



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

CENTRO UNIVERSITARIO NEZAHUALCÓYOTL

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS RELIGIOSAS EN EL CUIDADO DE
LA SALUD EN ADULTOS.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LICENCIATURA EN EDUCACIÓN
PARA LA SALUD

PRESENTA:

YAZMIN VALERIA SAMPABLO LARA

ASESOR: DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ

22 de mayo de 2025

ÍNDICE

	Pag
Resumen	7
Abstract	9
Introducción	11
Capítulo 1. Planteamiento del problema	14
1.1 Formulación del problema	14
1.2 Justificación	15
1.3 Pregunta de investigación	16
1.4 Objetivos	17
1.5 Hipótesis	17
Capítulo 2. Fundamentación	18
2.1 Marco conceptual	18
2.1.1 Conceptos y definiciones	18
2.1.2 Clasificación de creencias	19
2.1.3 Clasificación de religiones	20
2.2 Marco histórico	22
2.3 Marco teórico	27
2.4 Marco normativo	29
2.5 Estado del conocimiento	30
Capítulo 3. Método	52
3.1 Participantes	52
3.2 Instrumentos	52
3.3 Procedimiento	53

3.4 Plan de análisis	54
3.5 Aspectos éticos de la investigación	54
Capítulo 4. Resultados	57
4.1 Resultados descriptivos	57
4.2 Resultados inferenciales	59
Capítulo 5. Discusión	62
Capítulo 6. Conclusiones	66
6.1 Conclusiones	66
6.2 Limitaciones	68
6.3 Sugerencias	69
Referencias	70
Anexos	76

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

	Pag
Figura 1. Versión tautológica moderna de espiritualidad	27
Figura 2. Diagrama de flujo del resultado de la búsqueda sistemática.	33
Tabla 1. Programas incluidos en la revisión sistemática	35
Tabla 2. Distribución de variables sociodemográficas de los participantes	57
Tabla 3. Asociación entre la variable de religión y cuidado físico, psicológico y espiritual.	59
Tabla 4. Asociación entre la variable creencias y sentido del mundo con las variables de cuidado físico, psicológico y espiritual.	60
Tabla 5. Comparación de cuidado de salud entre adultos de 50 a 60 años y adultos de 61 a 70 años.	61

RESUMEN

Problemática. El estudio del fenómeno de las creencias religiosas en el cuidado de la salud atrae principalmente a la población adulta, porque pasan por distintas etapas como; pérdidas de trabajo, de su rol en la familia y en la sociedad; pérdidas emocionales, familiares y amigos, y, por supuesto, cambios irreversibles en la salud, trayendo como consecuencias limitaciones, es por ellos que buscan maneras de afrontar dichos cambios y uno de ellos es la religión. A la luz de la situación actual, las creencias y la cultura que tiene cada individuo regula sus conductas como la alimentación, cuidado y sus relaciones sociales, es por eso que la salud debe ser entendida no solo desde el aspecto biológico sino desde el aspecto cultural y social.

Objetivo. Analizar las creencias religiosas y su influencia en el cuidado de la salud biopsicosocial en adultos de 50 a 70 años.

Método. Se utilizó una metodología cuantitativa y un diseño de estudio descriptivo, ya que se pretende describir la influencia que tienen las creencias religiosas en los adultos, referente al cuidado de su salud. La muestra se conformó de 78 participantes de 50 a 70 años, que fueron seleccionados por ser creyentes o parte de un algún grupo religioso dentro de los municipios de Chimalhuacán y Nezahualcóyotl, Estado de México. Los 78 participantes, contestaron los cuestionarios de forma de entrevista, ya que la mayoría de ellos tenían problemas al escuchar y otros al leer, ya que la muestra tenía distinto nivel académico. Los instrumentos utilizados fueron la Escala Evaluativa realizada en Londres donde se midió las creencias espirituales: desarrollo y normalización de una escala de creencias y valores, constando de 16 preguntas cerradas, y la Escala de conductas de autocuidado (ECA), desarrollada en México y compuesta por 52 ítems que miden tres dimensiones de autocuidado: físico (20 ítems), psicológico (23 ítems) y espiritual (9 ítems), con cinco opciones de respuesta de tipo Likert: 1 es nunca y 5 es siempre. Se usó el

software SSPS versión 21, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson para conocer el impacto estadístico de la investigación.

Resultados. Se obtuvieron datos estadísticamente relevantes, ya que las creencias religiosas no influyen el cuidado físico y psicológico, pero, si hay cierta relación de las creencias religiosas y cuidado espiritual. Sin embargo, respecto a que la edad de los adultos era de 50 a 70 años, la mayoría de ellos tiene claro que deben cuidarse y mantener buenos hábitos.

Conclusiones: las personas que profesan una religión no tienen un mayor cuidado biopsicosocial de su salud.

Palabras claves: Creencias, religión, salud.

ABSTRACT

Problem. The study of the phenomenon of religious beliefs in health care, mainly attracts the adult population, because they go through different stages such as loss of work, of their role in the family and in society, emotional losses, family and friends, and, of course, irreversible changes in health, bringing limitations as consequences, it is for them that they look for ways to cope with these changes and one of them is religion. In light of the current situation, the beliefs and culture that each individual has, regulates their behaviors such as food, care and social relationships, that is why health must be understood, not only from the biological aspect, but also from the cultural and social aspect.

Objective. To analyze religious beliefs and their influence on biopsychosocial health care in adults aged 50 to 70 years.

Method. A quantitative methodology and a descriptive study design were used, since it is intended to describe the influence that religious beliefs have on adults, regarding their health care. The sample was made up of 78 participants between 50 and 70 years-old, who were selected because they were believers or part of a religious group within the municipalities of Chimalhuacan and Nezahualcoyotl, State of Mexico. The 78 participants answered the questionnaires in the form of an interview, since most of them had problems listening, and others reading, since the sample had different academic levels. The measure used were the Evaluative Scale carried out in London where spiritual beliefs were measured: development and normalization of a scale of beliefs and values, consisting of 16 closed questions, and the Scale of Self-Care Behaviors (ECA), developed in Mexico and composed of 52 items that measure three dimensions of self-care: Physical (20 items), Psychological (23 items), and Spiritual (9 items), with five Likert-type response options: 1 is never and 5 is always. The SSPS version 21 software was used, using Pearson's correlation coefficient to know the statistical impact of the research.

Results. Statistically relevant data were obtained, since religious beliefs do not influence physical and psychological care, but there is a certain relationship between religious beliefs and spiritual care. However, regarding the fact that the age of adults was 50 to 70 years old, most of them are clear that they must take care of themselves and maintain good habits.

Conclusions: people who profess a religion do not have greater biopsychosocial care for their health.

Keywords: Beliefs, religion, health.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación aborda el tema de la influencia de las creencias religiosas en el cuidado de la salud en los adultos, por lo que las creencias de carácter religioso conforman un tipo específico de creencias que están presentes en prácticamente cualquier sociedad humana, por pequeña o primitiva que ésta sea. Son, probablemente, las que más destacan, pues resulta casi imposible concebir sociedades que no se hayan visto influenciadas por algún tipo de religión e, incluso en la actualidad, es difícil dar con una sociedad que no posea algún resquicio de religiosidad. De algún modo u otro todas se ven, o han visto, influenciadas por alguno de los tipos de religión existentes (Castellano, 1947)

Sin embargo, Carlos Díaz, en su manual de historia de las religiones, menciona que, no se conoce nada del nacimiento de las religiones, pero, siempre el ser humano ha sentido su presencia. En un principio, las primeras religiones desarrolladas antes del año 3.500 A.C en Mesopotamia, poseían un carácter muy básico y simplista, eran determinadas por los elementos de la Naturaleza: el sol, el agua, el fuego, la lluvia, los animales, la agricultura, muchos de estos fenómenos resultaban incomprensibles, inexplicables y, mucho menos, controlables por el hombre, fenómenos que influían en diversas facetas de la vida de los seres humanos y para los que se necesitaba una explicación (Díaz, 1997).

La religión, puede ser descrita, como un hecho humano específico, presente en una pluralidad, de manifestaciones históricas que tienen en común estar inscritas en in ámbito de realidad original, que designa el término lo sagrado: constar de un sistema de expresiones organizada; creencias, prácticas, símbolos, lugares, espacios, objetos, sujetos, etc., en las que se expresa una experiencia humana peculiar de reconocimiento, adoración, entrega, referida a una realidad

transcendente al mismo tiempo que inmanente al hombre y a su mundo, y que interviene en él para dar sentido y salvarle (Pikaza et al, 1992).

Para Clifford Geertz, la religión es una categoría única de símbolos y de significaciones que hace tolerable el sufrimiento, el desconcierto intelectual o las paradojas éticas irresolubles. Respecto a la ciencia, el arte, el sentido común u otras ideologías, la religión ha sido muy efectiva a la hora de animar el pensamiento y el comportamiento para enfrentar esos sinsentidos intensos y radicales. La religión, la forma organizada de creencias en seres sobrenaturales y la espiritualidad; la relación personal con un poder superior tiene muchos componentes que potencian la salud mental: la asistencia religiosa, las creencias, la oración, la lectura de textos sagrados. La participación de un individuo en una comunidad religiosa brinda descripciones muy detalladas de experiencias religiosas como el sentimiento de conexión con Dios o con un poder superior: “escuchar la voz de Dios”, “hablar con la Virgen”. El bienestar y la salud mental se constatan en los beneficios físicos, emocionales y espirituales, así como la intensificación de la relación armoniosa al interior de la comunidad del creyente (Geertz, 1973).

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue: Analizar las creencias religiosas y su influencia en el cuidado de la salud biopsicosocial en adultos de 50 a 70 años.

Para lograr este objetivo, el presente trabajo se compone de 6 capítulos.

El capítulo I consiste en una descripción general del problema que se abordó. Este capítulo presenta el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, formulación del problema, justificación, objetivos e hipótesis.

El capítulo II consistió en sustentar teóricamente el estudio, a partir de un análisis de investigación. También se expone y definen los conceptos referentes al tema de esta investigación, incluyendo los conceptos de religión, creencias, salud, entre otros. También incluye la teoría que fundamenta el fenómeno estudiado y una revisión del estado de conocimiento sobre la influencia de las creencias religiosas en el cuidado de la salud.

El capítulo III consiste en presentar el diseño de investigación, el tipo de estudio, las características de los participantes, también los instrumentos empleados en el mismo, y el procedimiento aplicado para la recopilación de la información.

El capítulo IV presenta los resultados tanto descriptivos como inferenciales de los instrumentos ya aplicados a la población adulta.

El capítulo V presenta el análisis y discusión de resultados.

El capítulo VI presenta las conclusiones más relevantes del trabajo y sus limitaciones.

Por último, se presentan las referencias y los anexos utilizados en la investigación.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

1.1 Formulación del problema

En la mayoría de las enfermedades que atacan al ser humano, las conductas tienen un rol importante para el desarrollo y evolución de estas, afectando el equilibrio del proceso salud-enfermedad (González, 2004). Las conductas están sujetas a la personalidad de cada individuo y de esta dependerá su forma de actuar ante cada situación que se le presente (Delucchi, 1966), estas conductas están ligadas a las actitudes que a su vez ellas están constituidas por los procesos psicológicos, uno de ellos es la inteligencia emocional, la que nos va a permitir desarrollarnos de manera adecuada en áreas laborales, personales y sociales, tener inteligencia emocional está ligado al pensamiento constructivo que es un término planteado por Epstein y Meier (1989) que son todos aquellos pensamientos automáticos que afectan nuestras emociones y conductas, estas pueden afectar a las personas de manera positiva o negativa ya que influyen en la interpretación de acontecimientos, sentimientos y conductas (Albalat et al., 2014).

