

**PRÁCTICAS RELIGIOSAS Y SALUDABLES EN LOS USUARIOS DE LA
FUNDACIÓN HOSPITALARIA IPS UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE LA
CIUDAD DE MEDELLÍN**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Facultad de Ciencias de la Salud
Enfermería

Anny Soleny Arias Sosa
Marlen Ibeth Chaverra Castellar

Medellín, Colombia

2015



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: **“Prácticas Religiosas y Saludables en los Usuarios de la Fundación Universitaria Adventista en la ciudad de Medellín”**, elaborado por las estudiantes: ANNY SOLENY ARIAS SOSA Y MARLEN IBETH CHAVERRA CASTELLAR, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptualizar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Bueno

Medellín, Mayo 19 de 2015

Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente I

Mg (c). Olga Liliana Mejía
Secretaria

Mg. Diana Ruíz Restrepo
Vocal

Anny Arias Sosa

Anny Soleny Arias Sosa
Estudiante

Marlen Chaverra Castellar
Marlen Ibeth Chaverra Castellar
Estudiante

Se agrade por su contribución para el desarrollo de esta investigación, en primer lugar a nuestro buen Dios, nuestro padre, a nuestro señor Jesucristo, gracias infinitas por haber guiado nuestras vidas en pro del servicio a los demás, por brindarnos fortaleza en los momentos de angustia, en nuestras noches de desvelo, porque siempre nos permitió ver su luz de esperanza para continuar, siempre vimos tu mano poderosa Dios, guiándonos y otorgándonos fuerza, aliento y esperanza.

Infinitas gracias a nuestras familias, quienes en la distancia fueron un apoyo incondicional para el logro de nuestra meta. Sabemos que sin sus oraciones, sin su apoyo emocional y financiero nada habría sido posible. Además, queremos dar un agradecimiento especial al cuerpo de docentes de la facultad de ciencias de la salud de la Corporación Universitaria Adventista, por la guía y orientación en nuestra formación profesional

Hacemos público nuestro agradecimiento al director de la IPS Fundación Hospitalaria Universitaria Adventista de Medellín quien nos permitió realizar nuestro proyecto de investigación en la institución.

Se dedica este trabajo a Dios, pues ha sido el todopoderoso, quién ha iluminado nuestro sendero cuando más oscuro ha estado, ha sido el creador de todas las cosas, el que nos ha dado la fortaleza para continuar cuando a punto de caer hemos estado; aún sin merecerlo, nos regala su inmenso amor y misericordia por ello, dedicamos nuestro trabajo a Dios.

RESUMEN DEL PROYECTO

Corporación Universitaria Adventista
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

Título: PRÁCTICAS RELIGIOSAS Y SU RELACIÓN CON PRÁCTICAS
SALUDABLES EN LOS USUARIOS DE LA FUNDACIÓN HOSPITALARIA
INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD (IPS) UNIVERSITARIA ADVENTISTA
DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN.

Nombre de los integrantes del grupo:

Anny Soleny Arias Sosa

Marlen Ibeth Chaverra Castellar

Asesor:

Mg. Milton Andrés Jara Ramírez

Fecha de terminación del proyecto:

Problema

El ser humano es un ser integral que tiene clara sus ideas, motivos y planes de acción, en el por qué y para qué de los mismos; pero además sabe cuáles son sus limitaciones, impedimentos en sus razonamientos, intereses, motivos y posibilidades de actuar. Allí entra en juego las prácticas religiosas y las prácticas saludables que una de ellas o ambas es una forma de vida, donde cada individuo tiene la libertad de elegir según sea su convicción. De ahí la importancia a investigar sobre este tema; ya que aportara las herramientas necesarias para el cuidado del paciente.

En esta perspectiva, el propósito de este proyecto es identificar la relación existente entre prácticas religiosas y las prácticas saludables en los usuarios de la IPS Fundación Hospitalaria Universitaria Adventista en la ciudad de Medellín.

Método

La investigación se desarrolló en la IPS Fundación Hospitalaria Universitaria Adventista en la ciudad de Medellín en el mes de enero del 2015; la presente

investigación es de tipo cuantitativo transversal de tipo correlacional. Se utilizó una muestra total de 300 personas, los criterios de inclusión fueron: personas mayores de 20 años, personas pertenecientes a todas las religiones y personas sanas o que tenga comprometida su salud.

El instrumento fue validado por expertos, posterior a su validación se mide la confiabilidad del mismo, el contenido de la encuesta se estructura a partir de dos secciones 1. Datos generales que permitieron caracterizar la población en estudio; en total seis (6) preguntas. 2. Datos específicos que se refieren a las variables prácticas religiosas y prácticas saludables; en total 36 preguntas. Se maneja la escala Likert de respuesta a cada pregunta de 1 a 5; donde 1: nunca, 2: casi nunca, 3: a veces, 4: casi siempre, 5: siempre. Para un total de preguntas de 42. El entrevistado debe marcar con una (x) la opción de respuesta acorde a su pensamiento.

Resultados

Se concluye que el género representativo en la población encuestada correspondió al femenino con un 56,3 %, a su vez la mayor muestra se encuentra en el rango de edad mayor de 51 años con un porcentaje de 36,7%.

Con respecto al estrato socio-económico de la población que participó en la investigación, se concluye que el 35,7 % reside en un nivel socio-económico 3, siendo el más predominante de todos los estratos.

En relación al nivel de estudio de la población encuestada, el más representativo fue el corresponde a bachillerato con un 23,7 %; seguido del universitario con un 22,0 %. Con respecto a la ocupación de los encuestados, el más representativo fue el que se encuentra en la categoría de empleado con un 34,7 %.

En cuanto a la religión de la población encuestada, se concluye que la más representativa fue la doctrina católica con un 66,3 %.

Conclusiones

Se concluye que el cuidado que enfermería brinda a los pacientes, familias y comunidad, debe ser valorado desde el metaparadigma de la disciplina, lo que quiere decir desde un enfoque integral, para esto se requirió del conocimiento de las creencias religiosas y de las diferentes formas de expresión de la religiosidad / espiritualidad en los individuos y como esta dimensión se entrelaza con las prácticas saludables. En este contexto y de acuerdo a los resultados arrojados mediante la aplicación del instrumento y posterior análisis, se infiere que existe relación entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables en los usuarios que consultan a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.

Mediante el estudio de las dimensiones prácticas religiosas y prácticas saludables, se encontró en los usuarios encuestados tres factores que influyen en la salud: el primero corresponde a la creencia en su ser supremo que orienta y facilita las decisiones cotidianas, el segundo concierne a la influencia de la religiosidad en la reducción de la tensión, mejoría física, bienestar mental y la tercera compete a el apoyo a social, el cual se evidencia en que la comunidad religiosa incita a adoptar estilos de vida que nos promueve la buena salud.

INTRODUCCIÓN

Todas las culturas y civilizaciones descritas en la historia de la humanidad se han caracterizado por las prácticas religiosas entendiéndose como una serie de normas y principios basados en los valores morales inmersos en una religión o creencias; con énfasis en una ayuda espiritual de un ser divino, llamado Dios o creador de todas las cosas, en el caso del Cristianismo. Con el propósito de elevar el comportamiento de las personas a niveles aceptados por la sociedad y a su vez aferrarse a ese Dios para superar crisis ya sea de salud, financiera, social o cualquier necesidad que el hombre presente. Tal como lo define Cabanellas “Religión es el conjunto de creencias y dogmas acerca de la divinidad, sentimiento de veneración y temor, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales principalmente la oración y el sacrificio para darle culto” (1).

Por tal razón las personas cuando se encuentran en periodos críticos buscan fortaleza en los aspectos religiosos, como la oración, el rezo, los rituales que junto con la fe en un ser Divino considerado guía espiritual permite encontrar paz, gozo a sus almas; especialmente cuando se ve afectada la salud por alguna enfermedad grave que ponga en peligro la vida.

Por otro lado, se entienden que las prácticas saludables como todas aquellas conductas asumidas como estilo de vida y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso, la higiene corporal y postural, actividad física planificada, temperancia, agua abundante, aprovechamiento de la luz solar, aire puro y confianza en Dios.

A este propósito, se debe concebir el hombre como un ser holístico e integral donde interactúan aspectos extrínsecos e intrínsecos que determinan su comportamiento en

diferentes aspectos de la vida; especialmente cuando se trata de la salud para mantenerla o recuperarla cuando se ve amenazada por alguna enfermedad.

De allí la importancia del tema de investigación prácticas religiosas y su relación con las prácticas saludables, con el propósito de identificar dichas dimensiones y que sean utilizadas como aliadas en la toma de decisiones en la aplicación del proceso de atención de enfermería con el fin de ser más eficaces en la recuperación de la salud de los individuos.

Dicho proyecto tiene aportes desde el punto de vista teórico; en él se profundizó en las diferentes costumbres religiosas y saludables de los individuos; en cuanto al aspecto práctico permite dar crecimiento al campo de la salud, orientando a enfermeros y enfermeras encargados del cuidado.

CONTENIDO

CAPÍTULO UNO – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1. Justificación.....	1
2. Planteamiento del problema.....	1
3. Hipótesis de investigación.....	5
4. Pregunta de investigación.....	6
5. Objetivos.....	6
5.1 Objetivo general.....	6
5.2 Objetivos específicos.....	6
6. Viabilidad de la investigación.....	6
7. Alcance de la investigación.....	7
8. Delimitaciones de la investigación.....	7
9. Limitaciones de la investigación.....	7
CAPÍTULO DOS – MARCO TEÓRICO.....	8
1. Marco conceptual.....	8
1.1 Religión.....	9
1.2 Fe.....	10
1.3 Milagro.....	11
1.4 Prácticas religiosas.....	13
1.5 Prácticas saludables.....	15
1.6 Creencias.....	16
2. Cultura.....	17
2.1 Cuidado.....	19
2.2 Enfermedad.....	23
3. Marco referencial.....	24
4. Marco Institucional.....	29
4.1 Escenario.....	29
4.2 Misión.....	30
4.3 Visión.....	30
4.4 Principios guiadores.....	30
4.5 Valores corporativos.....	31

