición solar, d) aire puro, e) alimentación, f) temperancia, g) salud mental y h) esperanza de vida. Los ítems están valorados en un formato respuestas tipo Likert en: nunca (1), algunas veces (2), regularmente (3), frecuentemente (4) y siempre (5). Luego de la sumatoria de los puntos se procedió a la clasificación de acuerdo al nivel en: crítico (66-130), deficiente (131-180), en riesgo (181-230), aceptable (231-280) y saludable (281-330).

En segundo lugar, se empleó el Short Form – 36 Health Survey (SF-36) para comparar el estado de salud de estos pacientes, está compuesto por 36 enunciados cerrados organizados en dos componentes: físico y mental y estos a su vez en 8 dimensiones específicas las cuatro primeras pertenecen al primer componente y el resto al segundo, las mismas son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM).

Cada enunciado se codifica en una puntuación numérica, donde cada escala usa un rango específico, ya que algunos ítems se recodifican inversamente, la suma de las puntuaciones codificadas da una puntuación cruda para cada una de las 8 escalas, esta puntuación cruda se transforma a una escala de 0 a 100 al usar una fórmula estandarizada, luego se clasifica en: deficiente (≤ 59), en riesgo (60 y 69) y óptimo (≥ 70).

El instrumento fue sometido a un proceso validación mediante la revisión por expertos, que incluyó la evaluación por parte de cinco profesionales especializados en el área, que evaluaron la relevancia, claridad, coherencia y adecuada comprensión de cada ítem, así como la adecuación cultural del instrumento para el contexto peruano. El coeficiente de consistencia interna evaluado mediante el alfa de Cronbach fue de 0.82, lo que indica una fiabilidad aceptable del instrumento. El mismo tuvo una duración de alrededor de 20 minutos.

Análisis de los datos y pruebas estadísticas

Una vez obtenida la información, la organización de datos se realizó a través de una matriz de tabulación, que permitió realizar un mejor análisis de la información obtenida, para lo cual se empleó el paquete estadístico, IBM – SPSS versión 25, para Windows. El análisis de los datos incluyó la estadística descriptiva, al calcular frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para variables numéricas. También se empleó el Coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la correlación existente entre las variables en estudio y ratificar la significancia del estilo de vida, el estado de salud y viceversa

Aspectos éticos

El estudio se rigió por los principios éticos de la Declaración de Helsinki e Informe Belmont. Se garantizó autonomía mediante consentimiento informado verbal, beneficencia a través de la

generación de conocimiento aplicable, y no maleficencia mediante la minimización de riesgos emocionales con apoyo psicológico disponible. Se aseguró justicia en la selección de participantes y se mantuvo la confidencialidad mediante la codificación anónima de datos, accesibles exclusivamente al equipo investigador.

Resultados

La evaluación del estilo de vida como se muestra en la Tabla 1 reveló que la mayoría de los pacientes adventistas tienen nivel de estilo de vida de riesgo, seguido por un 29.7% con un nivel aceptable. Además, preocupa que solo el 4.5% alcanza un nivel saludable, mientras que el 26.0% presenta estilos de vida deficiente o crítico.

Estos hallazgos indican que, a pesar de pertenecer a una denominación religiosa que promueve activamente los 8 principios de salud, existe una brecha significativa entre las enseñanzas doctrinales y su aplicación práctica en la vida diaria. La distribución observada, donde casi dos tercios de la población se sitúa en los niveles de riesgo o inferiores, evidencia la presencia de factores contextuales y socioculturales que limitan la adopción plena de los principios de salud adventistas.

El bajo porcentaje en el nivel saludable es particularmente revelador, considerando que el instrumento evalúa dimensiones centrales del mensaje de salud adventista como la alimentación, la temperancia y los factores ambientales. Esto podría explicarse por la influencia de los factores adicionales incluidos en el cuestionario salud mental e influencia de medios que representan desafíos contemporáneos incluso para poblaciones con orientaciones saludables establecidas.

Estos resultados destacan la necesidad de intervenciones específicas que fortalezcan la implementación práctica de los principios de salud en el contexto particular de Tarapoto, con especial atención a los factores emergentes como el manejo de la salud mental y la influencia de los medios digitales.