En base a la teoría de Epstein (1998), el ser humano tiene 2 formas de procesamiento de información: Sistema experiencial; en este se aprende directamente de la experiencia y está asociado a las emociones y el Sistema racional; este opera en base a la deducción lógica es consciente, deliberado y relativamente libre de emociones, estos tipos de pensamientos pueden impactar en cuestiones importantes como lo es la salud; esto debido a las creencias que tiene el individuo.

La influencia que tienen las creencias religiosas sobre nuestras conductas se produce normalmente de forma inconsciente, la religión se ha convertido en un tema de interés en salud desde hace ya algún tiempo esto debido a que ha algunos estudios que se han realizado, han demostrado que esta tiene una fuerte influencia en la prevención y tratamiento de las

enfermedades (Fonseca, 2016). Un ejemplo muy claro lo podemos ver en que algunos aspectos religiosos y espirituales de las 8 religiones dominantes influyen en los cuidados paliativos (National Consensus Project for Quality Paliative Care, 2013).

Según el filósofo alemán del siglo XIX, Karl Marx, “la religión es el suspiro de la criatura oprimida, el corazón de un mundo sin corazón, el espíritu de una situación carente de espíritu es el opio del pueblo” (Marx, 1844, citado en Löwy, 2006), esto hace que la sociedad caiga en un estado de conformidad e impide que se luche por realizar un cambio ante las injusticias que se dan en relación con ella.

1.2 Justificación

La cultura se entiende como un modo de vida aprendido que se encuentra en las sociedades humanas y que abarca todos los aspectos de la vida social, incluidos el pensamiento y el comportamiento, por lo tanto la salud debe ser entendida no solo desde el aspecto biológico sino desde el aspecto cultural y social donde la religión va a jugar un papel importante para el individuo, como de darle existencia, en donde sale a relucir la pregunta sobre responder al significado de la vida, por lo que la presente investigación se enfocará en el estudio de las creencias religiosas en el cuidado de la salud en los adultos.

A la luz de la situación actual, este trabajo cobra importancia cuando estas creencias regulan conductas como alimentación, relaciones sociales consumo de sustancias, y constituyen según Pargament (1997) una forma de afrontamiento para superar de mejor manera los problemas del individuo, a medida que las personas buscan armonía y conexión en sus vidas, también crece el interés en la religión, así en tiempos de crisis y tragedia, las personas recurren a sus seres queridos y a recursos espirituales de significado, consuelo y fortaleza para enfrentar una

situación incierta (Walsh, 2009) . La religión es un fenómeno complejo difícil de precisar en forma adecuada, está inmersa en la cultura y generalmente se relaciona prácticas devotas y rituales.

Los adultos que pasan por etapas como: pérdidas de trabajo, de su rol en la familia y en la sociedad; pérdidas emocionales, de familiares y amigos, y, por supuesto, cambios irreversibles en la salud, traerán como consecuencias limitaciones, teniendo maneras de afrontar dichos cambios y uno de ellos es la religión. Las personas pobres, con menores niveles educativos y aquellos que tienen problemas de salud crónicos asisten más a la iglesia y hacen uso más frecuente de la oración (Hollywell- Walker, 2009) por otro lado, es cierto que la religión impacta sobre la vida; participación social, pero aun así sigue siendo poco el interés observado dentro del campo de la medicina, pues se prioriza el aspecto biológico.

Por lo anterior, el objetivo primordial de la investigación fue el conocer por que la religión ejerce elementos positivos, para que enfrenten de manera positiva situaciones adversas.

1.3 Pregunta de investigación

¿Las creencias religiosas influyen en el cuidado de la salud de las personas adultas?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar las creencias religiosas y su influencia en el cuidado de la salud biopsicosocial en adultos de 50 a 70 años.

1.4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la influencia de la religión y su impacto en la toma de decisiones de salud de las personas.
- Caracterizar las creencias religiosas en el cuidado de la salud de los adultos.
- Caracterizar el cuidado de la salud en los adultos.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Alternativa

Las creencias religiosas influyen en el cuidado de la salud de los adultos de 50 a 70 años.

1.5.2 Nula

Las creencias religiosas no influyen en el cuidado de la salud de los adultos de 50 a 70 años.

Capítulo 2. Fundamentación

2.1 Marco conceptual

2.1.1 Conceptos y definiciones

Religión: es el resultado del esfuerzo del ser humano por contactar con el más allá. La experiencia religiosa proporciona explicaciones globales e interpretaciones acerca del mundo (National Geographic, 2016).

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948).

Creencia: es una actitud mental que consiste en la aceptación de una experiencia, una idea o una teoría, considerándolas verdaderas sin que medien ni hagan falta demostraciones argumentales o empíricas. Es decir, es aquello que decidimos creer y afirmar sin que tengamos el conocimiento o las evidencias de que sea o pueda ser cierto (Editorial Etecé, 2020).

Influencia: cosa o sustancia que produce efectos sobre la conciencia y el comportamiento (Diccionario panhispánico del español jurídico, 2022).

Religiosidad: Son todas las personas involucradas en las creencias, valores y prácticas propuestas por una institución organizada (Navas & Villegas, 2007).

Espiritualidad: se define como la búsqueda de lo sagrado o de lo divino a través de cualquier experiencia de la vida (Navas & Villegas, 2007).

Decisión: elegir de entre varias alternativas, la mejor, basados en la información con que se cuenta en ese momento (Peñaloza, 2010).

Autocuidado: es una invitación a ser una persona consciente y hacerse cargo de sí misma, ejercer las libertades fundamentales con responsabilidad, conocerse, reconocer sus sentimientos, emociones, deseos, aspiraciones y descubrir las motivaciones e intereses que le impulsan a actuar mediante habilidades comunicativas para la vida (Muñoz & Boris, 2008).

Calidad: es un valor particular, más que un valor concreto, la calidad consiste en la realización de los valores positivos de todo tipo y la evitación de los negativos (Gracia, 2000).

Cuidado: todo aquello que estimula la vida humana (Benjumea, 2007).

Religión intrínseca: incluye un compromiso de vida y una relación personal con Dios, como las actitudes o creencias, la fe, la oración diaria y la lectura personal de los libros sagrados (Ocampo et al 2006).

Religión extrínseca: incluye las actividades religiosas de grupo y los rituales (Ocampo et al 2006).

2.1.2 Clasificación de creencias

Creencias primarias: son análogas a lo que en ciencia se denominan axiomas; se trata de creencias que no suelen cuestionarse ya que funcionan como cimientos sobre los que se erige el sistema de creencias-increencias.

Creencias intermedias: están las creencias derivadas de las anteriores, que son aprendidas a partir de las personas significativas para el sujeto y dotadas por éste de autoridad epistémica. A este nivel corresponde la casi totalidad de las creencias acerca del mundo físico y la sociedad.

Creencias de nivel periférico: lo constituyen creencias derivadas de las anteriores que son elaboradas por el sujeto a partir de información de muy diversa índole.

Creencias individuales: son de especial relevancia a la identidad personal. Se almacena en la memoria episódica o autobiográfica.

Creencias sociales: propias de un determinado momento histórico. Se almacena en la memoria semántica.

Creencias culturales: hacen referencia a las religiosas, estéticas y morales. Se almacena en la memoria semántica (Díez, 2016).

2.1.3 Clasificación de religiones

Antecedentes: la religión, por la importancia que tiene dentro de las variables sociales y culturales, ha sido captada de manera ininterrumpida en México desde el primer censo realizado en 1895. Debido a los cambios experimentados en el escenario religioso, sobre todo en las últimas décadas, la forma de captar y registrar la información también se ha modificado.

Principios y criterios de clasificación

La clasificación es exhaustiva y considera el universo de religiones existente en la República Mexicana. Sus categorías son mutuamente excluyentes, esto es, a cada unidad del universo considerado corresponde un solo agrupamiento o categoría. Es lo suficientemente detallada para organizar las religiones, asegurando su utilidad para agruparlas con un carácter práctico.

La clasificación es lo suficientemente flexible para satisfacer la diversidad de necesidades de información de los usuarios y para constituirse en una herramienta de trabajo en las instituciones involucradas o relacionadas con el tema.

Mantiene comparabilidad con las clasificaciones de religiones anteriores (2000 y 2010), asegurando la generación de datos relevantes a nivel nacional y por entidad federativa, dando continuidad a la serie estadística (INEGI, 2020).

Para ordenar las religiones es preciso identificar cuáles comparten características comunes y cuáles no, lo que permite establecer una serie de grupos. Para ello se aplican los siguientes criterios:

Doctrina. Bajo este criterio se identifican las principales concepciones religiosas en México que se ostentan como verdaderas por lo general con pretensión de validez universal. Para su diferenciación, se considera el número de adherentes en el país, en aras del balance estadístico de la clasificación.

Organización. Con este criterio se alude, en el caso de las instituciones organizadas, a la estructura que las rige, así como a su sistema de creencias.

Formas de expresar el culto. Con este último criterio se considera tanto la práctica con la que cada religión difunde su mensaje, así como el conjunto de ceremonias y/o ritos con los que tributan homenaje y alabanza a una figura, entidad, insignia o símbolo divino. Esto es, la similitud entre las prácticas religiosas.

Estructura de la clasificación:

En el primer nivel y más general de esta clasificación, el término “credo” procede del latín “credo”,

“creo”, que alude a una forma de creencia que tiene varios significados, entre ellos los siguientes: Conjunto completo de creencias de todos los adeptos a una religión; resumen de los principales artículos de la fe profesada por una iglesia o una comunidad de creyentes; el conjunto de ideas, principios o convicciones de una persona o de un grupo; el Grupo religioso es el segundo nivel de la clasificación que conjunta a las denominaciones religiosas por características comunes.

La clasificación consta de 14 grupos religiosos:

Credo cristiano: católicos, católicos ortodoxos y protestantes/cristianos evangélicos.

Otros credos: judaico, Islámico, origen oriental, escuelas esotéricas, raíces étnicas, raíces afro, espiritualistas, cultos populares y otros movimientos religiosos.

Sin religión/Sin adscripción religiosa.

El tercer nivel de esta clasificación considera las principales sociedades religiosas de cada grupo religioso comprendiendo 46 denominaciones religiosas (INEGI, 2020).

2.2. Marco histórico

Mucho se ha dicho respecto al alcance de la religión en las sociedades contemporáneas, a decir verdad, ha acompañado a la humanidad a lo largo de toda su historia, hace 14.000 años por lo cual está presente en todos los pueblos y ha mantenido una estrecha relación en todas las culturas, expresado en las circunstancias de cada pueblo permitiendo variabilidad y pluralidad de religiones.

La historia humana atestigua desde sus épocas más remotas a la religión creando en ellos la necesidad de vivirla, podemos apreciar que en su mayoría revelan vestigios de creencias

monoteístas. en prácticamente cada cultura de todo el mundo, la religión de una cultura específica comenzó con un concepto de un Dios creador masculino que vive en los cielos.

Por tanto no es extraño que desde que se tienen noticias del hombre se tengan también datos de su preocupación por la religión, naciendo a través de los relatos míticos, y por lo tanto creando así una serie de interpretaciones , psicológicas, sociológicas o filosóficas, por ejemplo Protágoras creía que el hombre participa de lo divino gracias a su parentesco con la divinidad, fue el único ser vivo que creyó en los dioses y levantó altares e imágenes divinas por otra parte predico plantea la idea de la religión a la adoración de los poderes benéficos, Demócrito considera a la religión como un fruto de la mala conciencia y del miedo ante los poderes superiores. Se trata de un sistema de creencias sobre nuestro entorno que influye en quiénes somos, ya sea que nos consideremos religiosos o espirituales.

Es un elemento fundamental que está inmerso en la cultura, muchas sociedades se definen por la religión que practican, la católica o la judeocristiana, predominan en el mundo occidental; la islámica y la cultura hindú, en el Medio Oriente, y las culturas indígenas en otras partes del mundo, la mayoría de ellas son monoteístas o creen en la existencia de un solo ser superior, algunos de los principios de las religiones, se enfocan en el cuidado de la salud y definen los valores primordiales en la vida de las personas (Castellanos & Lucero, 2013).