5. Marco legal.....	32
6. Marco disciplinar.....	35
7. Marco religioso.....	36
8. Marco teórico	39
CAPÍTULO TRES – MARCO METODOLÓGICO	42
1. Descripción de la Población	42
2. Enfoque de la investigación	42
3. Tipo de investigación	42
4. Selección de la muestra	43
5. Instrumentos para la recolección de información.....	44
6. Análisis de confiabilidad del instrumento	44
7. Estrategia de análisis de datos	45
8. Aspectos éticos de la investigación	46
9. Cronograma de actividades	48
CAPÍTULO CUATRO – ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	50
1. Análisis de los datos demográficos	50
2. Análisis de la variable prácticas religiosas.....	54
2.1 Primer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas	55
2.2 Segundo grupo de articulación de la variable prácticas religiosas	57
2.3 Tercer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas.....	58
2.4 Tendencia separada o diferente	61
2.5 Síntesis general de la variable prácticas religiosas	61
3. Análisis de la variable prácticas saludables	63
3.1 Primer grupo de articulación de la variable prácticas saludables	63
3.2 Segundo grupo de articulación de la variable prácticas saludables.....	65
3.3 Tendencia separada o diferente	66
3.4 Síntesis general de la variable prácticas saludables.....	67
3.5 Síntesis general de las variables prácticas religiosas y prácticas saludables ...	67
CAPÍTULO CINCO – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
1. Conclusiones	69
2. Recomendaciones	70
REFERENCIAS	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estadísticos de Fiabilidad.....	45
Tabla 2. Cronograma de actividades.....	48
Tabla 3. Agrupación general de la variable prácticas religiosas.....	55
Tabla 4. Primer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas.....	56
Tabla 5. Segundo grupo de articulación de la variable prácticas religiosas.....	57
Tabla 6. Tercer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas.....	60
Tabla 7. Agrupación general de la variable prácticas saludables.....	63
Tabla 8. Primer grupo de articulación de la variable prácticas saludables.....	64
Tabla 9. Segundo grupo de articulación de la variable prácticas saludables.....	66

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Selección de casos del total de la población	50
Gráfica 2. Distribución por edad de la población encuestada	51
Gráfica 3. Distribución por género de la población encuestada.....	51
Gráfica 4. Distribución socio – económica de la población encuestada	52
Gráfica 5. Distribución por nivel de estudio de la población encuestada	52
Gráfica 6. Distribución por ocupación de la población encuestada	53
Gráfica 7. Distribución religiosa de la población encuestada	53
Figura 8. Tendencia separada o diferente	61
Figura 9. Tendencia separada o diferente	67

CAPÍTULO UNO – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Justificación

La relación entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables juegan un papel importante en la vida de las personas, predominando en las conciencias colectivas y determinando el actuar de los individuos; especialmente cuando se ven enfrentados a un proceso patológico ya sea físico o psicológico por lo tanto éste proyecto busca identificar la relación existente entre prácticas religiosas y prácticas saludables en los usuarios de la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín..

Teniendo en cuenta la esencia y razón de ser de la enfermería según Nightingale, citada por León, “la enfermería es ciencia y arte” (2). A partir de este concepto se destaca el cuidado como objeto de estudio y razón de ser de la enfermería desde todos los paradigmas del individuo, permitiendo caracterizar a los individuos; razones por las que se considera relevante el desarrollo de dicha investigación aportando por consiguiente en la valoración holística e identificación de las necesidades de los pacientes por parte de los profesionales. En este sentido, se permitirá abrir una ventana de luz al conocimiento científico de la salud a partir de la relación existente entre las prácticas religiosas y prácticas saludables como mecanismos usados por las personas para mantener un estado de salud óptimo.

Por consiguiente, la investigación posee valor teórico ya que permite aumentar el conocimiento de la disciplina al mismo tiempo que contribuye en la generación de nuevos modelos teóricos que den solución a las nuevas necesidades de cuidados que exige el medio.

2. Planteamiento del problema

El ser humano es un ser integral que tiene clara sus ideas, motivos y planes de acción, en el por qué y para qué de los mismos; pero además sabe cuáles son sus limitaciones, impedimentos en sus razonamientos, intereses, motivos y posibilidades de actuar; de aquí, que se vea con la necesidad de trabajar en el desarrollo de habilidades con el fin de

contribuir a nuevas formas de solución de conflictos en cuanto a la atención en salud de las comunidades; lo que es más importante, permitirá ofrecer un servicio y atención acorde a las necesidades y requerimiento poblacional . Es aquí donde entra en juego esa relación existente entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables, las cuales condicionan la forma de vida, donde cada uno tiene la libertad de elegir según sea su convicción, aportando autonomía y capacidad de brindar cuidados más congruentes con las demandas.

Dentro de este contexto, una atención en salud basada en los requerimientos individuales hace más humanizado el quehacer de la enfermería, de ahí que se desarrollen modelos teóricos en enfermería, ejemplo de ello el modelo disciplinar de cuidados culturales de Madeleine Leininger, tan extensa como práctica para el tema que se pretende investigar; en él que se plantea que la comprensión de la organización cultural y social de una comunidad, grupo o individuo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. Al respecto, las autoras aquí nombradas, citando a Leininger hacen alusión a su teoría transcultural: “modelo del sol naciente” el cual describe al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de su procedencia cultural ni de su estructura social, de su concepción del mundo, lo que constituye uno de los principios fundamentales de la teoría” (3); así mismo, retoman lo propuesto por Leininger acerca de la Etnoenfermería como herramienta para la recolección de la información.

Es oportuno ahora esclarecer la existencia o no de una relación entre las prácticas religiosas y las practicas saludables a fin de desarrollar una base de conocimiento científico y humanístico que permitan una práctica de la actividad sanitaria a partir de la transculturalidad individual. Esto debido a que no se le ha dado la debida importancia al momento de tratar con pacientes que profesan una vida fundamentada en las leyes religiosas. Sin evaluar las consecuencias que pudieran ser tanto positivas o negativas sobre el proceso salud-enfermedad; ya que pueden contribuir o no en la promoción de la salud y transversalmente en la morbi-mortalidad y esperanza de vida. Al respecto López, Cataño, López y Velásquez indican que:

Diversos estudios muestran que grupos étnicos, sociales y económicos presentan patrones distintos en cuanto a la forma como perciben la salud/enfermedad y cómo actúan frente a ella. Las subculturas populares, resultado de una mezcla de diversos elementos culturales, tienen modelos conceptuales para explicar el origen de la enfermedad; estos van, desde concepciones mágico-religiosas, hasta el extremo positivista. Pasan por el espectro de variadas interpretaciones y prácticas de diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación acordes con esa cosmovisión.

(4)

Ciertamente las prácticas religiosas, paralelamente con las saludables forman parte intrínseca de las personas, a su vez estas se interrelacionan con un sinnúmero de factores comportamentales, ambientales, entre otros, estos condicionan la toma de decisiones de los profesionales de la salud a la hora de prestar la atención. De aquí, que identificar las necesidades en salud a partir de las dimensiones en cuestión, permiten satisfacer las demandas de los individuos oportunamente y eficazmente, evitando la fragmentación de la atención en salud.

Así lo señala Báez, Navas, Ramos y Medina “las creencias se encuentran en la dimensión de opinión, y son el conjunto de pensamientos que tiene la enfermera(o) antes de realizar sus actividades; se relacionan con representaciones místico-religiosas, que le dan mayor seguridad durante su trabajo [...] “yo la verdad rezo antes de entrar a mi servicio”(5).

De lo anterior, se puede inferir que la mayoría de las personas se aferran a algo sobrenatural a un Dios Creador del hombre, tienen fe en que está pendiente de sus hijos y que se preocupa por sus problemas por lo que se acude para recibir consuelo en las dificultades especialmente cuando se trata de la salud que es considerada como el mayor tesoro del ser humano; entre tanto, es natural que se quiera identificar la relación entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables y cómo estas influyen en el diario vivir.

De otro lado, se hace imprescindible conocer el entorno del paciente, las creencias religiosas de la familia y de la comunidad para facilitar al personal encargado de la

salud las decisiones y acciones a tomar en el momento de aplicar un tratamiento que esté acorde con sus creencias para que éste surta efecto en su recuperación. Con respecto, González dice:

El carácter intrínseco de la religión (que incluye: la fe, la oración, la lectura personal de las escrituras, el meditar, etc.) ha sido motivo también de análisis, con conclusiones favorables a los beneficios que aportan a la salud. Como ejemplo de ello se tiene que en el Reino Unido, quienes estudiaron la eficacia de la religión como afrontamiento ante la depresión, entre cristianos, hindúes, judíos, musulmanes, otras religiones y personas no religiosas, siendo los musulmanes los que mostraron una más fuerte creencia en ella y por tanto la búsqueda preferencial de su apoyo antes que la de los recursos sociales (entre los que se incluye al médico), al compararlos a los restantes grupos. (6)

Cabe señalar que el cuidado del paciente describe todas aquellas actividades, ideas, sentimientos, creencias y valores que están implícitos en los procesos de enfermería. Como lo sugiere Siles, quien afirma: “el producto de la reflexión sobre las ideas, los hechos y las circunstancias relacionadas con el proceso de satisfacción de necesidades del ser humano y qué garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana” (7).

Por lo tanto, en cualquier nivel de atención que se trabaje se hace necesario identificar la religión, género, edad, ocupación y la escolaridad, entre otros datos que se toman a cada persona ya que estos condicionan el estilo de vida y a su vez determinan muchas de las enfermedades y el efecto de los tratamientos.

El profesional de la salud debe aceptar el hecho de la presencia o ausencia de creencias religiosas, de las prácticas saludables y de la existencia o no de una relación entre ambas dimensiones en las personas, familias y comunidad; asimismo debe adquirir los conocimientos adecuados para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de estas dimensiones, que le ayuden a ofrecer un servicio de cuidado acorde a las necesidades específicas. Pues entre más conocimiento se tenga del individuo mayor colaboración y mejores resultados se obtendrán.

Se debe realizar un abordaje desde el concepto que la persona le da a la religión y las prácticas saludables para que los procedimientos, tratamientos y acciones de cuidado sean aceptados y surjan el efecto esperado por parte de los pacientes y por sus familias; es decir si un paciente se quiere curar, tiene fe en que se curará, y pone toda su esperanza en una religión o en sus prácticas individuales de salud.

De continuar con esta realidad en la que no se hace participe la particularidad del ser humano, oponiéndose a la existencia del significado de su vida, resistiéndose a las creencias que posee el paciente y sus familiares, se podría decir que seguirá siendo poco efectivo algunas actividades, tareas, procedimientos y tratamientos ofrecidos a los usuarios, dificultando su recuperación y bienestar físico, social, mental y espiritual. Es por ello que se recomienda a los profesionales de la salud especialmente a las enfermeras y enfermeros quienes brindan cuidado directo al pie de la cama, a estar más relacionados con la forma de vida de sus pacientes, generar espacios de confianza entre el paciente – enfermera (o) para así contribuir a que estos expresen libremente sus necesidades, intereses y aspiraciones en cuanto a su estancia hospitalaria, en cuanto a las prácticas religiosas y las prácticas saludables para influir de manera positiva en el proceso salud - enfermedad.

3. Hipótesis de investigación

Hipótesis alterna (Hi)

Existe relación entre prácticas religiosas y prácticas saludables en los usuarios de la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.

Hipótesis nula (Ho)

No existe relación entre prácticas religiosas y prácticas saludables en los usuarios de la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.

4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación existente entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables en los usuarios de la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín?

5. Objetivos

5.1 Objetivo general

Identificar la relación existente entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables en los usuarios de la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar las prácticas religiosas en los usuarios que asisten a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.
- Identificar las prácticas saludables en los usuarios que asisten a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.
- Caracterizar la población que asiste a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.