Tabla 1. Nivel de estilo de vida de los pacientes adventista del séptimo día pertenecientes a los consultorios de Tarapoto, Perú

Estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Crítico	15	6,1
Deficiente	49	19,9
En riesgo	98	39,8
Aceptable	73	29,7
Saludable	11	4,5
Total	246	100,0

Respecto al estado de salud, la tabla 2 refleja que la población adventista estudiada tuvo en su mayoría un estado de salud en riesgo, caracterizado por una distribución heterogénea según las dimensiones evaluadas, determinado a través de la identificación del 44.7% de los pacientes con un estado de salud limítrofe donde el paciente no está severamente afectado, pero tampoco goza de una salud plena,

mientras que un 43.5% presenta un estado positivo, con mínimas o ninguna limitación y funcionamiento satisfactorio y el 11.8% muestra niveles negativos, con limitación severa o una percepción muy negativa de la salud.

Al analizar las dimensiones específicas, se observa que la función social constituye el dominio mejor conservado, con el 56.7% de pacientes en nivel óptimo, seguido por la dimensión de dolor corporal con 52.9% en categoría óptima. Estos hallazgos reflejan una adecuada integración social y capacidad para desarrollar actividades interpersonales, así como un control satisfactorio del dolor en más de la mitad de la muestra.

En contraste, la salud general emerge como la dimensión más afectada, al presentar el mayor porcentaje de pacientes en nivel deficiente con un 20.0% y el menor porcentaje en nivel óptimo representado con un 26.7%. Las dimensiones de rol físico y función física muestran patrones similares, con aproximadamente la mitad de los pacientes en riesgo que corresponden al 48.4% y 52.0%, respectivamente, lo que refleja limitaciones moderadas en las actividades físicas cotidianas.

Cabe destacar que las dimensiones de salud mental y vitalidad presentan distribuciones equilibradas, con predominio de estados óptimos y de riesgo, lo que revela una adaptación psicológica adecuada y niveles de energía conservados en la mayoría de la población estudiada. Este perfil multidimensional evidencia la necesidad de intervenciones diferenciadas, con especial énfasis en el mejoramiento de la percepción de salud general y el fortalecimiento de la capacidad física, mientras se mantienen los dominios psicosociales que aparecen como áreas de fortaleza en esta población adventista.

Tabla 2. Nivel de estado de salud acorde a las ocho escalas del cuestionario SF-36 aplicado de los pacientes adventista del séptimo día pertenecientes a los consultorios de Tarapoto, Perú.

Dimensión	Estado de salud					
	Deficiente		En riesgo		Óptimo	
	No	%	No	%	No	%
FF	3	12.0	13	52.0	9	36
RF	4	12.9	15	48.4	12	38.7
DC	3	8.8	13	38.2	18	52.9
SG	6	20,0	16	53.3	8	26.7
VT	4	12.9	13	41.9	14	45.2
FS	2	6.7	11	36.7	17	56.7
RE	5	14.3	14	40.0	16	45.7
SM	2	6.7	15	50.0	13	43.3
Total	29	11.8	110	44.7	107	43.5

En la Tabla 3 se realizó el análisis cuantitativo de las puntuaciones del SF-36, lo cual recalco un perfil de salud en riesgo, con una media global de 63.87 ± 33.50 puntos. Se observa una marcada variabilidad en el rendimiento entre las diferentes dimensiones, al identificarse tanto fortalezas como áreas críticas que requieren atención prioritaria.

La dimensión de función social obtuvo la puntuación más elevada, lo que indica una capacidad preservada para las actividades sociales e interpersonales, lo que podría estar relacionado con la

cohesión comunitaria característica de esta población religiosa. Le sigue en rendimiento la salud mental, lo cual expone un adecuado bienestar psicológico y control emocional.

Sin embargo, la salud general presenta la puntuación más baja del perfil, acompañada de la mayor variabilidad interindividual.

Los componentes físicos como función física, rol físico y dolor corporal se ubican en rangos moderados, aunque la elevada desviación estándar en rol físico indica una extrema heterogeneidad en el impacto de los problemas de salud sobre las actividades cotidianas. Además, las dimensiones de rol emocional y rol físico presentan las mayores dispersiones, lo que evidencia que mientras algunos pacientes mantienen una funcionalidad completa, otros experimentan limitaciones severas que afectan significativamente su desempeño diario.