Actualmente el cristianismo, es la religión mayoritaria en el mundo, abarca diferentes ramas, como es el catolicismo, apostólico romano, cristianismo ortodoxo, el protestantismo, los testigos de Jehová y variantes (Pentecostal, metodista, bautista).

Según datos del INEGI 2020 existe un mayor porcentaje de fieles de la iglesia católica de 82.7 a 77.7 %, un menor porcentaje de fieles de las iglesias protestantes y evangélicas de 7.5 a 11.2 % y, sobre todo, un mínimo porcentaje de personas sin religión de 4.7 a 8.1 %.

La religión es un sistema solidario de creencias y de prácticas relativas a las cosas sagradas, tradicionalmente tanto la religión como la espiritualidad son consideradas como conductuales o funcionales en investigaciones que se han hecho de salud, se enfocan en como las creencias espirituales y los comportamientos religiosos están directamente relacionados con los comportamientos de salud pues estos facilitan el afrontamiento y la construcción de un significado de la enfermedad ante los eventos estresantes, según estudios se ha demostrado que ambas son tanto como factores protectores como de riesgo (Lassiter et al, 2017).

Aunado a esto se establece que las religiones trascienden a la esfera de lo privado. Pues cuando hablamos de salud no podemos reducirnos exclusivamente al concepto biológico por tanto la salud además de ser entendida desde aspectos biológicos, psicológicos y sociales debe ser estudiada desde lo cultural, en este caso la religión va a jugar un papel importante en cada uno de los componentes del proceso: salud-enfermedad y atención.

La mayoría de las religiones creen en la dualidad cuerpo-alma para la espiritualidad el componente más importante del cuerpo es el alma, al ser el cuerpo el lugar donde habita el alma las diversas religiones busca promover comportamientos que favorezcan el cuidado del cuerpo y por ende su salud, entre estos se encuentra la ingesta de ciertos alimentos, así como la abstención del consumo de otros, prohíben el consumo de ciertas bebidas o sustancias (Diego & Guerrero, 2018).

Se trata un ámbito que trasciende al público como la política, la economía o la salud, pues ni siquiera en las sociedades ya sean modernas o seculares es imposible apartarla, pues constituye una parte esencial en cualquier grupo humano.

Por tanto, no se puede separar de lo social, siendo un modo de existencia y supervivencia regulando conductas como alimentación, relaciones sociales consumo de sustancias, o por el contrario promueven hábitos alimenticios como la dieta, ejercicios entre otros. Pues no es posible sin el ser humano, ya que este al tener deseos de inmortalidad, trascendencia, libertad, dignidad, unión, justicia hace que la existencia de la religión tenga sentido, la religión es como la medicina, el uso apropiado de ella conduce a la salud un mal uso puede ser perjudicial (Mafla, 2013).

Por tanto, la relación que existen entre salud y religión se trata por tanto de un objetivo por el que las personas pueden llegar a regular sus vidas que para ellos es la forma de demostrar aquello por lo que están dispuestos a luchar, así la religiosidad influye promueve el comportamiento saludable y estilo de vida saludable. En el caso de las personas mayores que tienen creencias religiosas se pueden asociar con una disminución de la ideación suicida, el consumo alcohol y estrés, pero también asociado la podemos asociar con restricciones, como es el fumar, para estar en buena forma física, al mismo tiempo promueve mecanismos psicológicos adaptativos frente al envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento.

La religiosidad también se asocia con la alta autoestima y deseo proporciona esperanza, sentimiento de superioridad un sentimiento esencial de una persona que propicia el alimento del deseo de vivir juega un papel importante para darle existencia al individuo, pues han pasado a considerarse un tema de interés dentro del cuidado y mantenimiento del cuidado de la salud.

En cuestiones de salud mental estas creencias y prácticas religiosas se consideran como primitivas pues no aportan nada impactando negativamente en salud mental por lo que los profesionales de la salud mental tienden a evitar incluir estas prácticas como parte del tratamiento, pero estudios han demostrado que las personas religiosas gozan de mejores índices de salud mental por lo que la inclusión de estas prácticas genera más beneficios de lo que se esperaban como: la práctica de la religión y espiritualidad influía para tener bajos niveles de depresión, se asocia a tasas bajas de suicidio, menor uso de drogas y alcohol, en cuestiones de ansiedad se ha reportado que puede influir tanto negativa como positivamente dependiendo de la situación de cada individuo.

La religión es psicológicamente útil, sus promesas de recompensa eterna son necesarias para proporcionar soporte y esperanza al sujeto que se encuentra en una difícil situación, debido a que es fuente de sentido a la vez que eleva la dignidad de la persona y enriquece la naturaleza humana (Mafia, 2013).

En personas con esquizofrenia se reportó que suelen orar y leer la biblia como medio para callar las voces de su cabeza, así como también suele haber un tratamiento más continuo cuando se es religioso (Dein, 2018).

La religión y espiritualidad también puede servir de guía a las personas que tienen que decidir el tratamiento de otra persona con alguna condición para decidirlo por sí misma para la toma de decisiones desde el inicio del tratamiento de los pacientes hasta que se encuentren en etapa terminal, se menciona que se tiene una lucha entre lo intrapersonal y lo religioso cuando había que tomar decisiones bastante difíciles llegando a creer que Dios los estaba castigando por no ser lo suficientemente fieles llegando incluso a dudar de su fe durante el proceso, se reporta que se hace uso de esto como medio para sentir control sobre los resultados de salud tanto propios

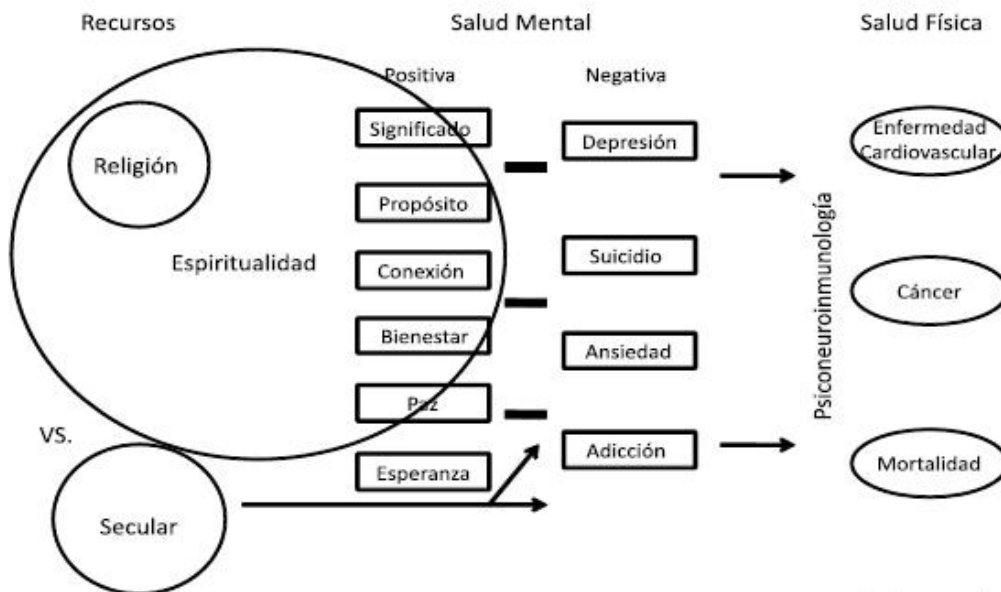
como de los familiares, pues se le otorga el completo control a Dios antes que a uno mismo (Hailey et al, 2019).

2.3 Marco teórico

En 2008, Koenig propuso un modelo que considera tanto a la religión como la espiritualidad como un recurso que se expande y genera una salud mental positiva y fomenta los valores humanos, incluye además de los indicadores religiosos tradicionales o la búsqueda de lo sagrado, los estados psicológicos positivos como propósito y significado de la vida, donde se genera una la conexión con los demás, tranquilidad, armonía y bienestar, además se conoce como versión "tautológica" porque incluye indicadores de salud mental en la definición de espiritualidad, lo que asegura una confirmación positiva entre estas dos variables (figura 1).

Figura 1.

"Versión tautológica moderna de espiritualidad".



Nota. Es un modelo propuesto por Koenig en 2008, donde plantea cuatro modelos sobre la relación de la salud mental y física con la religión y la espiritualidad o secularidad (laicidad), retomado de (Koenig, 2008 citado en Quiceno & Vinaccia, 2009).

En la presente investigación se adoptó este modelo ya que plantea que la religión y la espiritualidad, tienen una influencia en la salud mental positiva, ambas son consideradas como algo sumamente importante en la vida de las personas religiosas debido a su gran conexión y su relación con aspectos de salud mental y física, se ha reportado en estudios que cuando son diagnosticados con enfermedades crónicas, graves o terminales, debido a que la religión representa para ellos una forma de esperanza y motivación para afrontar las adversidades, entonces su conexión con Dios se vuelve más fuerte e importante, pues Dios es la esperanza de curación de sus enfermedades, lo que hace que procedan a disminuir todos aquellos malos hábitos de salud, esto mediante la realización de algunas acciones que les permiten tener un buen autocuidado como lo son:

- La religión da un sentido de autosuficiencia, rezar les ayuda a que Dios les de fuerza para afrontar y superar su enfermedad.
- Utilización de figuras de la biblia con las que se identificaran como un modelo a seguir para el afrontamiento de su enfermedad.
- Cuando se sentían mal oraban para mejorar.
- Tener la imagen de Dios como un ser solidario que ayuda a las personas en las dificultades de la vida (Choi & Hastings, 2019).

Tanto religión como espiritualidad se consideran factores de resiliencia relevantes en personas que se encuentran en situaciones complicadas de salud (Mafia, 2013).

2.4 Marco normativo

Código Nüremberg: dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente (Alexander et al, 1947).

Durante la presente investigación, cualquier información que se brinde y cualquier participación que sea necesaria, necesitamos pedir el consentimiento informado, y más aún por la población que se investigó, porque fueron personas adultas de 50 y 70 años, que necesita más cuidados.

Declaración de Helsinki: este documento representó una revisión exhaustiva y completa acerca de los criterios éticos a ser empleados en la investigación con seres humanos, particularmente cuando se combina la atención médica con la investigación. Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión (Asociación Médica Mundial, 1964).

Siempre se tuvo en cuenta que el presente tema, no debería de dañar la salud de las personas, todo el tiempo la información y actividad que se realizó se protegió por completo la salud integral, física, biológica, social y psicológica de las personas.

Ley general de salud: la ley General de Salud reglamentó el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; estableció las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y

la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Ley General de Salud, 1984).

Estuvo muy relacionado con el tema de la investigación, porque muchas veces por el ámbito religioso, no se tiene un acceso amplio a los servicios de salud. La población esta mayormente expuesta a padecer enfermedades y las creencias religiosas influyen de alguna manera de forma positiva o negativa en su recuperación.

2.5 Estado del conocimiento

Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos PubMed, empleando las palabras claves: *Health care, self-care*, combinadas con *beliefs, religious, spirituality, Religious beliefs* (Anexo 1). La búsqueda se realizó en el título, abarcando los periodos del 2022-2023 escritos en inglés, y se incluyeron solamente estudios realizados con adultos de 50 a 70 años.

Se identificó un total de 225 artículos. De ellos se eliminaron 160 por no coincidir con la temática, 34 por ser teóricos, 14 por no ser del grupo etario y 4 por estar escritos en un idioma distinto al inglés (Figura 2).

Los 13 artículos que fueron seleccionados (Tabla 2), se describen a continuación:

Ocho estudios fueron realizados en Estados Unidos (Almaraz et al, 2022; Boucher et al, 2018; 2019; Kent et al, 2019), un estudio de Canadá (Dilmaghni, 2017), un estudio de Turquía (Yazgan & Demir, 2019), un estudio de Países Bajos, (Joke et al, 2018), un estudio de Indonesia (Rochmawati, 2017), y por último un estudio en Pakistán (Rizwan, 2023).