6. Viabilidad de la investigación

Con previo análisis del tema a desarrollar, se considera que la realización del proyecto: Prácticas religiosas y su relación con prácticas saludables es viable, porque se cuenta con la disponibilidad de los diferentes recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos señalados y son asequibles para cada uno de los promotores del proyecto; así mismo se concierta conjuntamente en que la investigación no generará consecuencias negativas para la comunidad que participará en ella y que por el contrario demostrará beneficios asociados. Se planea que la propuesta en marcha de este ideal permita crear ciertos bienes y/o servicios a las generaciones, crear interés para futuras investigaciones y servir de material bibliográfico para el desarrollo de nuevos estudios.

7. Alcance de la investigación

Con la presente investigación se desea identificar la relación existente entre prácticas religiosas y prácticas saludables en los usuarios de la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín, así, se pretende lograr un acercamiento a la esencia de las intervenciones hacia los pacientes, logrando ascender a un cuidado basado en la evidencia científica y que éstos dejen de ser de carácter subjetivo y por ende adquieran una esencia objetiva, en los que no predominen por los prejuicios o ideales del cuidador, sino que la participación vaya sujeta conforme a los requerimientos de las personas y a partir de allí proponer soluciones que permitan, aumentar a la solución de dilemas en cuanto al actuar del profesional.

8. Delimitaciones de la investigación

La investigación abordará el pensamiento crítico en las dimensiones religiosas y prácticas saludables en los usuarios afiliados, particulares y remitidos, mayores de 18 años consultantes a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.

9. Limitaciones de la investigación

En el desarrollo de la investigación la limitación presentada con respecto al equipo investigador corresponde a la falta de tiempo suficiente para dedicarse a la investigación, esto debido al cumplimiento que se le deben dar a otras actividades universitarias.

Sumado a lo anterior, otras limitaciones encontradas con relación a la muestra seleccionada tienen relación con el escaso tiempo con el que dispone el equipo de investigación para generar espacios de acercamiento y empatía frente al entrevistado; tal vez esto dificulte el desarrollo del instrumento y posterior análisis. Sin embargo y conociendo esta situación, se dará toda la asesoría posible para mayor comprensión de lo planteado.

CAPÍTULO DOS – MARCO TEÓRICO

1. Marco conceptual

Para el profesional en enfermería incluir dentro de la atención del paciente los conceptos de prácticas saludables y prácticas religiosas, permiten en todo momento vincular la humanización en la profesión misma, sentir como propia las necesidades del paciente y minimizar esa necesidad a través de la atención, dado que la enfermería se define como una práctica social y el hombre es un ser bio-psico-social, dinámico que interactúa dentro del contexto total de su ambiente y participa como miembro de una comunidad; por tal razón la profesión de enfermería debe realizarse buscando siempre satisfacer las necesidades de las personas, bien sea individual o colectiva.

Esto lleva a humanizar la profesión de enfermería a través de las prácticas saludables y religiosas, las cuales permiten profundizar en la labor del enfermero (a), y este debe incluir dentro de su quehacer diario técnicas que le permitan conocer las necesidades de cada uno de los individuos que requieren sus servicios, y además de conocerlas satisfacerlas para el mejoramiento de la salud del paciente.

María Rubiela Arias de Ospina, menciona que:

En Colombia como en la mayoría de países, la formación de profesionales en el área de la salud, continua siendo fuerte en las ciencias básicas biomédicas, pero débil en la formación humanística, incurriendo en la carencia de espacios académicos de profundización ética, bioética, psicológica, sociológica y antropológica, en donde el futuro profesional reconozca a la persona no solo desde su vulnerabilidad física sino también como aquel ser con necesidad de ejercer su libertad, autodeterminación, identidad cultural, y plenitud espiritual. (8)

Por estas razones humanizar la profesional del enfermero (a), le dará bases al profesional para recapacitar y razonar sobre la forma de ahondar en el necesidad misma del individuo.

1.1 Religión

Rañada citado por Aguilera menciona:

Lo que se suele entender por Dios en nuestra cultura es el Dios personal de las religiones monoteístas, judaísmo, cristianismo o islamismo. Es un ser creador y mantenedor del mundo, que administra justicia en una vida futura. Es posible tener una relación personal y directa con Él: se le puede adorar, rezar, amar, agradecer o hablar. (9)

Por su parte, Donahue y Neilsen afirman que hay dos formas de religiosidad:

La intrínseca y la extrínseca. Por religiosidad extrínseca se entiende aquella que está volcada hacia la búsqueda de algo concreto, es decir, usar la religión como medio para alcanzar algo más. La religiosidad intrínseca es aquella en donde la finalidad de los ritos y creencias es la religiosidad, es la vivencia de la religión por sí misma. Esta última es la forma de religiosidad que más se relaciona con el bienestar significativo. (10)

García concibe al campo religioso como aquel que:

Se transmite por un proceso de socialización que supone un doble movimiento: primero, la selección de formas religiosas peculiares de acuerdo con el contexto total de la cultura; esta selección, como toda selección cultural, se debe a múltiples factores: históricos, económicos, ambientales, geográficos. Segundo, la reinterpretación de las formas religiosas oficiales (en este caso de la Iglesia Católica), para añadirles o combinarles nuevos ritos con significados y funciones adecuados a cada contexto concreto. (11)

De acuerdo con Burkhart y Solari citados por Martínez, Méndez y Ballesteros explican:

Una crisis religiosa es aquella en donde la persona entra en conflicto con aspectos de su religión o de los ritos que implica, por ejemplo la necesidad de encender velas a una deidad y no poder hacerlo por estar hospitalizado o no poder asistir a una ceremonia; mientras en una crisis espiritual entran en juego factores diferentes, referidos al sentido de la vida o de la existencia, así como al objetivo de los actos o de la realidad; un ejemplo es la persona que tras un doloroso tratamiento se pregunta si en verdad hay Dios, y si lo hay, por qué ha de dejarla sufrir dichas penas. (12)

Con respecto a la influencia de la religión en los pacientes, Mueller citado por Martínez, Méndez y Ballesteros afirma que:

Los estudios con respecto a la religión indican que pertenecer a un grupo religioso está relacionado positivamente con la longevidad de los pacientes, lo cual tiene que ver con el carácter de reglas externas que impone la religión y por hacer que la conducta de los individuos sea acorde con estilos de vida saludables, como por ejemplo, el hecho de que las personas pertenecientes a una religión tienen mejor adherencia al tratamiento y son más obedientes con sus medicinas. (12)

1.2 Fe

Se podría decir que para el ser humano la fe; es creer y confiar en la existencia de un cristo redentor, postura natural que reconforta y da sentido a la vida, sin embargo, el solo acto de la fe, no salva de la angustia, no ampara de la duda, de la enfermedad; pero si infunde, a esa angustia y a esa duda, un significado de fortaleza que es transmitida por la creencia de un Dios que por medio de milagros obra en su mayor o mejor creación (el hombre).

La Biblia misma nos enseña que: "sin fe es imposible agradar a Dios" (13), y también "Es pues, la fe la certeza de lo que se espera, la convicción de lo que no se ve" (13).

El Catecismo de la Iglesia Católica expresa que la fe es:

La adhesión personal del hombre a Dios que nos ha creado a su Imagen y Semejanza y además, ha querido revelarse, darse a conocer. Dios habla a los hombres como amigo, movido por su gran amor y mora con ellos para invitarlos a la comunión consigo y recibirlos en su compañía. La respuesta adecuada a esta invitación es la fe. Por la fe nosotros aceptamos a Dios que se revela, aceptamos su invitación a vivir con Él. (14)

Con referente a la fe, el sumo pontífice de la iglesia católica el papa Francisco expreso: "la familia que vive la alegría de la fe, la comunica espontáneamente, es sal de la tierra y luz del mundo". (15)

Por su parte, Blaise Pascal expreso con referente al concepto de fe en dios: prefiero equivocarme creyendo en un Dios que no existe, que equivocarme no creyendo en un

Dios que existe. Porque si después no hay nada, evidentemente nunca lo sabré, cuando me hunda en la nada eterna, pero si hay algo, si hay alguien, tendré que dar cuenta de mi actitud de rechazo. (16)

1.3 Milagro

Los seres humanos, debido a las experiencias vividas a lo largo de la vida, han comprendido lo débil y frágil que son sus cuerpos, sobreviniendo con facilidad el desgaste, el desequilibrio interno del organismo y con ello la enfermedad, es en esta situación donde el hombre comprende sus limitaciones y sabe que el único que puede restaurar su condición de salud es Dios. Sabiendo esto, los esfuerzos del hombre se enfocan a la realización de un sinnúmero de prácticas religiosas sujetas a la cultura del individuo (como la oración, la alabanza, ofreciendo sacrificios, entre otros) con el propósito de restablecer el bienestar a nivel integral por medio de un milagro.

La Real Academia Española (RAE) define el concepto de milagro: “Hecho no explicable por las leyes naturales y que se atribuye a intervención sobrenatural de origen divino”. “Suceso o cosa rara, extraordinaria y maravillosa”. (1)

Para San Agustín el concepto de milagro:

Llamó milagro a lo que es contrario a la expectativa o la capacidad de aquél que lo admira. Amplia el concepto al decir. Nosotros, impropriamente, decimos que Dios hace algo contrario a la naturaleza cuando es contrario a nuestro conocimiento de ella y llamamos naturaleza a lo que no es más que el curso acostumbrado y conocido por nosotros de la naturaleza, pues Dios, creador y origen de todas las naturalezas, no hace nada contra la naturaleza, y a cada cosa le resultará natural lo que él haga, puesto que de él proviene todo el orden, el ritmo y la regulación de la naturaleza, en el milagro no hay excepción alguna a las leyes de la naturaleza, pues la excepción de una ley física, en cuanto prevista por Dios desde toda la eternidad, pasa a formar parte de la misma ley. (17)

De igual modo, Santo Tomás de Aquino aporta al término desde su postura filosófica:

Dios actúa en los milagros al margen de las causas segundas o al menos de las causas conocidas por nosotros. Cuando el efecto producido en la naturaleza, personas o cosas, trasciende las fuerzas de toda naturaleza creada, humana o angélica. El milagro es algo que tiene lugar al margen del orden natural, quedando relegado su carácter de signo a un segundo plano. Así mismo, Santo Tomás clasifica los milagros en cuatro grupos: según afecten a sustancias espirituales, cuerpos celestes, hombres y creaturas irracionales.

- Milagros sobre las sustancias espirituales como demonios o ángeles (liberación de los hombres del poder de los demonios, apariciones de ángeles en el nacimiento, resurrección y ascensión de Jesús).
- Milagros sobre los cuerpos celestes: la estrella en el cielo en el nacimiento de Jesús o el oscurecerse del sol (tinieblas) en su muerte.
- Milagros sobre los hombres. Entre los milagros que afectan a los hombres distingue dos grupos: unos atañen al cuerpo, como las curaciones y resurrecciones de muertos; otros, al alma y a los comportamientos humanos como el hecho de Leví que lo deja todo para seguir a Jesús, o de Jesús que "arroja a los que vendían y compraban en el templo" o la escena del huerto en la que, a las palabras de Jesús, los que lo buscaban "retrocedieron y cayeron a tierra", etc.
- Milagros sobre las criaturas irracionales. En este cuarto grupo se encuentran los relatos de la pesca milagrosa, la multiplicación de los panes, etc. (17)

Bultmann, entiende por milagro: “un suceso que constituye una excepción en las leyes de la naturaleza”; así mismo, clasifica el milagro en cuatro tipos: en Exorcismos, narraciones históricas o leyendas, curaciones o resurrecciones de muertos, milagros de naturaleza” (18).