El patrón general muestra que las dimensiones psicosociales superan a las físicas y a la percepción de salud general, lo que sugiere un fenómeno de resiliencia psicosocial donde los factores comunitarios y de fe podrían estar mediando positivamente en la adaptación a las limitaciones físicas. Esta característica representa una oportunidad para el diseño de intervenciones que capitalicen estas fortalezas en el abordaje de las áreas deficitarias.

Tabla 3. Media y desviación estándar de las puntuaciones ocho escalas del cuestionario SF-36 aplicado a pacientes adventista del séptimo día pertenecientes a los consultorios de Tarapoto, Perú.

Dimensión	Media	DE
1. FF	64.60	29.16
2. RF	61.18	43.26
3. DC	62.29	30.47
4. SG	52.28	45.21
5. VT	64.61	24.27
6. FS	72.75	26.79
7. RE	64.52	44.62
8. SM	68.76	24.19
Total	63.87	33.50

Respecto al análisis de correlación de Spearman se reveló una correlación positiva estadísticamente significativa entre el estilo de vida y el estado de salud en la población adventista estudiada. Esta correlación de magnitud moderada, explica aproximadamente el 20.4% de la varianza compartida entre ambas variables, como se observa en la Tabla 4.

La significancia estadística encontrada indicó que la probabilidad de que esta correlación sea producto del azar es menor a 0.1%, lo que proporciona evidencia sólida de la relación entre las prácticas de estilo de vida y los resultados de salud en esta población específica. El coeficiente positivo, demuestra que a mejores estilos de vida se asocian mejores estados de salud, y viceversa, al establecer una relación direccional consistente con el marco teórico adventista sobre la conexión entre hábitos saludables y bienestar integral.

La magnitud moderada de la correlación refleja que, si bien el estilo de vida es un factor importante en la determinación del estado de salud, existen otros factores no medidos que también contribuyen significativamente a los resultados de salud observados. Entre estos podrían incluirse factores

genéticos, ambientales, psicosociales y acceso a servicios de salud, que en conjunto explicarían el 79.6% restante de la varianza no compartida. Estos hallazgos respaldan la influencia del estilo de vida en la salud, al mismo tiempo que destacan la complejidad multifactorial de los determinantes de salud en poblaciones religiosas.

Tabla 4. Correlación del estilo de vida y estado de los pacientes adventista del séptimo día pertenecientes a los consultorios de Tarapoto, Perú.

		Estilo de vida	Estado de salud
Rho de Spearman	Estilo de vida	Coeficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	0.452**
		N	-
	Estado de salud	Coeficiente de correlación	0.452**
		Sig. (bilateral)	1.000
		N	0.000
			.-
		N	246
			246

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Por último, el análisis integral de los datos revela un escenario complejo que requiere intervenciones diferenciadas. Entre los principales hallazgos destaca la sólida cohesión social y funcionamiento comunitario, que constituye un capital social invaluable para implementar programas de salud. Complementariamente, se identifica una adecuada salud mental y niveles conservados de vitalidad, que reflejan una resiliencia psicológica que puede ser aprovechada en intervenciones futuras. El marco doctrinal adventista, con su énfasis en los 8 principios de salud, proporciona una base conceptual ideal para programas de promoción de salud.

Sin embargo, existen brechas críticas entre la teoría y la práctica en la implementación de los principios de salud, evidenciado por el hecho de que solo el 4.5% alcanzara un nivel de estilo de vida saludable. La percepción negativa de la salud general emerge como el área más afectada, acompañada de limitaciones en la función física y rol físico.

Además, se destaca la posibilidad de capitalizar la cohesión social existente para desarrollar programas comunitarios de salud. La integración de tecnología y medios digitales representa una vía para modernizar la educación en salud, mientras que el fenómeno de resiliencia psicosocial detectado mostró la viabilidad de intervenciones que aprovechen los factores comunitarios y de fe.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio revelan una realidad epidemiológica compleja en la población adventista de Tarapoto, que presenta discrepancias significativas con lo reportado en la literatura

internacional. Algunas investigaciones como la de Orlich et al. (12) documentan que los adventistas que adhieren estrictamente a sus principios de salud presentan una esperanza de vida 7.3 años mayor que la población general, lo cual va en sentido opuesto a los resultados obtenidos donde se identificó que únicamente el 4.5% de la muestra estudiada alcanza un nivel de estilo de vida clasificable como saludable.