De los 13 estudios revisados, se encontró que la muestra es muy variable, desde muestras muy pequeñas de un rango de 13 a 200 participantes (Boucher et al., 2018; Choi & Hastings, 2018;

Druhiller et al., 2018; Hailey et al., 2017; Joke et al., 2018; Rizwan et al., 2023; Rohmawati et al., 2017), muestras medianas en un rango de 201 a 1,000 participantes (Kent et al., 2019; Yazgan & Demir, 2019) por último, en las muestras del rango de 1,000 en adelante se encontraron cuatro estudios (Almaraz et al., 2022; Devika et al., 2020; Dilmaghani, 2017; Ferreira-Valente et al., 2019).

El estudio de (Drumhiller et al 2018) tiene muestra de 105 participantes hombres, y el resto son estudios con una muestra mixta.

De los 13 documentos revisados nueve fueron aplicados a muestras aleatorias y los cuatro restantes fueron a muestras no aleatorias (Boucher et al 2018; Choi & Hastings 2018; Hailey et al 2019; Kent et al 2019).

Instrumentos que evaluaron el autocuidado:

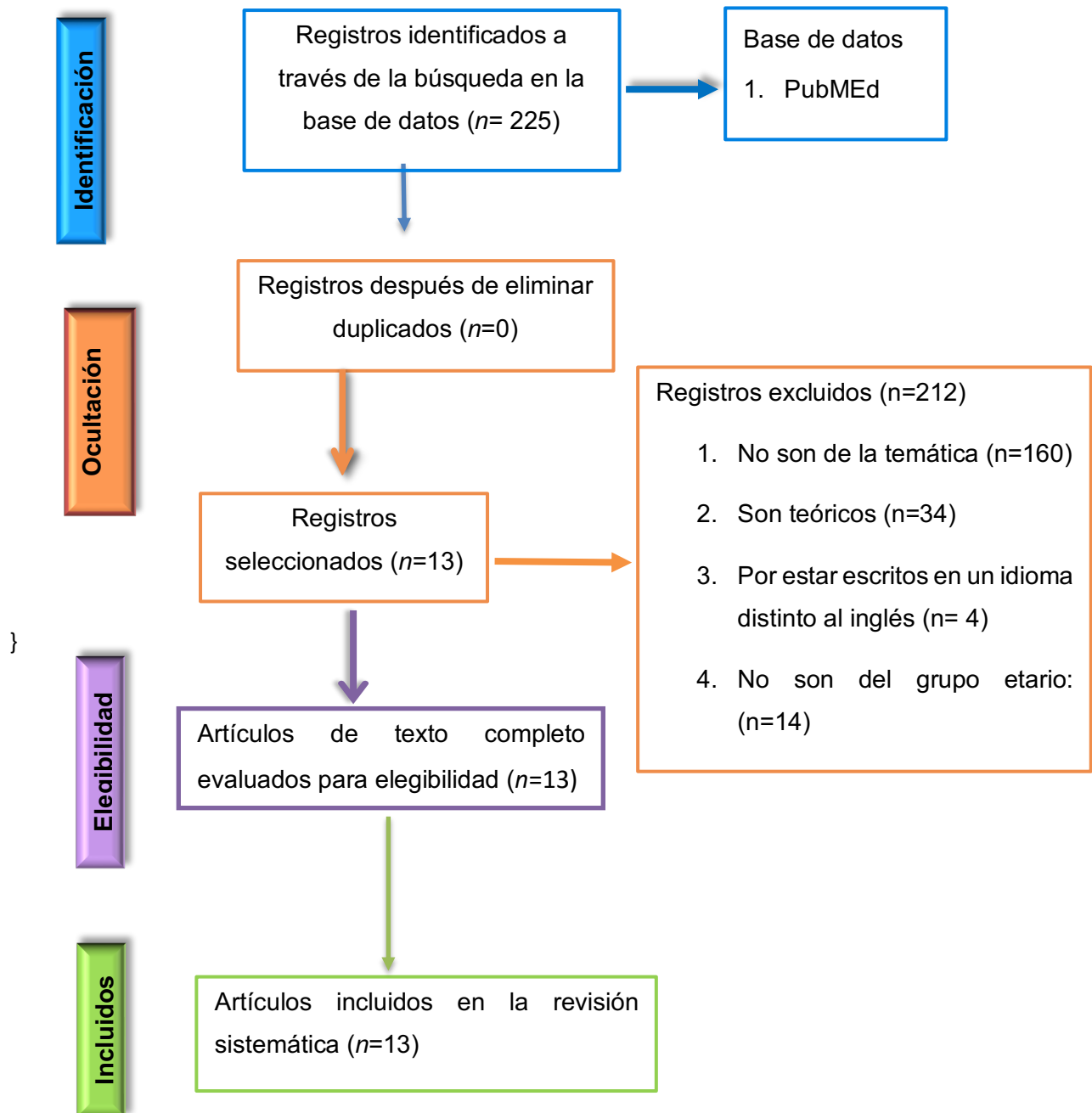
Kent et al (2019), Self-rated health (SRH), Emotional functioning, and practicing yoga.; Drumhiller et al (2018) (ACASI), sobre estados de salud; Rizwan et al (2023) entrevistas semiestructuradas para conocer el papel de la religión y espiritualidad en el COVID-19; Hailey (2019), creo su propio instrumento de preguntas semiestructuradas sobre el cuidado de niños con enfermedades terminales; Rochmawati et al (2017) entrevistas semiestructuradas realizadas por el mismo para su estudio sobre cuidado paliativos; Dilmaghani (2017), Canadian Community Health Survey (CCHS); Joke et al (2018), se utilizó una entrevista flexible semiestructurada sobre la salud mental; Devika et al (2020) utilizó la escala validada Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-10 (CESD-10), para determinar el riesgo de depresión.

Instrumentos que evaluaron la espiritualidad y religiosidad:

Boucher et al (2018), utilizó DUREL instrumento de cinco ítems de participación religiosa organizacional y subjetiva; , Kent et al (2019), Spielberger Scales, non-theistic daily spiritual experience Scale, theistic daily spiritual experience scale, Belief in God, Closeness to God, Gratitude, praying alone, Positive and negative religious coping, Divine hope y R/S struggles; Drumhiller et al (2018), comportamiento religiosos (RBBQ); Yazgan Y Demir (2019) la escala OK-religious attitudes scale; Devika et al (2020) tres medidas auto informadas: 1. Grado de comodidad que aporta la religión (poco, mucho, algo, bastante, mucho), 2. Frecuencia de asistencia a servicios religiosos (nunca, vacaciones importantes, más de cuatro veces al año pero menos de una vez a la semana, más de una vez a la semana), 3. Grado de espiritualidad (nada, ligeramente, bastante, mucho); Choi & Hastings (2018), ítems retomados del Manual of Spirituality Assessment Tools by Boyds (1998); Ferreira-Valente et al (2019), Religious Experience Scale (RES), Spiritual Transcendence Scale (STS), Spiritual and Religios attitudes in Dealing with illnes (SpREUK), Spiritual Well-being Scale (SWBS), Centrality of Religious Meaning System Scale (CRMSS), Pinto and Pais-Ribeiro Spirituality Scale, Duke Religiosity Index (DRI), Dichotomous: (does not) hold religious belief; Almaraz et al (2022) La escala de confianza/desconfianza en Dios.

Figura 2

Diagrama de flujo del resultado de la búsqueda sistemática.



Nota: Elaboración propia, donde *n* es un dato estadístico y significa número.

Como parte de los resultados, se encontró que de los 13 estudios revisados en ninguno se utilizó el mismo instrumento, así como una muestra variante debido a que algunos estudios fueron realizados a lo largo de muchos años, por lo que no hay muchas similitudes en los resultados, a manera general se puede afirmar que todos coinciden en que realizar prácticas religiosas o ser creyentes influyen de manera positiva en las personas puesto que les da mayor esperanza y fe para afrontar una enfermedad y tener un mejor autocuidado.

Tabla 1

Programas incluidos en la revisión sistemática

NO	REFERENCIA	MÉTODO	RESULTADOS	LIMITACIONES
	AUTOR	POBLACIÓN		
	AÑO	BLANCO	INSTRUMENTOS	
	PAÍS	MUESTRA		
1	Boucher et al. (2018)	Veteranos de edad avanzada con cáncer, insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar 16 hombres 1 mujer Mayor a 60 años	Entrevista semiestructurada Duke University Religious Index (DUREL). sobre el cuidado espiritual	Es importante tener en cuenta la religiosidad y la espiritual en la atención sanitaria, sin embargo, debe de ser una decisión de cada persona si quiere que intervenga en su atención o no.
		MUESTREO	DESARROLLADO PARA ESTE ESTUDIO	LIMITACIONES
		No aleatorio	No	Diferentes traumas Diferentes religiones y espiritualidades Diferencia de rangos en el militar

2	Dilmaghani, M. (2017) Canadá	20, 860, solo nacidos en Canadá	Aleatorio	Entrevista de salud de la comunidad canadiense, centrado en la salud mental	No	Dado que la población encuestada se dividió en tres grupos: Altamente religiosos, espiritualidad media y secularizados. El primer grupo: menciona que la región y espiritualidad aporta el 60% algo importante a la comunidad, el segundo grupo, que influye un 14% que los altamente religiosos, y los secularizados, no influyen la región y espiritualidad, considerando la vida	Diferencias económicas y ocupaciones.
---	---	---------------------------------------	-----------	---	----	--	---

						como retos de superación personal.
				Escalas valorativas:		El yoga, la gratitud, las experiencias espirituales no teístas, la cercanía a Dios y el afrontamiento positivo
				Self-rated health (SRH), Emotional functioning,		se asociaron positivamente con la salud auto valorada.
				Spielberger scales, non-theistic daily spiritual experience scale, theistic daily spiritual experience scale, Belief in God, Closeness to God, Gratitude, praying alone and practicing yoga, Positive		con la autoevaluación de la salud. La gratitud, las experiencias espirituales teístas y no teístas, la cercanía a Dios y el afrontamiento positivo se asociaron
3	Kent et al. (2019)	881 personas 813 creen en Dios 68 por el contrario	No aleatorio		No	Diferencias de edad, de educación y de estilos de vida, sobre el sí consumen o no alcohol.
	Estados unidos					

			and negative religious coping, Divine hope y R/S struggles.		con un mejor funcionamiento emocional.		
4	Choi & Hastings. (2018) Estados Unidos	42 adultos afroamericanos mayores a 18 años. Edad promedio entre 28 y 71 años, que recibían servicios de control de Diabetes tipo 2.	No aleatorio Muestreo de conveniencia.	Entrevistas cualitativas semiestructuradas basándose en el Manual of Spirituality Assessment Tools by Boyds (1998).	No	Las personas que son creyentes manifestaron que utilizaron su fe para afrontar la diabetes, realizando prácticas que apoyaban su autocuidado, pues les daba una mente positiva y una actitud esperanzadora.	1. Falta de generalizabilidad debido a la naturaleza de las entrevistas cara a cara. 2. Inconsistencia de la memoria asocia de los datos auto informados. 3. Reinterpretación del marco teórico de resiliencia.