Según Bultmann, “el cristianismo no se habría extendido de no haber sido presentado Jesús como taumaturgo, de modo que los milagros fueron inventados por quienes narraban tales historias” (18). Agrega lo siguiente:

Los milagros del Nuevo Testamento se han acabado como milagros. No es posible utilizar la luz eléctrica y los aparatos de radio, acudir en los casos de enfermedad a los remedios médicos y a las clínicas modernas, y al mismo tiempo creer en el mundo de los espíritus y de los milagros del NT. El que crea que puede hacerlo hace incomprensible e imposible para nuestro tiempo el mensaje cristiano. (18)

Con referente al concepto de milagro Evely opina: “Nuestros mayores creían gracias a los milagros; nosotros creemos a pesar de ellos”. (17)

Con referente al concepto de milagro Voltaire expresa:

Un milagro es la violación de las leyes matemáticas, divinas, inmutables, eternas. Por esta sola razón, un milagro es una contradicción in terminis. Dios no podía descomponer su máquina, a no ser para que funcionara mejor; pues bien, está claro que, siendo Dios, hizo esta inmensa máquina tan buena como pudo; si hubiese visto que en ella podría surgir alguna imperfección derivada de la naturaleza, habría buscado el remedio desde el principio; así, no habría que cambiar nada. Imaginarse que Dios ha hecho milagros en favor de los hombres, de esas "hormigas", de ese "puñado de barro", es indigno de Dios. Atreverse a suponer milagros en Dios es realmente insultarle (si es que los hombres pueden insultar a Dios). Es decirle: eres débil e inconsecuente. Por tanto, es absurdo creer en los milagros; esto es injuriar en cierto modo a la divinidad. Contar milagros es "transcribir tonterías injuriosas a la divinidad"; creer en ellos es demostrar que uno es un imbécil.

En los siglos XVIII-XIX los racionalistas adoptan una postura apologética del concepto de milagro, que llega hasta principios de nuestro siglo en el catecismo para uso de las diócesis de Francia (año 1947): Un milagro es un hecho extraordinario realizable únicamente por el poder de Dios. Jesucristo demostró que es Dios cumpliendo las profecías y haciendo numerosos milagros. El mayor milagro de Jesucristo fue resucitarse a sí mismo. Fue la máxima prueba de que es Dios. (19)

1.4 Prácticas religiosas

Entendemos las prácticas religiosas como la serie de acciones (ritos, oraciones, ceremonias, reuniones, meditar, entre otros.) que se realizan en determinadas religiones y culturas, existiendo gran cantidad de prácticas religiosas en el mundo.

K. Flinn Dice que:

En lo que se refiere a las prácticas religiosas, son formas religiosas ceremoniales típicas que se encuentran en las religiones del mundo, a saber, la iniciación o

bautismo (llamado "nombramiento" por los científicos), el matrimonio, los funerales, los niveles progresivos de meditación entre los católicos romanos, budistas e hindúes vedantistas, etc. (20)

Koenig, citado por Quiceno y Vinaccia concibe a la espiritualidad:

La espiritualidad es entendida aquí como la búsqueda personal para entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede (o no puede) conducir al desarrollo de rituales religiosos y la formación de una comunidad, mientras que la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales, y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente –Dios, un poder más alto. (22)

Por su parte, Juan Pablo II, referenciado por Cózar recalcó:

El hombre es un ser espiritual, llamado a reconocer y respetar la primacía absoluta de Dios en todas las cosas. Los cristianos y los musulmanes concuerdan en que el encuentro con Dios en la oración es el alimento necesario para nuestra alma, sin el cual nuestro corazón se vuelve árido y nuestra voluntad ya no busca el bien, sino que cede al mal. (23)

Por otro lado, Nightingale, Watson, Reed y Peri citado por Whetsell señalan “que la espiritualidad es un componente de la vida humana que influye en las condiciones emocionales y físicas de las personas con una conexión con la mejoría en algunas enfermedades psicosomáticas que conlleva a afrontar el estrés de un fracaso o un duelo” (24).

Con relación al bienestar espiritual, Burkhart y Twadell, citados por: Martínez, Méndez y Ballesteros explican: “los profesionales de la salud mental deben enriquecer su trabajo incorporando en su armamento terapéutico la espiritualidad y la religión independientemente de sus creencias personales; el interés existente ha creado la necesidad de un cuerpo de trabajo que eduque a los profesionales de la salud en este tema para aportar soluciones frente a estas realidades para dar fortaleza en momentos críticos” (25).

Según Shelly y Fish citados por Caro de pallares identifican la necesidad Espiritual como:

La necesidad de amar, de relacionarse y de perdonar. Ello tiene una indudable trascendencia en la vida de las personas e influye en sus condiciones de vida, modos de vida, estilos de vida, actitudes y sentimientos respecto a la enfermedad y la muerte. Así, la espiritualidad abarca a toda la persona y está presente en las actitudes, comportamientos y relaciones, y por lo tanto se vive, ya que brota de una experiencia personal, lo que referencia el sentido de vida en las personas y su plenitud. La salud espiritual o el bienestar espiritual es un modo de vivir, un estilo de vida mediante el cual se ve y vive la vida como algo agradable y con sentido, que busca la oportunidad de enriquecerla. (21)

Así mismo Kim, McLane, Audrey, citados por Caro de pallares definen el Sufrimiento espiritual como “una alteración en el principio vital que integra y trasciende la naturaleza biológica y psicológica del individuo; o experimenta un trastorno en el sistema de valores y creencias que le da fuerza, esperanza y significado a la vida” (21).

Torralba, citado por Valencia afirma que “el sufrimiento se puede definir como la epifanía de la vulnerabilidad, pues no sólo la enfermedad, sino cualquier sufrimiento del orden que sea, es la manifestación patente y exterior de la vulnerabilidad humana” (26).

Ibíd. Entiende la necesidad espiritual como “aquello que siente la persona para mantener, aumentar o recuperar creencias, la fe o llevar a cabo obligaciones religiosas con el fin de llenar vacíos que hay en su interior” (21).

1.5 Prácticas saludables

La OMS lo define como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vidas socio-económicas y ambientales”

En este proyecto se interpretarán las prácticas saludables como aquellos patrones de conducta individual que, con consistencia en el tiempo y bajo condiciones más o menos constantes. La frecuencia, tipo e intensidad del ejercicio físico, la ingesta de bebidas con

contenido de alcohol, el consumo de tabaco y las características de alimentación, constituyen los estilos de vida están sumamente relacionado con las prácticas religiosas de cada ser humano.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural, al cual pertenecen y deben ser 3 acordes a los objetivos del proceso de desarrollo para dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar. En este sentido son producto de las dimensiones personales, ambientales y sociales, y se nutren tanto de la experiencia del presente, como de la historia personal del sujeto.

Por otro lado se define como: “aquel conjunto de procesos sociales, hábitos, conductas y comportamientos en el individuo o la población que conlleve a la satisfacción de las necesidades humanas para que alcance el bienestar biopsicosocial que se necesita para generar calidad de vida y desarrollo personal” (1).

1.6 Creencias

Se puede decir que las creencias es un saber que nos inculcan nuestros padres, familiares o principales cuidadores, ligada a nuestra cultura y pasa de generación en generación, debido al predominio de las creencias en la vida, a continuación se intentará predecir sobre la influencia de las creencias en las prácticas religiosas en los individuos, que circunstancias intervienen en la aparición de determinadas creencias y como estas se practican en familia principal sistema social y su efecto en el desarrollo integral del individuo; para luego manifestarse en el concepto particular del individuo sobre cuidado y salud.

Según la Real Academia Española (RAE) define a la creencia como:

El firme asentimiento y conformidad con algo. La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta. Puede considerarse que una creencia es un paradigma que se basa en la fe, ya que no existe demostración absoluta, fundamento racional o justificación empírica que lo

compruebe. Por eso la creencia está asociada a la religión, la doctrina o el dogma.

(1)

En últimas, es en las dinámicas internas familiares donde se forma y se consolida el sistema de creencias, de allí estimulan las virtudes, valores de amor, de aprecio, seguridad con la que se toman decisiones sobre muchos procesos vitales, formadores de la personalidad y formas de ver la realidad y en general el mundo que se rodea. Se puede decir, que las creencias nacen desde el interior de una persona, esta se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales, aunque también son influenciados por factores externos, el entorno social (la presión familiar, los grupos dominantes, etc.).

Con relación a lo mencionado, Ángel dice:

Las creencias son las reglas de tu vida. Son juicios y evaluaciones aprendidas sobre ti mismo, sobre los demás y sobre el mundo. Son principios de acción, si quieres saber qué cree una persona, fíjate en lo que hace, no en lo que dice. Creemos en la fuerza de gravedad y actuamos en consecuencia como si existiera: No tratamos de comprobarla intentando caminar por el aire. Si crees que eres una persona agradable actuarás como tal, abordarás, te mostrarás sociable y disfrutarás compartir con las personas. Las creencias están formadas por los aprendizajes personales para actuar en la vida (experiencias) y las experiencias refuerzan las creencias. (27)

2. Cultura

La cultura es la base y el fundamento de lo que somos, existe en nosotros desde el momento en que nacemos y es el legado material, moral e intelectual de nuestros progenitores. Cultura es todo lo que existe en el mundo, producido por la mente y la mano humana ejemplo de ella, son las fiestas, los alimentos, los sistemas políticos, la manera de pensar, el vestuario, el daño al medio ambiente, la manera de jugar al fútbol, la guerra y las armas, los actos humanitarios, entre otros. Todos éstos son productos culturales porque han surgido de la creación humana y de su manera de entender, sentir y vivir el mundo.

Tylor, citado por Pierre Bourdieu define la cultura: “En sentido etnográfico amplio, es aquel todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembros de la sociedad” (27).

Por su parte, la universidad de Pamplona la concibe:

Conjunto de símbolos (como valores, normas, actitudes, creencias, idiomas, costumbres, ritos, hábitos, capacidades, educación, moral, arte, etc.) y objetos (como vestimenta, vivienda, productos, obras de arte, herramientas, etc.) que son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra por los miembros de una sociedad, por tanto, es un factor que determina, regula y moldea la conducta humana. (28)

Así mismo la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) define la cultura:

La cultura puede considerarse actualmente como el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales al ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias y que la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de nosotros seres específicamente humanos, racionales, críticos y éticamente comprometidos. A través de ella discernimos los valores y efectuamos opciones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca incansablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden. (29)

Se parte del hecho que el concepto de salud es relativo para cada individuo, el significado que se le otorgue depende no sólo del lugar y la época histórica en la cual se exprese, sino fundamentalmente de la concepción que de ella tenga cada sociedad. La salud como objeto y razón de la práctica de Enfermería requiere para la comprensión y construcción de su significado de modelos que permitan el estudio de varias

disciplinas: antropología social, epidemiología, historia, sociología, psicología, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto de salud:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (30).