La distribución observada en la muestra de 39.8% en riesgo y 29.7% en nivel aceptable son similares a lo expuesto por Saintila et al. (13), en poblaciones adventistas de países en desarrollo, donde la transición nutricional y la urbanización acelerada comprometen la adherencia a los principios dietéticos tradicionales. Esta tendencia encuentra respaldo adicional en el estudio de Singh et al. (14), realizado en comunidades adventistas latinoamericanas donde se evidenciaron una doble carga de la modernización que incluyó la coexistencia de prácticas tradicionales beneficiosas con la adopción progresiva de hábitos urbanos contemporáneos de menor calidad nutricional.

La evaluación del perfil de salud mediante el instrumento SF-36 reveló un fenómeno de disociación psico-física que requiere particular consideración. Las elevadas puntuaciones en las dimensiones de función social y salud mental son consistentes con los hallazgos de Revens et al (15), quienes atribuyen este patrón al efecto protector que ejerce la cohesión y el apoyo social inherente a comunidades religiosas cohesionadas. No obstante, la relativamente baja puntuación en la dimensión de salud general podría explicarse por lo mostrado por Büssing et al. (16) respecto al síndrome de expectativa incumplida, un fenómeno donde los miembros de comunidades religiosas con estándares de salud elevados experimentan una discrepancia psicológica significativa cuando no logran alcanzar dichos ideales, lo que afecta negativamente su percepción de bienestar físico general.

La marcada heterogeneidad observada en las dimensiones de salud física encuentra un similitud con los hallazgos de Potente et al (17) sobre desigualdades en salud en comunidades religiosas, donde los determinantes socioeconómicos intragrupalmente generan disparidades significativas en los resultados de salud. Paralelamente, la condición limítrofe identificada en el 44.7% de la muestra constituye una ventana de oportunidad crítica para la implementación de intervenciones basadas en el modelo de cambio conductual de Prochaska y DiClemente. La eficacia de este enfoque para modificar estilos de vida ha sido validada en poblaciones adventistas por Derosé et al. (18).

La identificación de la influencia de los medios digitales como un factor emergente de riesgo es consistente con los hallazgos de Ta Park et al. (19), quienes revelaron que el impacto negativo del uso prolongado de redes sociales en la adherencia a estilos de vida saludables. Este determinante, no considerado en la literatura previa centrada en poblaciones adventistas, representa un desafío sanitario contemporáneo de creciente relevancia, cuya integración en el diseño de futuras intervenciones de promoción de la salud resulta imperativa.

La efectividad potencial de las intervenciones basadas en pares encuentra sustento teórico y práctico en el estudio de McBride et al. (20), sobre promoción de la salud en iglesias adventistas, donde se demostró que las redes sociales preexistentes y el capital social de estas comunidades facilitan significativamente la adopción y el mantenimiento de cambios conductuales positivos.

No obstante, como advierte Fraser et al. (21), resulta crucial que el diseño e implementación de dichas intervenciones considere meticulosamente las disparidades socioeconómicas, educativas y de acceso a la salud intragrupalmente. Esta aproximación sensible es fundamental para evitar el efecto paradójico de ampliar las brechas de desigualdad en salud preexistentes, lo que asegura que los beneficios sean equitativos para todos los segmentos de la población adventista.

La integración de tecnologías digitales en intervenciones de salud muestra resultados prometedores según Pérez et al. (22), particularmente para segmentos poblacionales jóvenes. Sin embargo, su implementación óptima requiere complementarse con componentes presenciales que preserven la cohesión comunitaria, identificada en este estudio como un activo fundamental para la sostenibilidad de los cambios de comportamiento.

El diseño metodológico de corte transversal y no experimental adoptado en este estudio constituye una limitación que impide establecer inferencias causales entre las variables analizadas (23). Asimismo, la utilización de un muestreo no probabilístico por conveniencia, si bien facilitó el acceso a la población adventista bajo estudio, introduce potenciales sesgos de selección, tal como advierte (24). Adicionalmente, es pertinente considerar que en estudios con poblaciones religiosas se ha documentado una tendencia a la sobrerreportación de conductas socialmente aprobadas por la comunidad de fe y a la subestimación de aquellas consideradas inapropiadas según sus normas doctrinales (25).