		-23 mujeres -19 hombres				4. Sesgo de selección que podía influir en los resultados.
		24 padres de familia de niños con enfermedad grave,				No puede haber una conclusión exacta puesto que los resultados son variados, debido a las distintas religiones que se presentan.
5	Hailey et al. (2019)	Estados Unidos	No aleatorio.	Entrevistas semiestructuradas sobre la relación de la fe y la toma de decisiones en cuanto al cuidado de salud de sus hijos.	No	Ciertas personas manifestaron sentir a Dios como una guía para tomar decisiones en cuanto al cuidado médico de la salud de sus hijos, sin quitarles su autonomía para decidir ante el cuidado de salud de sus hijos.
		características que presentan distintas religiones entre ellas: cristianos, judío,				Falta de generalizabilidad debido a la naturaleza de las

mormón,
musulmán,
católico y
protestante,
dichos padres
tuvieron que
tomar
decisiones
importantes
en cuanto al
cuidado
médico de
sus hijos, de
las que de
algunas
decisiones
dependía la

Algunos
participantes
manifiestan la
influencia de
grupos religiosos,
lugares de culto,
figuras de
autoridad religiosas
para tomar
decisiones en
cuanto al cuidado
de salud de sus
hijos.
Hay participantes que
mencionan que su fe
no se involucra ante la
toma de decisiones

entrevistas cara a
cara.

		vida de sus hijos.				para el cuidado de salud de sus hijos.	
		19 mujeres. 15 hombres.					
		400 pacientes oncológicos con una edad media de 55 años.				Se detecta que estas personas suelen rezar mucho, eligiendo además de su tratamiento médico el uso de plantas medicinales y prácticas religiosas.	La obtención de datos reales podría haber sido restringida ya que las creencias religiosas y los temas espirituales eran temas muy delicados para estudiar.
6	Yazgan & Demir (2019)	Turquía	Aleatorio	OK- religius actitudes scale Escala de actitud religiosa.	No	Existente una relación positiva entre la religión y una buena salud mental, lo que	Además, se debe evitar generalizar los resultados del estudio ya que el universo estudiado

					les permite afrontar su enfermedad de mejor manera, tener una vida plena con sentido y metas.	fue una población transversal.	
7	Almaraz et al. (2022)	29,272 participantes de distintos países entre edades de 18 a 100 años.	Aleatorio	Escala de religiosidad. Datos sociodemográficos. Elemento de espiritualidad autoevaluado. Ítems sobre religiosidad Cuestionario para el estudio de la espiritualidad en	No	Se ha observado que las diversas variables de R/S (bienestar espiritual, luchas de R/S, afrontamiento religioso o R/S autoevaluado, entre otras) muestran una asociación positiva con la salud física de estos pacientes Sin embargo, ocasionalmente, R/S	Diseño transversal que no permite inferir causalidad, solo determina si existe o no relación entre las variables, lo que lleva a una malinterpretación y heterogeneidad de los resultados.

pacientes indios de
cuidados paliativos.

Cuestionarios de
salud.

Dimensiones de
bienestar físico y
funcional.

Escala ECOG, EVA,
MDAS, ESO, ESAS-
F, EORTC-QLQ-
C15-PAL

puede estar asociado
negativamente o no
estar relacionado con
la salud, lo que lleva a
incluir en el
tratamiento, varios
aspectos de la
religiosidad y la
espiritualidad, ya sean
positivos o negativos,
en contextos de
atención médica para
mejorar el bienestar y
la calidad de vida de
las personas afectadas
por el cáncer.

8	Joke et al. (2018)	35 pacientes de entre 40 a 60 años. 46%	Aleatorio	Entrevistas semiestructuradas cara a cara, sobre la necesidad de los pacientes para integrar la religión y espiritualidad en clínicas de salud mental.	No	Las personas con aspectos religiosos o espirituales pueden expresar de mejor manera sus necesidades para la atención de su salud	-No hay estudios previos, en lo que se pudieran basar para generar una conclusión concreta. -Malinterpretación de los conceptos de espiritualidad.
	Países bajos.	Hombres, 54% mujeres. Con distinta religión entre ellas, cristiano, evangélico, ecuménico, ortodoxo.					
9	Drumhiller et al. (2018)	Estudio mixto a 105 hombres negros y	Aleatorio	Entrevistas cualitativas para conocer la influencia de la religión y	No	Al ser un grupo poco estudiado por las características que presentan, se concluye	-Estudio limitado por la zona por lo que no se puede dar una conclusión concreta.

Estados Unidos	<p>latinos en New York de 18 a 64 años. 23.8% entre edades de 45 a 64 años. 85,7% negros. 13,3%latinos. 63,8% De la comunidad LGBTTIQ. 46,7% desempleado s.</p>	<p>espiritualidad en sus actividades de prevención del VIH.</p>	<p>que no reciben la información correcta ante la prevención y cuidado del VIH, por lo que es deber de los líderes religiosos brindar más información a estas personas.</p>	<p>- Resultados sujetos al sesgo del codificador. -Se tomó a la religión y espiritualidad como la misma cosa por lo que se puede malinterpretar los resultados. -No hubo una correcta interpretación de sus hallazgos al no conocer la religión en específico de los participantes.</p>
----------------	---	---	---	---

		21				
		participantes,				
		14 mujeres y				
		7 hombres.				
		Edades				
		promedio				
		entre 34 a 87				
	Rochmawati	años.	Entrevistas semi		La	Grupo pequeño para
	et al.		estructuradas sobre		espiritualidad/religiosid	ad era tan central en la
			la influencia de		ad era tan central en la	recopilación de
10		Aleato	religión y	No	pacientes, sus	información.
	(2017)	rio	espiritualidad en		familiares y el personal	Uso de dos conjuntos
	Indonesia	Con distintas	cuidados paliativos		de cuidados paliativos	tings para la
		religiones:	de los pacientes		que se convirtió en un	recopilación de
		islam,			elemento significativo	datos.
		cristiandad,			en la provisión de	
		catolicismo,			cuidados paliativos	
		budismo, y				
		con distintos				
		padecimiento				
		s médicos.				

						El 68 % de los participantes eran negros y el 60 % eran mujeres, edad de entre 50 y 53 años.	Se excluyeron de la población de estudio los pacientes que no se declararon ni blancos ni negros (N=4,107) Fueron censurados el día de la inscripción debido a fallecimiento 19, faltaban variables de religiosidad o tenían enfermedad renal terminal. Quedaron 76,443 individuos para el conjunto de datos analíticos
11	Devika et al. (2020)	Adultos de 50, 52 y 56 años. 76, 443.	Aleatorio	Cuestionarios estandarizados que indagaban sobre características demográficas, socioeconómicas, de estilo de vida, antecedentes médicos y personales.	No	El 75 % de los participantes negros frente al 53 % de los blancos declararon sentirse cómodos con la religión. 58% y 26 % declararon un grado muy alto de espiritualidad	

12	Ferreira-Valente et al. (2019) Estados Unidos	3251 participantes Adultos con dolor crónico. 53 y 76 años	Aleatorio	Preguntas estructuradas si la religiosidad y la espiritualidad están asociadas con medidas de dolor, función la medida en que las creencias relacionadas con el dolor, las respuestas de afrontamiento del dolor y el catastrofismo se asocian con medidas de religiosidad	No	En la mayoría de los estudios ([85%] estudios los participantes eran predominantemente mujeres (rango 56–95%), con solo tres estudios hombres (rango 58-88%), y con un número desconocido de mujeres u hombres. En 12 de 13 estudios (60 %) en los que se conocía la edad promedio de los participantes, eran de mediana edad o	Se modificaron los criterios de inclusión para no incluir estudios que examinaran al menos una variable de criterio en amenos un grupo religioso. Se excluyeron de la revisión sistemática los estudios con menos de 20 participantes, revisiones narrativas, editoriales, cartas, estudios cualitativos o estudios de factibilidad.
----	--	--	-----------	--	----	---	--

			espiritualidad y la medida en que las asociaciones entre las creencias relacionadas con el dolor.		mayores, con una edad promedio en el momento de la inscripción en el estudio que oscilaba entre 53 y 76 años		
13	Rizwan et al. (2023)	Adultos pacientes de COVID-19 35 a 42 años 13 participantes (7 hombres y 6 mujeres)	Aleatorio	Entrevista semiestructurada para conocer el papel de la religión y espiritualidad.	No	Todos los participantes eran musulmanes, con una edad media de 33 años y la mitad eran mujeres. Los participantes de este estudio tendían a evitar las hospitalizaciones	Este estudio se restringió a los sobrevivientes de la infección por COVID-19 que pertenecen al nivel socioeconómico bajo solamente. El estudio no considera las diferencias de cultura y creencias religiosas

después de infectarse
con COVID

de los participantes
de diferentes sectas
y regiones. Además,
el tamaño de la
muestra de este
estudio cualitativo
(n=13) puede no ser
representativo del
todo el país con más
de 1,5 millones de
casos de COVID-19
(al 12 de agosto de
2022), pero destaca
una interesante
asociación entre
religión y
espiritualidad y la
recuperación de

pacientes con
COVID-19
entrevistados para
este estudio

Nota. Elaboración propia

Capítulo 3. Método

3.1. Participantes

La muestra incluyó 78 participantes, con edades entre 50 y 70 años, que fueron seleccionados por ser creyentes o parte de un algún grupo religioso dentro de los municipios de Chimalhuacán y Nezahualcóyotl, esta muestra tiene una confiabilidad de 92.2% y error del .008 calculados con el programa GPower versión 3.1.9.7 (Faul et al., 2020).

3.2 Instrumentos

Escala Evaluativa realizada en Londres (King et al., 2006), donde se miden las creencias espirituales: desarrollo y normalización de una escala de creencias y valores. En un primer borrador contenía 47 afirmaciones que fueron aplicadas a cuatro poblaciones: pacientes que recibían tratamiento contra el cáncer en servicios de oncología y cuidados paliativos, el segundo grupo se aplicó al personal de las mismas instituciones, el tercer grupo fue a estudiantes y personal de la universidad y los cuatro grupos fue a pacientes que acudan a tres consultas generales consecutivamente con un nivel de consistencia interna de .90.

En una segunda versión, se eliminaron siete afirmaciones de la primera versión porque suscitaban pocas respuestas a las preguntas (2,8,12,24,31,36,38)., la pregunta 23 debido a su escasa concordancia con el test y la pregunta número uno porque los participantes comentaron que su significado no estaba claro. Se realizó un análisis factorial con las 38 afirmaciones restantes en dos fases., en la primera (319 observaciones), se observaron tres principales que explicaban el 44% de la varianza esto permitió eliminar otras 11 afirmaciones (6,9,11,18,19,28,29,35,43,47) que no contribuyeron a estos factores principales, se realizó otra observación de 330 participantes que explicaban el 54% de la varianza eliminando tres preguntas que no contribuían (39,42,44) quedando así la versión dos con un total de 24 preguntas, de esa versión se eliminó la pregunta 6,11,12 y 5 ya que contenían afirmaciones

que contenían creencias espirituales fuera de un contexto religioso quedando así la tercera versión con 20 preguntas y una consistencia interna de .94 (King et al., 2006).

En una tercera versión de 20 preguntas que evalúan las creencias y valores de la religión, donde lo dividió en dos factores donde las preguntas cuatro, nueve y diez son del factor dos que corresponde a las creencias religiosas y el resto de las preguntas corresponden al factor uno de búsqueda del sentido del mundo en sus relaciones personales con los demás y en sus circunstancias personales. Se evalúa con una escala de Likert: donde 1 es nunca y 5 es siempre. Sin embargo, se hizo una traducción para México (Carrasco, 2015; Anexo 2).

Para fines de una comprensión mejor del cuestionario se eliminaron cuatro preguntas (2, 5, 9, 10) obteniendo como resultado un cuestionario de 16 preguntas.

Escala de conductas de autocuidado (ECA; Corral-Verdugo et al., 2021). Esta escala fue desarrollada en México y está compuesta por 52 ítems que miden tres dimensiones de autocuidado: físico (20 ítems), psicológico (23 ítems) y espiritual (9 ítems), con cinco opciones de respuesta de tipo Likert: 1 es nunca y 5 es siempre. Esta escala evalúa comportamientos como el ejercicio físico, ingerir alimentos saludables, promover emociones positivas, mantener relaciones positivas con los demás y practicar la meditación. Su nivel de consistencia interna es alto ($\alpha = .94$) y las saturaciones factoriales significativas entre los ítems ($p < 0.05$) estaban entre 0,58 y 0,82 (Anexo 3).