Roy, referenciada por Gómez, Concibe la persona como:

 Ser integral y, por tanto, entiende la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona, y el medioambiente donde vive y se desarrolla; ninguna de estas dimensiones ha de ser desproporcionada en relación con las demás. La integridad es en este sentido sinónimo de salud. (31)

La verdad es que el transcurrir de la vida ha enseñado que el bienestar de los individuos demanda que, las necesidades físicas, sociales, afectivas, emocionales, económicas, espirituales, entre otras, sean satisfechas; así como de los factores medioambientales que determinan tal dimensión de salud y confort; lo que hace que cada vez más, otras disciplinas como por ejemplo: la psicología se interesen por aportar al bienestar integral del ser humano.

2.1 Cuidado

El cuidado coexiste desde la existencia del ser humano, pues todo lo que se hace, se hace en post de conservar la vida, evitar el sufrimiento. Por ende, cuidar implica ayudar, hacer el bien, es aquí donde la profesión de enfermería encuentra su razón de establecerse como disciplina autónoma e independiente de cualquier otra profesión, su función es el cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta todas las dimensiones holísticas que rodean la existencia del ser humano, se hace indispensable reconocer el papel que juega en el desarrollo de nuestro deber profesional alcanzar una comunicación bidireccional, una relación de confianza y empatía con nuestros pacientes, para lograr reconocer la situación de los demás y como las personas enfrentan las circunstancias dolorosas de la vida.

La OMS define el cuidado como: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales” (34).

Colliere citados por Ospina y Cossío señala que: “Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades, cuidar representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida” (35).

Por su parte, Leininger, citada por Morales, puntualizó que: “El cuidado es un arte y ciencia humanística aprendida que se centra en conductas de cuidados personalizados (individuales o de grupo), funciones y procesos dirigidos hacia la promoción, el mantenimiento de conductas de salud o la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicológica, cultural y social” (37).

Así mismo Leininger, en el mismo artículo, se enfoca en la dimensión de cuidado que el personal sanitario debe tener en cuenta: “El aspecto transcultural del cuidado cobra importancia en tanto que cada cultura requiere tipos de atenciones que varían según los distintos significados de lo que es cuidar, de los diversos tipos de prácticas y creencias que sobre la salud y enfermedad se tengan” (37).

Torralla, citado por Valencia, afirma que:

En el arte del cuidar, se debe considerar muy seriamente el peso específico del sufrimiento interpersonal en el conjunto de la vida humana, pues gran parte de nuestros sufrimientos tienen su génesis en una mala relación con otros. Cuidar a una persona es una tarea que incide en la estructura intrapersonal e interpersonal del ser humano, es decir, en el adentro y en el afuera. Velar por unas relaciones adecuadas y equilibradas con el prójimo es una forma de evitar males futuros y sufrimientos innecesarios. Cuidar a una persona es ayudarla a construir equilibradamente su mundo afectivo. (26)

Cibanal, citado por Valencia, afirma que la empatía entre el prestador de servicios de salud y paciente.

Es la capacidad de comprender y percibir correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor con una actitud empática que supone la capacidad de ponerse auténticamente en el lugar del paciente y ver el mundo como él lo ve, para ello no basta solo con captar y entender sus palabras, sino lo que hay detrás de las palabras y los gestos, o sea; los sentimientos y emociones que intenta transmitir con las palabras; supone también penetrar en ese mundo de las percepciones del paciente y sentirse totalmente a gusto en él; requiere tener sensibilidad para captar sus sentimientos de miedo, rabia, ternura, preocupación o lo que en ese momento suponga una vivencia para él. Significa vivir en ese momento su vida, y por tanto evitar el emitir juicios, críticas, evaluaciones sobre su situación o el problema que se comunica. (26)

Caro de Pallares señala que:

Algunas características observables, como depresión, enfado, agitación, apatía, preocupación; que ore antes de las comidas, lea libros religiosos, solicite dosis alta de medicamentos tipo sedante, tenga trastornos del sueño, mencione a Dios, hable de la fe, solicite presencia de sacerdote u otro asesor espiritual, exprese temor a la muerte, cuestione el significado de la existencia, el sentido del sufrimiento, discuta las implicaciones morales o éticas del tratamiento, tenga libros de oraciones, una Biblia, medallas, un rosario o tarjetas religiosas en su cuarto, es señal para el trabajador de la salud que en su manejo terapéutico no debe olvidar satisfacer esta necesidad; escucharlo es el primer paso para brindarle los cuidados relacionales o de acompañamiento, lo cual se trasluce en comprenderle en el sentido de su enfermedad en lo personal y familiar, relacionarse con su entorno, clarificar su relación con el tratamiento y con quienes lo prescriben; así, el paciente sentirá suficiente apoyo, estimará la relación de ayuda, descubrirá el sentido de la enfermedad, estará satisfecho y establecerá una relación recíproca con su médico, enfermera o cualquier miembro del equipo de salud. (21)

Con lo examinado anteriormente, se puede decir que la enfermería tiene el deber de propiciar la dignidad humana, recuperar el bienestar perdido, reestablecer la alianza e interacción del hombre que sufre con su religión, es decir el yo con su espiritualidad,

que le permita recuperar y fortalecer su entorno, partiendo del respeto hacia sus creencias religiosas; solo se podrá lograr por medio del amor al prójimo.

Añade Caro de Pallares:

Es importante fortalecer desde temprano en los estudiantes las habilidades comunicativas básicas para transmitir aceptación y cordialidad libre de todo prejuicio, realizar ejercicios de expresión de sentimientos, análisis de valores que conduzcan a la aceptación respetuosa y auténtica de los pacientes. Así mismo, ejercitar el arte de escuchar, lo cual redundará en una mente y un afecto sincero. Así, sin lugar a duda, desarrollará competencias humanas para entender al ser humano no sólo como individuo biológico sino como ser social, ético y espiritual; conocerlo, entenderlo, considerarlo dentro del contexto de la enfermedad. Aprender a que no debe desarticular el cuerpo del espíritu, dado que esto es el verdadero sentido de las profesiones de la salud. Quien así ejerce procede dentro del marco de la ética humanista. (21)

Juan Pablo II, referenciado por Cózar, con motivo de la Jornada de Asís, explicó que: “No se puede ciertamente rezar juntos, es decir, hacer una oración común, pero se puede estar presente cuando los otros rezan; de este modo manifestamos nuestro respeto por la oración de ellos y por su actitud ante la Divinidad, a la vez que les ofrecemos el testimonio humilde y sincero de nuestra fe en Jesucristo, Señor del Universo” (23).

Watson, citado por Lagunes y Hernández, afirma que el cuidado de enfermería se basa en tres premisas teóricas fundamentales:

- Actitud de asistencia. Esta actitud (o conjunto de actitudes) se transmite por medio de la cultura de la profesión y se considera como la única manera válida de hacer frente al entorno, la enfermera debe hacer por el paciente todo lo que este no puede realizar por sus propios medios.
- Claridad de expresión de ayuda y de los sentimientos. La claridad se percibe como la manera más eficaz de asegurar que el paciente y la enfermera se comprendan como personas. La enfermera debe dejar clara su misión de ayudar al paciente y expresar sus sentimientos de aceptación hacia él como persona, a la vez que demuestra que es capaz de comprender su situación.

- Trato genuino y sincero. La enfermera debe tener un deseo genuino y sincero de ayudar y procurar el cuidado del paciente. Si esto no se logra el paciente lo percibirá, y la eficacia del cuidado que se proporciona podría resentirse debido a las sensaciones de hostilidad y rechazo entre el paciente y la enfermera. (37)

2.2 Enfermedad

Se considera enfermedad, al proceso o fase que atraviesan los seres vivos cuando sufren una afección que modifica su condición ontológica de salud, atentando contra el bienestar a nivel integral del ser (a escala fisiológica, mental, emocional, espiritual, entre otros); múltiples situaciones tanto internas como externas de la persona, pueden desencadenar condición patológicas en el individuo; otros conciben al proceso de enfermedad como un estado opuesto al concepto de salud que origina una alteración o rompe con la armonía en un individuo.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad: “Es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas (del griego nósos: «enfermedad», «afección de la salud»)” (31).

Chambers, Citado por Feito, precisa el concepto de vulnerabilidad en lugar de enfermedad:

La vulnerabilidad es la exposición a contingencias y tensiones, y la dificultad de enfrentarse a ellas. Es decir, existe un elemento “externo” de riesgo, del que está sujeta la persona, y un elemento “interno” que hace referencia a la indefensión, a la ausencia de medios para contender con tales riesgos sin sufrir daño. Esto puede interpretarse también como tres coordenadas que se articulan en la vulnerabilidad: la “exposición”, o riesgo de ser expuestos a situaciones de crisis, la “capacidad”, o riesgo de no tener recursos necesarios para enfrentarse dichas situaciones, y la “potencialidad”, o riesgo de sufrir serias consecuencias como resultado de las crisis. (38)

Para Simmel, citado por Flamarique, el proceso de enfermedad sobre viene cuando:

La seguridad interior del individuo es reemplazada, por una vaga nostalgia, una urgencia desasistida que se origina en la hiperactividad y la excitación de la vida moderna (el tumulto de la metrópolis, la manía de viajar, la competición salvaje, la deslealtad en las opiniones, en el gusto, en el estilo). No sorprende que la vida de la ciudad favorezca el surgimiento de las enfermedades psíquicas. (34)

3. Marco referencial

El presente marco referencial, le permitirá al lector situarse en los puntos centrales que se asocian al proceso del cuidado, exponer el funcionamiento e influencia de los principales conceptos que aportan a dar solución a la pregunta problema que genera esta investigación, a su vez, se podrá encontrar diferentes investigaciones, artículos, revistas, tesis que guardan relación y contribuyen al desarrollo de los diferentes fenómenos que intervienen en el proceso salud – enfermedad.

En la presente investigación, los autores Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya (24) en la tesis *Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores*, cuyo objetivo fue estudiar la relación entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud en una población de personas en edad avanzada. Estudio de tipo descriptivo correlacional. Se encontró: Este estudio mostró una relación positiva entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud. Retoman el concepto de algunos autores para definir espiritualidad, desde cuando se está hablando del componente espiritualidad y como este influye en la persona.

En la investigación realizada por Martínez, Méndez y Ballesteros (12), titulada: *Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro javeriano de oncología*, Cuyo objetivo de la investigación fue: definir y analizar las relaciones entre la espiritualidad, la religiosidad, las características sociodemográficas y las características de la enfermedad oncológica como tipo, etapa y tratamiento, en pacientes con cáncer, en mayores de edad atendidos en el Centro Javeriano de Oncología. La metodología utilizada: estudio descriptivo-correlacional. Se encontró: la

gran mayoría de personas tienen una creencia religiosa y se consideran espirituales. La mayoría no se cuestionó sus creencias religiosas a partir del diagnóstico de cáncer y la mayoría reconoce que sus creencias religiosas y la espiritualidad le han ayudado a afrontar la enfermedad y el tratamiento, así mismo se halló, que una persona puede tener crisis religiosas o espirituales y cada una de ellas, aunque estén relacionadas, corresponde a necesidades diferentes de los pacientes.