Estas limitaciones revelan la conveniencia de futuros estudios longitudinales que permitan establecer direccionalidad en las relaciones identificadas. La inclusión de medidas objetivas de salud y la ampliación de la muestra para incluir grupos comparativos fortalecerían significativamente la validez de los hallazgos. Asimismo, la incorporación de métodos cualitativos permitiría comprender mejor las barreras y facilitadores contextuales para la implementación de estilos de vida saludables en esta población específica.

Conclusiones

El estudio evidencia que la población adventista de Tarapoto presenta un estilo de vida predominantemente en riesgo, con solo un 4.5% que alcanzó niveles saludables. Esta distribución refleja una brecha significativa entre las enseñanzas doctrinales adventistas y su aplicación práctica, lo que indica que los factores contextuales y socioculturales locales ejercen una influencia determinante en la adopción de estilos de vida saludables. La presencia del 26.0% en niveles deficientes o críticos indica la necesidad urgente de intervenciones focalizadas en los subgrupos más vulnerables.

El perfil de salud identificado muestra un estado general en riesgo que constituye el 44.7% de la muestra, caracterizado por un patrón de disociación psico-física donde las dimensiones psicosociales se mantienen como fortalezas, mientras las dimensiones físicas y la percepción de salud general presentan afectaciones significativas. Esta configuración refleja la existencia de un fenómeno de resiliencia psicosocial mediado por factores comunitarios y de fe, que actúa como amortiguador ante las limitaciones físicas.

Se confirma una relación positiva y estadísticamente significativa entre estilo de vida y estado de salud, respaldado por el principio adventista sobre la conexión entre hábitos saludables y bienestar. Sin embargo, la magnitud moderada de esta correlación indica que, si bien el estilo de vida es un determinante importante que explica el 20.4% de la varianza, existen otros factores no medidos que en conjunto explican el porcentaje restante, lo que destaca la complejidad multifactorial de los determinantes de salud en esta población.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Everyday actions for better health – WHO recommendations 2025. www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/everyday-actions-for-better-health-who-recommendations.
2. Álvarez LS. Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2012;30(1):95-101. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2012000100011&script=sci_arttext.

3. Allothman SA, Al Baiz AA, Alzaben AS, Khan R, Alamri AF, Omer AB. Factors associated with lifestyle behaviors among university students—a cross-sectional study. *Healthcare*. 2024;12(2):154. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020154>.
4. Cruz A, Morales F, Arriaga RM, Nuñez MA, Acopa JM, de la Cruz C. Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes de Enfermería/Lifestyles health related in Nursing students. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2022;30(4):96-102. https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/1255.
5. Alageel S, Alhujaili M, Altwaijri Y, Bilal L, Alsukait R. Barriers and facilitators to adopting healthier lifestyle among low-income women in Saudi Arabia: A qualitative study. *Health Expectations*. 2023;26(3):1202-12. <https://doi.org/10.1111/hex.13735>.
6. Pérez DW, Elena G. de White y el estilo de vida adventista. *Revista Estrategias para el Cumplimiento de la Misión*. 2017;15(1):8-21. <https://doi.org/10.17162/recm.v15i1.923>.
7. Álvarez R, Kuri P. *Salud pública y medicina preventiva: Editorial El Manual Moderno*; 2017. https://books.google.com/cu/books?hl=es&lr=&id=yLJZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT16&dq=related:3i26XeFebOIJ:scholar.google.com/&ots=1ntT71C4lj&sig=TBViOMqMxQltohts0Ll1o5LqHAE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
8. Herrero S. Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*. 2016;10(2):0. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2016000200006&script=sci_arttext&tlng=en.
9. Fernández M, Monsalvo E, González A, Santamaría JM. Diseño de un método de análisis para el cálculo de la vulnerabilidad como predictor de la fragilidad en salud. *Ene*. 2018;12(1). https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1988-348X2018000100007&script=sci_arttext&tlng=pt.
10. Carreras M, Puig G, Sánchez I, Inoriza JM, Coderch J, Gispert R. Morbilidad y estado de salud autopercibido, dos aproximaciones diferentes al estado de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2021;34:601-7. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.005>.
11. Ortiz KJ, Sangama CR, Ortiz YJ. Estilo de vida que promueven salud y factores personales asociados en pobladores de un distrito andino amazónico del Perú. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. 2024;44(4). <https://doi.org/10.12873/444ortiz>.
12. Orlich MJ, Singh PN, Sabaté J, Jaceldo K, Fan J, Knutsen S, et al. Vegetarian dietary patterns and mortality in Adventist Health Study 2. *JAMA internal medicine*. 2013;173(13). <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.6473>.
13. Saintila J, Calizaya YE, Brañes DE, Nunura PR, Chávez TC, Bautista VA, et al. Relationship between dietary self-efficacy and religiosity among Seventh-Day Adventists in Peru. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2022:259-69. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S350990>.
14. Singh PN, Arthur KN, Orlich MJ, James W, Purty A, Job JS, et al. Global epidemiology of obesity, vegetarian dietary patterns, and noncommunicable disease in Asian Indians. *The American journal of clinical nutrition*. 2014;100:359S-64S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.071571>.
15. Revens KE, Gutierrez D, Paul R, Reynolds AD, Price R, DeHaven MJ. Social support and religiosity as contributing factors to resilience and mental wellbeing in Latino immigrants: A community-based participatory research study. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2021;23(5):904-16. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01179-7>.