3.3 Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron a los participantes en áreas públicas, como iglesias y parques. Antes de su aplicación, se solicitó su consentimiento para participar en el estudio. Debido a la

edad, la mayoría de los instrumentos se aplicaron como entrevista individual a cada participante.

3.4 Plan de análisis

Para el análisis de los datos se utilizó el software SSPS-21 después de haber aplicado los cuestionarios se capturarán, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson para medir la relación entre las variables de creencias religiosas y autocuidado.

3.5 Aspectos éticos de la investigación

Materiales para el participante

El material de reclutamiento contiene información verídica y completa acerca de cada paso que se realizó durante todo el proceso de investigación, iniciando desde la aplicación de cuestionarios hasta el análisis de los datos obtenidos.

En el consentimiento se especificó que no se obtendría beneficio alguno de ser participe en la investigación, debido a que en lo único que se le pidió apoyo fue en la resolución del cuestionario.

En ninguna sección se expresó o se trató de influir para que los individuos aceptarán a participar de manera involuntaria, es por ello por lo que se especificó que si el participante deseaba no participar o deseaba retirar su participación podía hacerlo en cualquier momento y no tendrá consecuencia alguna.

No se utilizaron datos para contactar a las personas e invitarlas a participar en la investigación, se utilizaron otros medios para ello, por ejemplo, se hizo pública la invitación en redes sociales

para todos aquellos que deseen participar dejando en la misma publicación el enlace de acceso a la encuesta, así como hacer la invitación personalmente acudiendo a iglesias o lugares donde había reuniones de grupos religiosos.

Procedimiento relacionado con el consentimiento informado

En este estudio se incluyó un consentimiento informado, incluyendo el que se le dio a cada participante donde se especifica claramente que la participación en este estudio no tuvo consecuencia alguna ni mucho menos daños al participante, así como que se es libre de retirar en el momento que se desee sin problema alguno y por supuesto que la participación no tuvo ningún beneficio.

El consentimiento fue dado a conocer de manera física a cada participante del estudio cuando se les hizo la entrevista correspondiente.

Contenido del formato de consentimiento informado

El consentimiento informado contó con una pequeña pero clara justificación del porque se estaba realizando este estudio, así como el propósito de este, de la misma manera en el consentimiento se hizo mención del objetivo general de la presente investigación.

Se hizo mención que su participación involucra la resolución de una encuesta, lo cual no causaría daño alguno al participante, así como beneficio alguno, se señaló que los datos personales proporcionados no serían divulgados ni usados para otros fines, más que para fines del estudio, y su identidad no sería comprometida puesto que no se requiere como dato su nombre, se aclara que cualquier duda o aclaración que el participante necesite resolver sería aclarada de manera inmediata.

Se especificó que el participante estaba en la libertad de retirar su participación en el momento que decidiera y esto no tendría consecuencia alguna, de la misma forma si el participante deseaba recibir actualizaciones se mencionó que podía proporcionar su correo o algún número telefónico para hacerle llegar la información solicitada.

El procedimiento de selección de estos participantes se basó en sus prácticas culturales, en este caso sus creencias religiosas ya que el fin de este estudio fue conocer cómo influye la religión para el cuidado biopsicosocial de estas personas lo cual va a afectar o beneficiar su estado de Salud.

La información descrita en el consentimiento estuvo completa, precisa y escrita a manera que sea bastante entendible y nada confusa para aquellos que lo lean, y si llegaran a presentar duda por algo que les sea confuso o no entendible del todo pueden manifestarlo a la investigadora y esta le resolverían sus dudas.

Capítulo 4. Resultados

4.1 Resultados descriptivos

La muestra estuvo conformada por 78 cuestionarios aplicados, de los cuales la mayoría son mujeres. La edad promedio se ubicó en el rango 58.45 (6.16) correspondiente al grupo etario.

La mayoría están casados y viven en unión libre.

La mayoría tiene de 1 a 2 hijos. Donde la minoría reside en otro municipio. La ocupación predominante es trabajadores y además teniendo un nivel académico de primaria. Con una religión en la mayoría de católica y mínima es evangélico y otra (Tabla 2).

Tabla 2

Distribución de variables sociodemográficas de los participantes.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i> (%)	<i>M</i> (DE)	<i>IC %</i>
Sexo			
Masculino	16 (20.5)		
Femenino	62 (79.5)		
Edad		58.45 (6.16)	(57.06- 59.84)
Estado civil			
Soltero(a)-separado(a)	26 (33.3)		
Casado-Unión libre	34 (43.6)		
Viudo	13 (16.7)		
Divorciado	5 (6.4)		

No. Hijos

Ninguno	11 (14.1)
1 a 2	32 (41.5)
3 a 5	26 (33.3)
Más de 6	9 (11.5)

Lugar de residencia

Nezahualcóyotl	39 (50)
Chimalhuacán	31 (39.7)
Otro	8 (10.3)

Ocupación

Trabajo	56 (71.8)
No trabajo	18 (23.1)
Jubilado	4 (5.1)

Nivel académico

Sin estudios	1 (1.3)
Primaria	29 (37.2)
Secundaria	18 (23.1)
Preparatoria	16 (20.5)
Licenciatura	13 (16.7)
Posgrado	1 (1.3)

Religión

Católica	55 (70.5)
Cristiana	10 (12.8)
Evangélico	1 (1.3)
Creyente	11 (14.1)
Otra	1 (1.3)

Nota: elaboración propia; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *F* = frecuencia; % = porcentaje; *IC* = Intervalo de confianza; *IMC* = índice de masa corporal.

4.2 Resultados inferenciales

Para analizar la influencia de las creencias religiosas en el cuidado de la salud biopsicosocial en adultos de 50 a 70 años, se realizó una prueba de Pearson. Los resultados indicaron que no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable de creencias y el cuidado espiritual, físico y psicológico.

Para caracterizar la influencia de la religión en la toma de decisiones de salud de las personas, se utilizó una prueba de Spearman (Tabla 3). Los resultados indicaron que no existe asociación estadísticamente significativa entre la variable religión con las variables de cuidado físico, psicológico y espiritual.

Tabla 3

Asociación entre la variable de religión y cuidado físico, psicológico y espiritual.

Variables	Religión
Físico	.10
Psicológico	.15
Espiritual	-.08

Nota. Elaboración propia.

Para caracterizar las creencias religiosas en el cuidado de la salud de los adultos, se utilizó una prueba de ANOVA (Tabla 4). Los resultados indicaron que no existe asociación estadísticamente significativa entre creencias y sentido del mundo con las variables de cuidado físico, psicológico y espiritual.

Tabla 4

Asociación entre la variable creencias y sentido del mundo con las variables de cuidado físico, psicológico y espiritual.

Variables	Creencias y sentido del mundo
Físico	.89
Psicológico	.72
Espiritual	2.28

Nota. Elaboración propia

Para comparar el cuidado de la salud en los adultos de 50 a 60 años y de 61 a 70 años se utilizó una prueba de t student (Tabla 5). Los resultados indicaron que no existe una diferencia significativa.

Tabla 5

Comparación de cuidado de salud entre adultos de 50 a 60 años y adultos de 61 a 70 años.

Variable	Adultos	Adultos	<i>t</i>	<i>p</i>
	de 50 a 60 años. (n= 47) <i>M</i> (<i>DE</i>)	de 61 a 70 años. (n=31) <i>M</i> (<i>DE</i>)		
Físico	78.47 9.87	78.19 9.62	.12	.90
Psicológica	89.83 15.67	94.65 15.66	-1.33	.19
Espiritual	33.87 7.46	34.00 8.02	-.07	.94

Nota. Elaboración propia. n= número de participantes *M*= media *DE*= desviación típica *t*= t student *p*= diferencia estadísticamente significativa

Capítulo 5. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue analizar las creencias religiosas y su influencia en el cuidado de la salud biopsicosocial en adultos de 50 a 70 años. Se observó que las creencias religiosas no influyen en el cuidado físico y psicológico, sin embargo, hay cierta relación de las creencias religiosas y el cuidado espiritual.

En comparación con otros estudios, Boucher et al. (2018) concluyeron que independientemente de las creencias religiosas, está en las personas el decidir cuidarse o no, el si quiere ser intervenido en su atención o no pero, que si es importante tener en cuenta la religiosidad y espiritualidad en la atención sanitaria.

Dilmaghani (2017) para su estudio dividió a la población en tres grupos, los cuales se clasificaban en altamente religiosos, espiritualidad media y secularizados, concluyó que dependiendo del nivel de influencia religiosa esta va a impactar en su vida y retos de superación personal, sin embargo, como fue solamente centrado en la salud mental, tuvo cierta limitación en las diferencias económicas y ocupacionales de la población estudiada.

Kent et al. (2019) en su estudio realizado a una población que cree en Dios y que no cree en Dios, concluye que existen ciertas prácticas espirituales y cercanas a Dios, se asocian positivamente con la salud auto valorada, y también ciertas prácticas como la gratitud, las experiencias espirituales teístas, brindan como consecuencia un buen funcionamiento emocional, sin embargo, dentro de su estudio se destaca ciertas limitaciones, como la diferencia de edad, educación y principalmente los diferentes estilos de vida.

Choi & Hasting (2018) realizaron su estudio con afroamericanos que tenían el padecimiento de diabetes tipo 2, y concluyen que la influencia de la fe les permitió afrontar su problema de salud

generando un ambiente positivo y actitud esperanzadora lo que fomenta un autocuidado, ya que esto le motivaba a seguir asistiendo a sus servicios de control.

Hailey et al. (2019) realizaron su estudio específicamente a padres de familia con niños con enfermedades graves, teniendo como principal característica que todos los padres de familia eran parte de alguna religión o creyentes. En su estudio se concluye que Dios es visto como una guía para tomar decisiones en cuanto al cuidado médico de la salud de sus hijos, sin quitarles esa autonomía totalmente de decidir el cuidado; de igual manera algunos participantes del estudio mencionaron que ser parte de algún grupo religioso, lugares de culto o las figuras de autoridad, influyen de cierta manera en la toma de sus decisiones en el cuidado de la enfermedad de sus hijos, así como del cuidado de la familia, pero, por otro lado, igual hay participantes que a pesar de ser creyentes de alguna religión no influye en la toma de sus decisiones.

Yazgan y Demir (2019) basaron su investigación en personas mayores de 55 años con cáncer concluyendo que las personas basan su recuperación en las prácticas religiosas, así como recurrir al uso de plantas medicinales, es decir que influye de manera grande la religión en su estado de salud. Existe una relación positiva entre la religión y la salud mental, ya que esto, les permite afrontar su enfermedad de una mejor manera, teniendo una vida plena, dándole un sentido positivo y teniendo metas.

Almaraz et al. (2022) muestran que las prácticas religiosas y espirituales se asocian positivamente con la salud física, sin embargo, expresa que existe la posibilidad que no siempre influya de manera positiva en todos los pacientes.

Joke et al. (2018) realizaron su estudio en personas que tenían una religión diferente, y concluyó que las personas religiosas o espirituales logran expresar mejor sus necesidades para una buena atención en salud.

Drumhiller et al. (2018) realizaron su estudio a una población mixta, incluyendo a la comunidad LGBTTIQ, concluyendo que al ser un grupo poco estudiado por las características que presentaban, aporta el resultado de que cada líder religioso debe tomarse en serio su papel de brindar información a su comunidad acerca de las enfermedades que puedan surgir y su comunidad pueda actuar de manera preventiva y disminuir el impacto de estas, ya que una de las enfermedades que se menciona dentro del estudio fue el VPH, puesto que se realizó el estudio solamente a hombres.

Rochmawati et al. (2017) realizaron su investigación a participantes con distintas religiones, concluyendo que la espiritualidad y la religiosidad es un factor importante en la vida de los pacientes por lo que el personal de cuidado paliativos debe tomarlo en cuenta al momento de tratar con estos pacientes.