En la investigación realizada por Libertad (39), cuyo título: *Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad*. Objetivo: realizar un análisis de las principales categorías, modelos y enfoques que se utilizan para el abordaje de los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso salud enfermedad, desde la promoción de estilos de vida saludables, la adopción de conductas preventivas, la optimización del diagnóstico y el tratamiento, la rehabilitación hasta problemas relacionados con el cuidado del paciente en fase terminal y la muerte. Se encontró: que la psicología de la salud debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad. No es casual que los psicólogos se internen cada vez más en intervenciones psicosociales que pretenden la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tienen a la atención primaria y hospitalaria como escenario. Se trabaja también, por elevar cada vez más la eficacia de la intervención psicológica.

En la investigación realizada por Alvarado (40) titulada: *ética del cuidado*, cuyo objetivo es: identificar la relación entre la ética del cuidado y el cuidado de enfermería, a la luz de los valores y principios éticos que emergen de su disciplina. Resultados obtenidos del estudio: los procesos éticos y los valores constituyen la fuerza moral indispensable para garantizar una atención de calidad en salud basada en el cuidado. Así mismo el resultado de la investigación permite concluir que en las políticas de salud se deben tener en cuenta las creencias y compromisos de un determinado pueblo, pues de no ser así, no se basan en la realidad, ni en las necesidades de una nación; por lo tanto,

esas políticas no tienen fundamento real y no son acordes con las necesidades de las personas. Contar no solamente con la participación del sector salud, sino de otras disciplinas, las cuales ayudan a explicar mejor esas creencias y valores del pueblo, que son reales y hacen parte de la medicina tradicional.

En la investigación realizada por Dasso (41), titulada: *Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de una cárcel de Lima*, objetivo: identificar las prácticas religiosas más comunes en el penal donde se realiza la investigación, identificar la sintomatología depresiva presente en las internas de ese penal y buscar si existe la posible relación entre ambas variables. Investigación de tipo cuantitativa, exploratoria y con elementos correlacionales. Para esto se aplicaron dos pruebas, el inventario de depresión de Beck (BDI-II) la cual consiste en un auto informe que consta de 21 ítems que tiene por finalidad medir la severidad de la depresión en personas mayores de 13 años, sean o no pacientes psiquiátricos. Cada ítem tiene 3 opciones de respuesta; sin embargo, los ítems 16 y 18 tienen tres opciones de respuesta más cuya finalidad es medir el incremento o la disminución de la motivación y el comportamiento. Los síntomas que mide esta prueba son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, sentimiento de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión entre otros.

La otra prueba es una adaptación al contexto penitenciario de la Escala de Prácticas Religiosas (Hamann, 2003). Los participantes de esta investigación fueron 51 internas por delitos comunes de un establecimiento penitenciario, el rango de edades de estas mujeres está entre los 18 y 60 años, el muestreo fue aleatorio, utilizando dos instrumentos; una ficha de datos y dos pruebas, la primera fue usada para conocer los datos de filiación de los participantes y las pruebas que se utilizaron fueron una adaptación al contexto penitenciario de la escala de prácticas religiosas. Además se incluyeron dos ítems más de prácticas religiosas frecuentes en esta población estos ítems son “Leo la Biblia” y “Canto a Dios como forma de oración”. Después de esto se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todas las participantes y en seguida se realizó la aplicación de las pruebas a las participantes seleccionadas. Esta aplicación

fue individual y cada participante realizó ambas pruebas en la misma sesión. Esto se pudo llevar a cabo debido a que ambas son breves. Terminada la aplicación de las pruebas a todos los participantes. Se encontraron; niveles bajos en la variable sintomatología depresiva y niveles altos en la variable prácticas religiosas. No se encontró correlación significativa entre ambas variables; sin embargo, si se encontró relación entre algunas prácticas religiosas, “Me comporto como Dios espera que lo haga” Leo la Biblia” y “Canto a Dios como forma de oración” y la sintomatología depresiva. Esto puede deberse a diversas razones, una de ellas es que la relación entre la religiosidad y salud no es una relación unidireccional, por que varía para cada una de los muchos elementos que incluye la salud mental. Puesto que también es sumamente compleja en distintas prácticas religiosas se relacionan de maneras distintas con este trastorno. Por ejemplo la participación religiosa, entendida como la pertenencia a un grupo de oración, al ofrecer un importante soporte social contribuye a disminuir la sintomatología depresiva.

En la investigación realizada por: Maltby, Lewis, Freeman, Day, Cruickshank y Michael (42). Titulado: *La religión y la salud: la aplicación de un programa cognitivo-conductual*. Objetivo del estudio: examinar la relación entre las dimensiones de religiosidad y la salud en el contexto de James y Wells marco cognitivo-conductual de la religión. Metodología: Se realizó un análisis empírico de la relación entre la religión y la salud que a menudo ha carecido de sentido teórico. En consonancia con el marco cognitivo-conductual de la religión, religiosidad intrínseca y las puntuaciones de oración meditativa representaron la única variación en las puntuaciones de salud física y mental durante un número de religiosos medidos. Estos hallazgos sugieren la utilidad potencial y la importancia de un marco cognitivo-conductual para entender la relación entre la religión (medida por la oración meditativa y la religiosidad intrínseca) y la salud. Tipo de investigación fue cuantitativa, donde la muestra estaba compuesta por 177 adultos británicos (73 varones y 100 mujeres, y cuatro no identificó género) entre 18 y 75 años, con una edad media de 48,99 años (DE $\frac{1}{4}$ 14,2 años). Los encuestados se tomaron muestras de varias iglesias anglicanas en el Reino Unido. Esta medida de manejo religioso es un indicador de 14 puntos de un modelo de dos factores de positivo y negativas de afrontamiento religioso. Se trata de una escala de cuatro puntos y las

respuestas se califican en una de cuatro puntos formato de respuesta. Se pidió a los encuestados para identificar la forma en que responden al estrés en conformidad con una serie de declaraciones cree que reflejan positivos y negativos de afrontamiento. Escala donde se incluye 36 ítems que miden el funcionamiento físico, limitaciones de rol debido a la comprobación, problemas de salud, dolor corporal, vitalidad (energía / fatiga), funcionamiento social, limitaciones de rol por problemas emocionales y de salud mental (Trastornos psicológicos" angustia" y el bienestar). Como resultado las personas religiosas tienen una fuerte estructura cognitiva entorno a la religión (la religiosidad intrínseca) y que a través de la oración, sienten y piensan en silencio acerca de Dios en la reflexión tranquila (oración meditativa), son propensos a reportar una mejor salud física y mental. Este hallazgo encaja bien dentro del James y Wells marco cognitivo-conductual que sugiere que estos aspectos de la religiosidad proporcionan una base para evaluaciones rectores de acontecimientos de la vida (la religiosidad intrínseca) y la autorregulación de los procesos de pensamiento (oración meditativa).

Se concluye que la religión ha demostrado que es útil para comprender la remisión en un número de contextos de salud, y dado que los presentes resultados sugieren la importancia de la religión en la salud en una muestra de 18 a 75 años, los investigadores, los profesionales de la salud, deben tener un poco de confianza en la aplicación de estas ideas en la configuración aplicada. En resumen, los presentes resultados sugieren que un marco cognitivo-conductual de religiosidad se puede utilizar para entender las puntuaciones más altas en la salud física y mental.

En la tesis realizada por Grisales (43), cuyo título corresponde: *Necesidades de cuidado humanizado: El caso de los pacientes sometidos a quimioterapia*. Objetivo. Conocer las necesidades de cuidado humanizado de los pacientes sometidos a quimioterapia. Metodología. El estudio fue realizado con pacientes de ambos sexos diagnosticados con diferentes tipos de cáncer, que recibían tratamiento de quimioterapia en una unidad oncológica de la ciudad de Medellín. Se utilizó un enfoque cualitativo, con herramientas de la teoría fundamentada, se realizaron 23 entrevistas, notas o diario de campo, con los cuales se hizo el análisis. Se extractaron códigos que posteriormente fueron agrupados en las categorías que mejor representaban en fenómeno estudiado. Resultados. Los

participantes en el estudio resaltaron las necesidades emocionales, espirituales, religiosas y comunicativas. Surgió la deshumanización del cuidado tanto en la noticia del diagnóstico como en la comunicación con el personal. La respuesta a la pregunta planteada en el estudio es positiva, en el sentido de la existencia de necesidades de cuidado humanizado que toman especificidad, es decir se hacen más visibles en estos pacientes, pues ellos expresan las necesidades de comunicación, de compañía, de afecto, de escucha. De la misma manera, las esferas de la vida que necesitan mayor humanización, según los resultados son la afectiva, social (familiar) y espiritual. La necesidad de humanización emergió, según los testimonios, en formas de deshumanización desde el mismo momento de la noticia del diagnóstico, hasta la comunicación con el personal médico y de enfermería, ya que al paciente no se le prepara y no se prevé el impacto que puede ocasionar una noticia de tal magnitud. Conclusión. Existen necesidades de cuidado humanizado en la atención del paciente con cáncer que recibe quimioterapia, necesidades tales, que se desprenden de las dimensiones que lo forman como ser humano, como son las físicas, emocionales, afectivas, sociales y espirituales.

4. Marco Institucional

En el presente marco, el lector encontrara una descripción del lugar donde se realizara la investigación, el escenario, misión, visión, perfil del prestador de servicios, entre otros puntos de interés que contribuyen al desarrollo de esta investigación.

4.1 Escenario

Esta investigación se desarrolló en la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín. Ubicada en: Carrera. 84 No. 33AA- 159 Medellín-Colombia.

La Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista (IPSUA) institución prestadora de servicios de salud ambulatorios, de primer nivel de atención, es una entidad sin ánimo de lucro, de naturaleza privada, constituida por Escritura Publica el 03 de Marzo de 2010, con Personería Jurídica expedida por la Dirección Seccional de Salud de

Antioquia mediante Resolución 099251 del 08 de Julio de 2010 e inscrita como IPS a partir del 01 de Marzo de 2011 por esta misma entidad.

La IPSUA combina las características que por su naturaleza debe tener una institución prestadora de servicios de salud con una identidad filosófica y misional propia, que se traduce en una propuesta diferente en la manera de servir por medio de la atención en salud que la distingue de las demás instituciones del sector.

4.2 Misión

La Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín, institución sin ánimo de lucro que pertenece a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, declara como su misión:

Contribuir a restaurar en el ser humano la imagen de su Creador, por medio de la prestación de servicios integrales de salud con énfasis en la promoción de la salud y el cuidado de la vida.

La misión se desarrollará a través de un equipo humano con alto compromiso social, profesional y ético; apoyado en evidencia científica y en capacidad tecnológica, enfocado en la eficiencia y el mejoramiento continuo, con el propósito de mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios en el marco cristiano de los principios de salud.