16. Büssing A, Rodrigues D, Starck L, Van Treeck K. Perceived changes of attitudes and behaviors of Seventh-day Adventists during the COVID-19 pandemic: Findings from a cross-sectional survey in Germany. *Journal of religion and health*. 2022;61(3):2253-78. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01580-y>
17. Potente C, Präg P, Monden CW. Does children's education improve parental health and longevity? Causal evidence from Great Britain. *Journal of Health and Social Behavior*. 2023;64(1):21-38. <https://doi.org/10.1177/00221465221143089>
18. Derose KP, Williams MV, Flórez KR, Griffin BA, Payán DD, Seelam R, et al. Eat, pray, move: a pilot cluster randomized controlled trial of a multilevel church-based intervention to address obesity among African Americans and Latinos. *American Journal of Health Promotion*. 2019;33(4):586-96. <https://doi.org/10.1177/0890117118813333>.
19. Ta Park V, Nam B, Huang D, Yun SW, Phan N, Lee EJ, et al. Knowledge, Attitudes, and Behaviors Related to Dementia Prevention and Caregiving Among Korean Americans (the KIMCHI Project): Pre-and Posttest Evaluation Study. *JMIR aging*. 2025;8:e72147. <https://doi.org/10.2196/72147>.
20. McBride DC, Baltazar A, Bailey KG, Trecartin SM, Landless P, Trim DJ, et al. Support of the Health Message and Health Practices in a Global Sample of Seventh-day Adventists. 2024. <https://digitalcommons.andrews.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=6386&context=pubs>.
21. Fraser GE, Butler FM, Shavlik DJ, Mathew RO, Oh J, Sirirat R, et al. Longitudinal Associations Between Vegetarian Dietary Habits and Site-Specific Cancers in the Adventist Health Study-2 North American cohort. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2025.06.006>.
22. Perez A, Osorio A, Lai S, James R, Ortega A, Canter KS. A scoping review of Spanish language pediatric digital health interventions. *Journal of Pediatric Psychology*. 2025:jsaf013. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaf013>.
23. Wang X, Wen J, Gu S, Zhang L, Qi X. Frailty in asthma-COPD overlap: a cross-sectional study of association and risk factors in the NHANES database. *BMJ Open Respiratory Research*. 2023;10(1). <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2023-001713>.
24. Moran MJ, Thompson T, Miller RL, Krause JT, Rigsby BA, Rzonca AJ, et al. Mindfulness Training within a Mentoring Program for Adolescents Facing Adversity: Mixed Methods Investigation of Adaptation, Fidelity, and Acceptability. *Mindfulness*. 2025:1-20. <https://doi.org/10.1007/s12671-025-02610-y>.
25. Kalaman S, Becerikli R. Türkiye'de Hukuk, Tıp ve Akademi Alanlarındaki Kişilerin Sosyal Paylaşım Ağları Kullanımı ve Sosyal Onay İhtiyacı. *Connectist: Istanbul University Journal of Communication Sciences*. 2021;2021(59):219. <https://doi.org/10.26650/CONNECTIST2020-0049>.