Devika et al. (2020) concluyeron en base a su estudio que existe cierto grupo de participantes los cuales están cómodos con la religión y esta los ayuda a tener una influencia positiva en su estilo de vida y cuidados médicos con el objetivo de mantener un buen estado de salud.

Ferreira-Valente et al. (2019) investigaron a participantes adultos con dolor crónico, concluyendo que la religiosidad y espiritualidad tienen gran influencia positiva ante el afrontamiento al dolor físico y agotamiento psicológico de las personas, ya que basan su fe en la realización de diferentes actividades religiosas o incluso en ser parte de las actividades realizadas por los grupos religiosos.

Finalmente, Rizwan et al. (2023), realizaron su estudio en pacientes adultos que padecían COVID-19, concluyendo que un mal líder religioso puede influir negativamente en el cuidado y atención en salud de las personas que se encuentran en situaciones complicadas de salud, ya que los participantes mencionaron que tendían a evitar las hospitalizaciones durante si infección a la enfermedad mencionada.

Capítulo 6. Conclusiones.

6.1 Conclusiones

Para concluir con esta investigación, es importante rescatar que las investigaciones más recientes contemplan factores sociodemográficos, conductuales, de apoyo social y económicos entre otros, que han sido puestos en relación con aspectos intrínsecos de la religión como la fe, la oración o la meditación, es decir, que la mayoría de las religiones suele creer en la dualidad cuerpo-alma. Desde este punto de vista, la espiritualidad o la religiosidad sería todo aquello relacionado con el alma, con el elemento más esencial y sagrado que se supone existe en el ser humano. Es por ello que, a comparación de otras investigaciones, el presente estudio arrojó datos que no son los esperados puesto que se tiene la creencia que las personas que profesan una religión tienden a tener un mayor cuidado biopsicosocial de su salud, sin embargo, a lo analizado los participantes específicamente de esta edad no influye su religión en el cuidado de su salud.

Es por ello, respecto a la edad de los participantes, era de 50 a 70 años, la mayoría de ellos, tiene claro que deben cuidarse y mantener buenos hábitos, sin embargo, alguno de sus argumentos para no hacerlo es su ocupación y el tiempo del que disponen para realizar sus actividades, ya que la mayor parte de ellos aún siguen trabajando, ya sean comerciantes o aún empleados de alguna empresa, y por ese motivo gran parte de su tiempo lo pasan fuera de casa, lo que hace más complicado el tener momentos para acudir al doctor para realizarse revisiones o estudios, tener tiempo para preparar comida y poder llevársela, el realizar algún tipo de actividad física o prácticas como yoga, meditación, etc.

Los participantes refieren que al ser ellos quienes velan por sí mismos, en cuanto a obtener ingresos y poder mantener un estilo de vida decente, no pueden darse el tiempo de realizar

prácticas que beneficien a su salud, puesto que cuando tienen un tiempo libre prefieren descansar.

6.2 Limitaciones

Aunque los resultados no fueron de todo los que esperamos, se debe de considerar las siguientes limitaciones:

- El tamaño de la muestra fue pequeño, por lo cual podría impedir la generalización de los resultados.
- No se realizó una comparación de participantes con distintas edades por falta de tiempo
- El lugar donde fue realizado no fue el adecuado por el ruido y distractores, ya que la mayoría de las personas fueron entrevistadas.
- La falta de tiempo al realizar cada instrumento, ya que cada participante contaba con un limite de tiempo.

6.3 Sugerencias

Se sugiere tomar en cuentas las limitaciones mencionadas anteriormente, ya sea para la replicación del estudio o para el diseño de futuras investigaciones.

Para lograr un resultado más amplio, se sugiere ampliar el campo de investigación, es decir, tener una población mixta, con diferentes edades, diferentes creencias, para así tener una comparación y ver si realmente las influencias religiosas impactan en el cuidado de la salud, o no lo hacen.

Es recomendable tener intervenciones con la población en general, ya que, durante la investigación se identificó que los adultos saben que deben de cuidarse, pero, no lo hacen por falta de tiempo, por el cansancio, o simplemente por falta de interés, es por ello, que a pesar de las ocupaciones que tengan, deben de darle la importancia al cuidado de su salud.

Referencias

- Amerongen, J., Schaap, H., Hennipman, C., Anbeek, C., & Braam, A. (2018). Patients' Needs of religion/spirituality integration in two mental health clinics in the Netherlands. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1). <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1475522>
- Albalat, C., Fernández, E., & López, J. J. (2014). Pensamiento constructivo como medida de inteligencia emocional en patología dual. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(4), 47-58.
- Almaraz, D., Saiz, J., Moreno, F., Sánchez, I., Molina, A., & Goldsby, T. (2022). What aspects of religion and spirituality affect the physical health of cancer patients? a systematic review. *Healthcare*, 10(8). <https://doi.org/10.3390/healthcare10081447>
- Alexander, L. & Ivy, A. (1947). Código de Nüremberg. *Normas éticas sobre experimentación en seres humanos*. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf
- Asociación Médica Mundial. (1964). Declaración de Helsinki. *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.medicina.uanl.mx/investigacion/wp-content/uploads/2019/05/22-declaracion-de-helsinki-asociacion-medica-mundial-1.pdf>
- Benjumea, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 25(1), 106-112.
- Boucher, N., Steinhauser, K., & Johnson, Kimberly. (2018). Opiniones de veteranos de edad avanzada gravemente enfermos el papel de la religión y la espiritualidad en la prestación de asistencia sanitaria. *Revista Americana de Medicina Paliativa y de Hospicios*, 1-8. DOI: 10.1177/1049909118767113
- Carrasco, Y. (2015). La religión y sus influencias en las conductas de salud. Tesis para obtener el título de doctor en psicología por la universidad de Huelva.

https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/11985/La_religion_y_su_influencia.pdf?sequence

Castellano, F. (1947). *Filosofía de la religión*. Buenos Aires: Difusión.

Castellanos, F., & Lucero, A. (2013). Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. *Revista de investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14(2). ISSN: 0124-2059

Choi, S., & Hastings, J. (2019). Religión, espiritualidad, afrontamiento y resiliencia entre los afroamericanos con diabetes. *Revista de Religión y Espiritualidad en el trabajo social: pensamiento social*, 38(1). <https://doi.org/10.1080/15426432.2018.1524735>

Corral-Verdugo, V., Pato, C. y Torres-Soto, N. (2021). Testing a tridimensional model of sustainable behavior: self-care, caring for others, and caring for the planet. *Environment, Development and Sustainability*, 1-16. doi: 10.1007/s10668-020-01189-9

Dein, S. (2018). Religión y salud mental: el caso de la inclusión de la religión y la espiritualidad en la atención psiquiátrica. *BJOsyh Bulletin*. 42. doi:10.1192/bjb.2017.13

Delucchi, A. D. (1966). Situación, personalidad, conducta. *Revista de Psicología*, (3), 33-36. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.866/pr.866.pdf.

Devika N., Kerri, L., Cavanaugh, K A., Wallston, O M., Thomas, S., William, J B., Alp, I. & Loren, L. (2020). Religion, spirituality, and risk of end-stage kidney disease among adults of low socioeconomic status in the southeastern United States. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 31(4), 1727-1746. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2020.0129>

Díaz, C. (1997). *Manual de historia de las religiones*. Ed. Descleé de Brouwer. [https://es.studenta.com/content/141356099/carlos-diaz-manual-de-historia-de-las-](https://es.studenta.com/content/141356099/carlos-diaz-manual-de-historia-de-las-religiones)

[religiones](https://es.studenta.com/content/141356099/carlos-diaz-manual-de-historia-de-las-religiones) Diego, R., & Guerrero, M. (2018). La influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables/no saludables. *Cultura de los cuidados*, 22(52). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.15>

- Díez, P. A. (2016). Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Revista Asociada Española Neuropsiquiátrica*, 37(131), 127-143. DOI: 10.4321/S0211-57352017000100008
- Diccionario panhispánico del español jurídico. (2022). *Influencia*. Asociada a la Real Academia Española. <https://dpej.rae.es/lema/influencia>
- Dilmaghani, M. (2017). Importancia de la religión o la espiritualidad y la salud mental en Canadá. *Revista Salud Religiosa*, 57:120–135. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0385-1>
- Drumhiller, K., Nanín, J., Gaul, Z., & Sutton, M. (2018). The influence of religion and spirituality on HIV prevention among black and latino men who have sex with men, New York city. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0626-y>
- Editorial Eteté. (2020). *Creencia*. Argentina. <https://concepto.de/creencia/>
- Epstein, S. (1998). Constructive thinking: the key to emotional intelligence. *PRAEGER*. http://hozekf.oerp.ir/sites/hozekf.oerp.ir/files/kar_fanavari/manabe%20book/Thinking/constructive%20thinking-%20the%20Key%20to%20emotional%20intelligence.pdf
- Epstein, S. & Meier, P. (1989). Constructive thinking: a broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 332-350. doi:10.1037/0022-3514.57.2.332
- Faul, F. (2020). *GPower versión 3.1.9.7*. Universität Kiel, Germany.
- Ferreira-Valente, A., Sharma, S., Torres, S., Smothers, Z., País-Ribeiro, J., Haxby, J., Jensen, M. (2019). Does Religiosity/Spirituality Play a Role in Function, Pain-Related Beliefs, and Coping in Patients with Chronic Pain? A Systematic Review. *Journal of Religion and Health*, 61:2331–2385. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00914-7>
- Fonseca, M. (2016). Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 68(3), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.011>

- Geertz, C. (1973). La interpretación de las culturas. (Ed). Gedisa.
https://monoskop.org/images/c/c3/Geertz_Clifford_La_interpretacion_de_las_culturas.pdf
- Gracia, D. (2000). Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En F. Lolas Stepke (Ed.).
Bioética y cuidado de la salud: equidad, calidad, derechos. (pp. 35-52).
<https://www.paho.org/chi/dmdocuments/cuidado2.pdf>
- González-Valdés, T. L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), 19-29.
- Hailey, M., Desjardins, C., Ferrara, B., Kitamura, E., Mueller, M., Betz, J., Ragsdale, J., & Grosseohme, D. (2019). Uso de la religión y la espiritualidad por parte de los padres en la medicina. *Revista de capellanía de atención médica*, 27(3).
<https://doi.org/10.1080/08854726.2019.1670566>
- Hollywel, C., & Walker, J. (2009). Private prayer as a suitable intervention for hospitalised patients: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*
<https://doi.org/10.1111/j.13652702.2008.02510.x>
- INEGI. (2020). *Clasificación de religiones.*
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197261.pdf
- Joke, C. Schaap, H., Hennipman, C., Anbeek, C & Braam, A. (2018). Patients' needs of religion/spirituality integration in two mental health clinics in the Netherlands, *Issues in Mental Health Nursing*, DOI: 10.1080/01612840.2018.1475522
- Kent, V., Stroope, S., Kanaya, A., Zhang, Y., Kandula, N., & Shields, A. (2019). Religión/espiritualidad privada, salud auto valorada y salud mental entre los sudasiáticos de EE.UU. *Quality of Life Research*, 29, 495-504. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02321-7>