4.3 Visión

Para el 2016 ser reconocida como la IPS con mejor oportunidad en la atención de consulta externa de primero y segundo nivel, pionera en la región en aplicar un modelo de salud integral intra- extramural y líderes en la calidad de la atención pre hospitalaria, traslado asistencial y hospitalización en casa, mostrando nuestra responsabilidad social en cumplimiento de la misión de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

4.4 Principios guías

- Respeto a la dignidad humana: como hijos de Dios tenemos valor ilimitado, somos únicos e irremplazables, dotados de identidad propia y capaces de

elegir; por tanto, en nuestra IPS garantizamos los derechos de la persona y la comunidad en toda acción e intención, en todo fin y medio, reconociendo que todos merecemos ser tratados con respeto incondicionado y absoluto, en condiciones de libertad e igualdad. Incluye la disposición para comprender al otro, tolerarlo y conciliar las diferencias.

- **Compromiso con la calidad y el servicio al prójimo:** el usuario es nuestra razón de ser y satisfacer sus necesidades en salud anticipándonos a sus expectativas, nuestro objetivo; por tanto, merecen recibir lo mejor de nosotros, demostrando con hechos que el amor de Dios mora en nuestro corazón y es nuestra principal motivación para el trabajo.
- **Promoción de un estilo de vida saludable:** la salud es un derecho esencial que debe protegerse, prolongar la vida y los años libres de enfermedad, es nuestro cometido como IPS. Promovemos el autocuidado y el autocontrol como medios para lograr una vida plena, longeva y llena de salud, previniendo los riesgos de perderla. Aplicar en nuestra vida los verdaderos remedios como el agua, aire, sol, ejercicio, descanso, alimentación saludable, temperancia y confianza en el poder divino, es nuestra propuesta como Adventistas del Séptimo Día.

4.5 Valores corporativos

- **Integridad:** comportamiento recto, probo e intachable en el desempeño de las funciones.
- **Compromiso:** ejercitar al máximo las capacidades para llevar a cabo todo aquello que se ha confiado, conociendo y aceptando de antemano sus condiciones y obligaciones. El compromiso que se hace de corazón va más allá de la firma de un documento o un contrato y significa cumplir con lo prometido aunque las circunstancias se muestren adversas.
- **Abnegación:** acción libre y voluntaria de renuncia a los deseos propios para asistir y servir a quien lo necesite.

- Excelencia: lograr resultados con la calidad esperada como consecuencia de hacer las cosas bien con altos estándares de desempeño.
- Esperanza: plena confianza en el presente y una expectativa firme y clara en el futuro.

5. Marco legal

Para garantizar una viabilidad normativa, la ejecución del proyecto planteado en esta investigación debe estar acorde con los requisitos legales y normativos de la actualidad. La normatividad del sistema propuesto, corresponde a la norma que rige la salud en Colombia ley 100 de 1993.

En Colombia se crea el sistema de seguridad social en salud es decir ley 100 de 1993, un modelo que atiende de manera integral, cuyo objeto es garantizar los deberes y derechos que tiene los ciudadanos en los diferentes servicios que ofrece el estado, así como de los sistemas de seguridad social integral, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida acorde con la dignidad humana con el atributo de ser irrenunciable. De aquí que el desarrollo de la investigación se fundamente en la seguridad y protección de los derechos de los participantes, bajo la directriz de los derechos humanos y la sujeción a los principios de autonomía, justicia, eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, beneficencia no maleficencia.

En concordancia con la ley 397 de 1997 del artículo 1° define la cultura: Cultura es el conjunto de rasgos distintivos, espirituales, materiales, intelectuales y emocionales que caracterizan a los grupos humanos y que comprende, más allá de las artes y las letras, modos de vida, derechos humanos, sistemas de valores, tradiciones y creencias. La cultura, en sus diversas manifestaciones, es fundamento de la nacionalidad y actividad propia de la sociedad colombiana en su conjunto, como proceso generado individual y colectivamente por los colombianos. Dichas manifestaciones constituyen parte integral de la identidad y la cultura colombianas. (44)

El Estado garantiza a los grupos étnicos y lingüísticos, a las comunidades negras y raizales y a los pueblos indígenas el derecho a conservar, enriquecer y difundir su identidad y patrimonio cultural, a generar el conocimiento de las mismas según sus propias tradiciones y a beneficiarse de una educación que asegure estos derechos. (45)

El respeto de los derechos humanos, la convivencia, la solidaridad, la interculturalidad, el pluralismo y la tolerancia son valores culturales fundamentales y base esencial de una cultura de paz. (45)

Por otra parte, la ley 133 del 23 de mayo del 1994, por la cual se desarrolla el derecho de libertad religiosa y de cultos, en su artículo 1° señala que: “El Estado garantiza el derecho fundamental a la libertad religiosa y de culto”.

De este modo, el Poder Público protegerá a las personas en sus creencias, así como a las Iglesias y confesiones religiosas y facilitará la participación de éstas y aquéllas en la consecución del bien común. De igual manera, mantendrá relaciones armónicas y de común entendimiento con las Iglesias y confesiones religiosas existentes en la sociedad colombiana.

Artículo 3°. El Estado reconoce la diversidad de las creencias religiosas, las cuales no constituirán motivo de desigualdad o discriminación ante la ley que anulen o restrinjan el reconocimiento o ejercicio de los derechos fundamentales. Todas las confesiones religiosas e Iglesias son igualmente libres ante la Ley.

Artículo 4°. El ejercicio de los derechos dimanantes de la libertad religiosa y de cultos, tiene como único límite la protección del derecho de los demás al ejercicio de sus libertades públicas y derechos fundamentales, así como la salvaguarda de la seguridad, de la salud y de la moralidad pública, elementos constitutivos del orden público, protegido por la ley en una sociedad democrática. El derecho de tutela de los derechos reconocidos en esta Ley Estatutaria, se ejercerá de acuerdo con las normas vigentes.

Por su parte, en el Artículo 5° se encuentra excluido dentro de la presente Ley las actividades relacionadas con el estudio y experimentación de los fenómenos psíquicos o parapsicológicos; el satanismo, las prácticas mágicas o supersticiosas o espiritistas u otras análogas ajenas a la religión.

De acuerdo al ámbito del derecho de libertad religiosa y de culto, en el artículo 6° la Constitución de Colombia garantiza y comprende, la autonomía jurídica e inmunidad de coacción de los derechos de toda persona en materia de:

A) profesar las creencias religiosas que libremente elija o no profesar ninguna; cambiar de confesión o abandonar la que tenía; manifestar libremente su religión o creencias religiosas o la ausencia de las mismas o abstenerse de declarar sobre ellas.

B) De practicar, individual o colectivamente, en privado o en público, actos de oración y culto; conmemorar sus festividades y no ser perturbado en el ejercicio de estos derechos.

F) De recibir asistencia religiosa de su propia confesión en donde quiera que se encuentre y principalmente en los lugares públicos de cuidados médicos, en los cuarteles militares y en los lugares de detención.

Artículo 7°. El derecho de libertad religiosa y de cultos, igualmente comprende, entre otros, los siguientes derechos de las Iglesias y confesiones religiosas:

A) De establecer lugares de culto o de reunión con fines religiosos y de que sean respetados su destinación religiosa y su carácter confesional específico.

Artículo 8°. Para la aplicación real y efectiva de estos derechos, las autoridades adoptarán las medidas necesarias que garanticen la asistencia religiosa ofrecida por las Iglesias y confesiones religiosas a sus miembros, cuando ellos se encuentren en

establecimientos públicos docentes, militares, hospitalarios, asistenciales, penitenciarios y otros bajo su dependencia. (46)

6. Marco disciplinar

En concordancia con la responsabilidad para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia, ley 911 DE 2004; en el capítulo IV de la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y el artículo 29 en materia de la responsabilidad de los procesos de investigación en los que el profesional de enfermería participe o adelante, en los cuales se debe salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental, el equipo investigador ejecuta el presente trabajo investigativo con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la disciplina de enfermería, así como de humanizar el cuidado que se le brinda a los pacientes, familias y comunidad.

Aplicando las responsabilidades del enfermero (a), en el quehacer de su profesión y para salvaguardar la integridad y el respeto por los derechos humanos, los investigadores tienen presente que cada individuo interioriza y aplica sus cuidado según sus costumbres, sus creencias, empleando para sus vidas un sinnúmero de métodos basados en el conocimiento que poseen y los cuales aportando a la mejora de la salud.

Analizando los conceptos y el problema que se plantea en esta investigación; la teoría de los cuidados culturales de Madeleine Leininger es el método que mejor se adapta al contenido del proyecto, ya que este se enfoca hacia la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le esté brindado el cuidado. Por consiguiente el conocimiento de la diversidad, universalidad de la asistencia de enfermería que plantea esta teoría permite fijar una base sustancial de conocimiento y convierte a la enfermería en una disciplina y una profesión transcultural.

Esta teoría tiene una proyección hacia el futuro y ha comenzado a despertar el interés a escala mundial, debido a su enfoque holístico, en el que se incluyen varios conceptos y constructos relacionados con el entramado social, el entorno y el lenguaje, que cobran

una importancia excepcional para poder descubrir y obtener un conocimiento basado en la cultura sustentado en el mundo de la persona.

La teoría de Leininger se fundamenta en la antropología y en la enfermería, lo que ha hecho que se origine la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad, así como de los modelos de conducta de las personas, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura.

Leininger afirma que:

Con el tiempo la enfermería transcultural, se convertirá en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones; añade que la cultura y la asistencia son los medios generales y holísticos que permite conceptualizar y comprender a las personas. (47)

Leininger complementa que: “la enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos” (48).

Agregó también que “Para que enfermería tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de este campo en todo el mundo, es imperativo disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces” (48).

7. Marco religioso

El presente estudio pretende identificar la relación existente entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables enmarcada en el aspecto intrínseco que las personas poseen sobre la salud, la religión y la espiritualidad; dimensiones que profesan y dan valor

moral y ético a la existencia de las personas. Por consiguiente se hace necesario plantear el contexto religioso que sustente el proceso investigativo que se desarrolla. De acuerdo con lo anterior, los planteamientos expuestos se basan en la Biblia como la palabra de Dios reconocida por todos los cristianos que creen en un Señor Creador de todo el Universo.

A este propósito, se citan ejemplos de la Biblia donde personas obtuvieron sanidad de enfermedades a partir de la fe que profesaban en un Dios sanador y con poder para tratar todo tipo de dolencias; un caso muy conocido por los cristianos es el caso de Naamán como lo señala la Santa Biblia (48) versión Nueva Reina Valera (2000). Naamán, general del ejército del rey Siria, era gran varón en alta estima, hombre valeroso en extremo, pero leproso. Sin embargo tenía en su casa a una niña que era cautiva de la tierra de Israel, la cual le dijo a la esposa que en su tierra había un profeta tal vez él lo sanaría. Éste fue ante el profeta Eliseo para que lo sanara y su sorpresa fue que le mandó a su mensajero diciéndole “Ve, lávate siete veces en el Jordán y tu carne se restaurará y quedarás limpio”. Al oír esto el rey pensó que en su tierra había ríos limpios en él cual podría lavarse y sanar. No obstante los criados convencieron al rey para que se bañara en el río Jordán como lo indicaba el profeta, sólo tenía que tener fe y sería sano. Entonces fue y se zambulló siete veces conforme a la palabra del profeta del varón de Dios y su carne se volvió como la de un niño y quedó limpio.