- King, M., Jones, L., Barnes, K., Low, J., Walker, C., Wilkinson, S., Mason, C., Sutherland, J., y Tookman, A. (2006). Measuring spiritual beliefs: development and standardizations of a Beliefs and Values Scale. *Psychological Medicine*, 36(3), 417-425.
- Lassier, J., Saleh, L., Grov, C., Starks, T., Ventuneac, A., & Parsons, J. (2017). Psychology of Religion and Spirituality. *American Psychological Association*. DOI: <https://dx.doi.org/10.1037/rel0000146>
- Ley general de salud. (1984). Cámara de diputados del H. congreso de la unión. Secretaria general. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Löwy, M. (2006). La teoría marxista hoy. Problemas y perspectivas marxismo y religión ¿opio del pueblo? http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/formacionvirtual/20100717073032/6_cap4.pdf
- Mafla, N. (2013). Función de la religión en la vida de las personas según la psicología de la religión. *Revista Teológica Javeriana*, 63(176), ISSN: 0120-3649
- Muñoz, M., & Boris, L. (2008). Estrategias de autocuidado en el personal de un centro de protección simple. *Psicología y salud*, 18(001), 123-127.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2013). Clinical Practice guidelines for Quality Palliative care, 79(9). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4671283/pdf/nihms736777.pdf>.
- National Geographic. (2016). ¿Qué es religión? <https://www.nationalgeographic.es/historia/2023/02/quien-fue-constantino-i>
- Navas, C., & Villegas, H. (2007). Espiritualidad y salud. Saberes compartidos. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/cdch/saberes/a1n1/art5.pdf>
- Ocampo, J M., Romero, N., Herrera, J & Reyes-Ortíz, C. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores, 37(2), supl1: 26-30. <https://doi.org/10.25100/cm.v37i2%20Supl%201.434>

- Organización Mundial de la Salud. (1948). *¿Cómo define la OMS la salud?*
<https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/1997-08957-000>
- Peñaloza, M. (2010). Teoría de las decisiones. *Revista Perspectivas*, (25), 227-240.
<https://www.redalyc.org-articulo.oa?id=425942454012>
- Pikaza, X. & Silanes, N. (1992). Diccionario teológico: el Dios cristiano. Ed. Secretariado Trinitario, Salamanca. *Scripta Theologica*, 26(2), 837-838.
DOI: <https://doi.org/10.15581/006.26.16783>
- Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2). ISSN 1794-9998
- Rizwan, M., Akram, M., Ahmad, A & Arshad, A. (2023). The Role of Religion and Spirituality to Cope with COVID-19 Infections Among People of Lower Socioeconomic Status in Pakistan: An Exploratory Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01781-z>
- Rochmawati, E., Wiechula, R & Cameron, K. (2017). Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care service in Indonesia: An ethnographic study. *Journal Wiley Nursing & Health Sciences*. 1-7. DOI: 10.1111/nhs.12407
- Yazgan, E., & Demir, A. (2019). Factors Affecting the Tendency of Cancer Patients for Religion and Spirituality: A Questionnaire-Based Study. *Springer Science+Business Media*, 58(3). DOI 10.1007/s10943-017-0468-Z
- Walsh, F. (2009). *religion, Spirituality and the Family*. (2a. ed.). Nueva York: The Guilford Press

Anexos

Anexo 1

Sintaxis empleada para la búsqueda de artículos en PubMed (Health care[Title/Abstract] OR health decisions[Title/Abstract] OR mental hygiene[Title/Abstract] OR self-care[Title/Abstract] OR lifestyles[Title/Abstract]) AND (beliefs[Title/Abstract] OR religious[Title/Abstract] OR biopsychosocial[Title/Abstract] OR spirituality[Title/Abstract] OR religiosity intrinsic[Title/Abstract] OR religion extrinsic religión[Title/Abstract])

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%28health+care+for+health+decision+for+mental+hygiene+for+self+care+or+lifestyle%29+AND+%28beliefs+or+religious+or+biopsychosocial+or+spirituality+or+religiosity+or+intrinsic+religion+or+extrinsic+religious%CC%81n%29&filter=years.2022-2023&page=1>

ANEXO 2

Cuestionario sobre influencias religiosas en el cuidado de la Salud en adultos.

1. Sexo:
2. Edad:
3. Estado civil:
4. Talla:
5. Peso:
6. Número de Hijos:
7. Lugar de residencia:
8. Ocupación:
9. Nivel de Estudios:
 - () Ninguna
 - () Primaria
 - () Secundaria
 - () Preparatoria
 - () Licenciatura
 - () Posgrado
10. ¿Qué religión profesa?
 - a) Católica
 - b) Cristiana
 - c) Evangélico
 - d) Creyente
 - e) Otra **¿Cuál?**

Instrucciones: El cuestionario que se presenta a continuación pretende recoger su opinión sobre sus creencias religiosas. Sus respuestas serán totalmente anónimas. Por favor lea atentamente los enunciados de todas las preguntas y conteste a las mismas de forma sincera. Marque con X en los cuadros. Si no entiende alguna pregunta o esta le genera dudas, por favor hágaselo saber al investigador. Él le ayudará. Muchas gracias por su colaboración.

Preguntas	Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Soy una persona espiritual					
2. ¿Creo en un Dios personal?					
3. ¿Creo que la meditación-rezar tiene mucho valor?					
4. ¿A pesar de que no siempre lo puedo entender, creo que todo pasa por alguna razón?					
5. ¿Soy una persona religiosa?					
6. ¿Las ceremonias religiosas son importantes para mí?					
7. ¿Creo que lo que pasa después de mi muerte está muy relacionado con cómo he vivido mi vida?					
8. ¿Creo que toda mi vida está planificada?					
9. ¿Creo que Dios es una fuerza de vida?					
10. ¿Creo que existe un Cielo?					
11. ¿Creo que rezar tiene valor?					

12. ¿Creo que existe un Dios?					
13. ¿Mi religión influye en todo lo que hago?					
14. ¿Mi práctica religiosa se debe principalmente a lo que la sociedad espera de mi					
15. ¿Siento la intervención divina dentro de mi vida?					
16. ¿La religión está fuera de mis experiencias e intereses					

Anexo 3

Instrucciones: El cuestionario que se presenta a continuación pretende recoger su opinión sobre el cuidado de la Salud. Sus respuestas serán totalmente anónimas. Por favor lea atentamente los enunciados de todas las preguntas y conteste a las mismas de forma sincera. Marque con X en los cuadros.

Si no entiende alguna pregunta o esta le genera dudas, por favor hágaselo saber a las investigadoras y le ayude a resolver su duda. Muchas gracias por su colaboración.

Preguntas	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre
1. Hago algún tipo de actividad física					
2. Procuro alimentarme con comidas saludables					
3. Acostumbro a alternar la posición de mi cuerpo a lo largo del día para preservar mi salud.					
4. Frecuentemente reviso mi cuerpo para verificar si hay algún cambio.					
5. Reduzco el consumo de sal en mi dieta.					
6. Duermo lo suficiente para sentirme descansado					
7. Hago cambios en mis hábitos alimenticios para mantener el peso que me corresponde.					
8. Hago cambios en mis malos hábitos para mantener mi salud.					

9. Asisto a revisión médica periódica para mantener mi salud					
10. Antes de consumir un medicamento, procuro informarme sobre los efectos dañinos a la salud					
11. Trato de no auto medicarme cuando padezco algún dolor o enfermedad.					
12. Hago cambios en mis hábitos para mantener el peso que me corresponde					
13. Mantengo prácticas de higiene personal todos los días (higiene dental, lavado de manos, baño, cortar las uñas, etc.).					
14. Procuro lavarme los dientes tres veces al día					
15. Procuro bañarme diariamente					
16. Mantengo mis uñas cortas y limpias.					
17. Descanso para recuperar mi salud y energía.					
18. Consumo por lo menos tres comidas al día (desayuno, comida y cena					
19. Realizo una dieta balanceada para mantener mi salud.					
20. Evito consumir alimentos que perjudican mi salud (grasas, sales, embutidos, dulces, refresco, etc.)					

21. Normalmente me preocupo mucho por lo que siento					
22. Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones					
23. A menudo pienso en mis sentimientos.					
24. Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo					
25. Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo.					
26. Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida					
27. Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.					
28. Hago actividades para descansar de las preocupaciones diarias (leer un libro, hacer algún deporte, salir a correr, entre otros.).					
29. Me tomo el tiempo para hacer cosas que me agradan.					
30. Procuo mantener el equilibrio entre mi cuerpo, mis emociones y mi mente.					
31. Participo en actividades que me ayudan a ser una persona mejor.					

32. Hago actividades que me generan bienestar					
33. Procuero conocerme mejor cada día					
34. Hago cosas que me producen placer.					
35. Disfruto mantener relaciones sanas con los otros					
36. A diario procuro estar bien conmigo mismo(a)					
37. Después del trabajo (o estudio) procuro recompensarme con cualquier actividad placentera.					
38. Cuando percibo que estoy estresado(a) procuro pensar en otras cosas.					
39. Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.					
40. Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.					
41. Me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones					
42. Presto mucha atención a cómo me siento.					
43. Para mantener mi mente relajada y en calma, practico actividades que me ayuden a sentirme mejor					

44. Experimento satisfacción después de meditar					
45. Recorro a la meditación para encontrar paz y fuerza interior					
46. Realizo actividades espirituales para encontrar armonía con el mundo.					
47. Me siento conectado(a) con un ser superior a mi (Dios).					
48. Realizo prácticas espirituales para mantener mi salud (yoga, tai chi meditación, rezar, grupos de convivencia bíblica, lectura de textos espirituales, etc.)					
49. Mi relación con un ser superior (dios) me ayuda a amar a los demás.					
50. He aprendido a perdonar a otras personas.					
51. He aprendido a perdonarme a mí mismo.					
52. Busco confort a través de medios espirituales (oración, meditación, asistencia a servicios religiosos o espirituales o tomando conserjería espiritual).					

ANEXO 4



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es informarle acerca del proyecto de investigación y solicitar su consentimiento para ser participe en la resolución de una encuesta.

La presente investigación se titula “Influencia de las creencias religiosas en el cuidado de la Salud en adultos” y es llevado a cabo por Yazmin Valeria Sampablo Lara, estudiante de la licenciatura en Educación para la Salud de la universidad autónoma del Estado de México, el objetivo de esta investigación es analizar las creencias religiosas y su influencia en el cuidado de la Salud biopsicosocial en adultos de 50 a 70 años, se decidió trabajar sobre este tema porque como sabemos la religión influye en gran parte de la población, se ha demostrado que aquellos que son creyentes tienen un mejor cuidado de su salud y por lo tanto un mejor estado de salud, con este estudio se pretende conocer con mayor profundidad que es lo que motiva a la población para tener un mejor cuidado de su salud así como lo que llevan a cabo para esto, para que la información sea certera solo se incluirá a personas que sean creyentes o formen parte de algún grupo religioso.

Para ello, se le solicita participar en esta encuesta que le tomara un aproximado de 30 minutos, donde todos aquellos datos personales que nos proporcione serán usados única y exclusivamente para fines educativos por lo cual su identidad no se verá expuesta puesto que no se requiere su nombre, todo será de carácter estrictamente confidencial; utilizándose únicamente por el equipo de investigación y con su posible difusión en foros de expertos y no estará disponible para ningún otro propósito.

Mi participación en este programa es absolutamente voluntaria, no conlleva ningún riesgo ya que no se realizarán pruebas clínicas ni tratamientos médicos.

Estoy en plena libertad de negar o de retirar mi participación de este estudio en el momento que decida sin consecuencia alguna.

Estoy consciente de que no recibiré ningún beneficio directo ni compensación económica por mi participación.

Cualquier posible duda o aclaración que necesite resolver en cuanto al procedimiento, o cualquier asunto relacionado con la investigación le será resuelta de manera inmediata y sin rodeo alguno.

Si así lo desea, puede proporcionar su correo o algún teléfono para recibir actualizaciones o los resultados que se obtengan de dicha investigación cuando esta sea finalizada, se le hará llegar al medio que nos proporcione.

Si deseo obtener más información estoy enterado(a) que puedo acudir al centro universitario UAEM Nezahualcóyotl ubicado en Av. Bordo de Xochiaca, S/N, Benito Juárez, 57000 Nezahualcóyotl, Méx. Tels: 55 5112 6372.

Declaro que he leído y comprendido la información, así como resuelto dudas acerca de estas actividades educativas, se me ha explicado y me siento satisfecho con la información recibida y finalmente doy mi consentimiento:

Doy consentimiento SÍ () NO ()

Firma