De acuerdo con este ejemplo, podemos decir que la fe indudablemente en mayor o menor proporción - difícil de cuantificar- representa un papel importante en la ideología de las personas, siendo de gran valor en momentos cuando se está padeciendo de alguna enfermedad y sobre todo cuando se han agotado los recursos disponibles y tangibles, solo queda aferrarse a Dios como sustentador y capaz de llevar a cabo milagros. He aquí, donde la fe contribuye a efectuar acciones para lograr una sanación física; de esta circunstancia nace el hecho de que se tome en cuenta la existencia de una relación o no entre las practicas religiosa y las practicas saludables a la hora de satisfacer las necesidades de cuidado de los individuos y sus colectivos.

Otro caso de gran relevancia donde se coloca en evidencia las creencias religiosas y la fe del ser humano, se encuentra igualmente en la Santa Biblia (48) versión Nueva Reina Valera (2000): un toque de fe de una mujer cuando Jesús andaba en esta tierra predicando el evangelio; iba en camino a casa de Jairo para resucitar a su hija que había muerto, mucha gente iba a su alrededor que se agolpaba y se rozaban unos con otros. Sin embargo en esa multitud había una mujer que padecía desde hacía doce años una hemorragia menstrual, se acercó a Jesús y tocó su vestido, ella estaba convencida que con solo tocar su vestido sería sana, por ende así lo hizo. Tan pronto esta mujer tocó el vestido recobró la sanidad y Jesús se volvió a ella y le dijo tu fe te ha sanado.

En este sentido la fe en Jesús como Salvador y Dios con poder para sanar, hace que las personas recurran a él con esperanza de encontrar alivio, consuelo en sus enfermedades físicas y espirituales. Volviendo al relato, sólo la fe impulsó a esta mujer a acercarse a la fuente de poder Cristo Jesús; de igual manera hoy día las creencias religiosas impulsan al ser humano a desarrollar la fe mediante la escucha de la Palabra de Dios con el fin de obtener salud integral.

Por ello quién tiene a su cargo el cuidado de la salud de otras personas debiera servir de influencia para que la fe se fortalezca mediante la lectura de la Santa Biblia que es como el agua refrescante para el cansado que lucha con enfermedades; donde se agotan todas sus energías y recursos buscando una solución sobre todo en pacientes que se aferran a cualquier luz de esperanza para la sobrevivencia; ya que el hombre fue creado para vivir eternamente no para enfermarse o padecer la muerte sino para gozar de salud y total felicidad ese fue el plan de Dios desde el comienzo; sin embargo por causa del pecado entró el sufrimiento, el dolor somático, psíquico, espiritual.

Por último, veamos esta parábola donde se evidencia la realización de un milagro, a partir de la fe en Cristo; encontrada en la Santa Biblia (48) versión Nueva Reina Valera (2000): se cuenta la historia de un hombre que hacía 38 años que estaba enfermo, era paralítico por lo que no podía caminar, este fue llevado al tanque de Betesda, donde según las creencias religiosas un Ángel bajaba del cielo cada cierto tiempo y revolvía el agua y el que descendía primero al estanque era sanado de cualquier enfermedad que

padebiese. Sin embargo este paralitico estaba allí postrado esperando tener la oportunidad de entrar en el estanque, con fe anhelaba el momento de su sanación; pero mientras él intentaba hacerlo otros iban primero. Cuando cristo Jesús se acerca al estanque ve la gran necesidad del hombre y le pregunta ¿Quieres ser sano? El hombre explicó que no tenía quién lo ayudara y otros se adelantaban robándole la esperanza de ser sano. Entonces Jesús le dijo “levántate” “Toma tu lecho y anda” En el acto ese hombre quedó sano, tomó su camilla y se fue.

Al analizar el relato bíblico, se encuentra que el anhelo de las personas por ser curadas se convierte en motivos suficientes para realizar acciones que agraden a Dios, para así gozar del tesoro preciado de la salud; muestra de ello es la afluencia de personas que asistían al estanque, personas apoyados en la fe y las creencias religiosas. Así como este hombre creyó en las palabras de Jesús y encontró sanación, en la actualidad muchas personas asisten a oraciones de sanación o reuniones religiosas para encontrar el alivio a las enfermedades que padecen.

Por lo tanto, las prácticas religiosas están estrechamente ligadas a los valores espirituales de las personas, su forma de pensar y se aferran a ellas como un salvavidas en los momentos más difíciles de sus vidas; por eso al tratar con ellas es necesario saber canalizar estas esperanzas para que el tratamiento sea más efectivo y se logren los resultados esperados.

La fe en un ser superior asociada a las experiencias bíblicas fortalecen las creencias religiosas y estas sucesivamente influncian las practicas saludables en los individuos modificando los estilos de vida, especialmente en caso de enfermedades, mitigan el dolor haciendo más fácil la carga del sufrimiento, al igual que fortalece el espíritu para poder lidiar con las situaciones de salud para los pacientes y sus familias.

8. Marco teórico

El ser humano es visto desde el campo de la enfermería como un ser holístico; para comprender su cuidado, implica profundizar sobre el contexto ambiental, tomando fuerza la teoría de Madeleine Leininger que está centrada alrededor de la cultura, del

cuidado, del bienestar, de la salud, la enfermedad y la muerte. Con el fin de descubrir los significados, las diversidades mediante la Etnoenfermería.

Por tal razón el campo de la enfermería tiene un reto que enfrentar y adoptarlo para obtener mejores resultados como el de aprender de las personas su forma de vida, preocupaciones, valores, prácticas, creencias, sentimientos; es decir verlo como un todo con el propósito de ayudarlo en sucesos importantes y diversos coherentes con la cultura.

De allí la gran importancia de este proyecto de investigación; porque va a aportar al campo de la enfermería las herramientas necesarias para el cuidado del paciente, desde el aspecto de las prácticas religiosas relacionado con las prácticas saludables, con el fin de dar pautas a seguir en el manejo del cuidado basado en las creencias religiosas de las personas para que ayude a mejorar la situación en casos de enfermedades leves o graves.

Desde la enfermería el estudio plantea orientaciones basadas en los resultados; debido a que cada individuo tiene su propio conocimiento y creencias las cuales pueden ser para unos correctos y para otros incorrectos dependiendo de la repercusión que trae sobre la salud. Tratar de cambiar esos hábitos resulta difícil porque se han transmitidos de generación en generación

Es por ello, que requiere desde la enfermería promover una negociación de cuidados sin violentar sus prácticas religiosas y culturales; es decir la comprensión de su entorno permite lograr el objetivo y el bienestar del paciente; puesto que es necesario un equilibrio entre sus conocimientos y el nuevo conocimiento para su recuperación. Aprovechando sus experiencias y costumbres para ser utilizadas al momento de ejercer los cuidados al tratar una enfermedad.

Así mismo las personas que poseen un alto conocimiento religioso y práctica los principios dados por Dios en la Santa Biblia sobre el cuidado del cuerpo considerado como el Templo del Espíritu Santo. Según 1 de Corintios 6: 19 “¿No sabéis que vuestro

cuerpo es templo del Espíritu Santo, que está en vosotros, que tenéis de dios y que no sois vuestros?” (13) adoptan practicas saludables en su estilo de vida obedeciendo a un ser divino que lo considera su creador y sustentador que en su infinita misericordia le ha dado la vida como un regalo, sintiéndose comprometido a cuidarla.

Desde este punto de vista el profesional de la salud a cargo del cuidado de los pacientes encontrará en esta investigación una ventana que permitirá grandes avances al momento de tratar con pacientes que comprometan la salud física y emocional. Al ser identificadas las prácticas religiosas relacionadas con las prácticas saludables pueden ser promocionadas para la prevención con el fin de educar a la población mediante charlas, foros, seminarios entre otros, especialmente en comunidades de alto riesgo.

CAPÍTULO TRES – MARCO METODOLÓGICO

1. Descripción de la Población

La población objeto de estudio corresponde a los individuos mayores de 18 años afiliados a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín, remitidos y población particular, cuyos individuos son procedentes de la ciudad de Medellín y área metropolitana.

2. Enfoque de la investigación

La presente propuesta de investigación tiene un enfoque cuantitativo trasversal ya que usa la recolección de datos con base en la mediación numérica y el análisis estadístico. Hernández Sampieri y collado explican acerca del termino: “este enfoque representa un conjunto de procesos secuencial, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (49).

3. Tipo de investigación

La propuesta de investigación es de tipo correlacional, ya que se pretende identificar la relación existente entre dos variables (la dimensión prácticas religiosas y la dimensión prácticas saludables); conocer cómo se comportar un concepto o una variable conociendo el comportamiento de otra variable. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o fenómenos en una variable, a partir del valor que posee otra variable y si estas a su vez guardan relación. La correlación puede ser positiva o negativa. Al respecto Kalla plantea:

Un estudio correlacional determina si dos variables están correlacionadas o no. Esto significa analizar si un aumento o disminución en una variable coincide con un aumento o disminución en la otra variable.

- Correlación positiva: la correlación positiva entre dos variables tiene lugar cuando un aumento en una variable conduce a un aumento en la otra y una disminución en una conduce a una disminución en la otra. Por ejemplo, la cantidad de dinero que tiene una persona podría correlacionarse positivamente con el número de vehículos que posee.

- **Correlación negativa:** la correlación negativa sucede cuando un aumento en una variable conduce a una disminución en la otra y viceversa. Por ejemplo, el nivel de educación puede correlacionar negativamente con la delincuencia. Esto significa que el aumento del nivel de la educación en un país puede conducir a la disminución de la delincuencia. Hay que recordar que esto no significa que la falta de educación provoca delincuencia. Podría ser, por ejemplo, que tanto la falta de educación como la delincuencia tienen una razón común: la pobreza.
- **Sin correlación:** dos variables no están correlacionadas cuando un cambio en una no conduce a un cambio en la otra y viceversa. Por ejemplo, entre los millonarios, la felicidad no está correlacionada con el dinero. Esto significa que un aumento de dinero no conduce a la felicidad. (50)

4. Selección de la muestra

Una vez definida la población a estudiar, se procedió al cálculo del tamaño de la muestra requerido para que la información fuese representativa. La selección de casos se obtuvo mediante la página web: NETQUEST.COM se utilizó una población universal de 3000 casos, número que corresponde a la población promedio atendida; el cálculo del análisis de esta población total arrojó una muestra absoluta de 300 casos, a quienes se les aplicó el instrumento previamente validado por expertos. (Ver anexo 3)

El muestreo fue de tipo accidental y probabilístico. Accidental debido a que se trabajó en la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín por que se dieron las facilidades de acceso, permitiéndose elegir arbitrariamente los elementos sin juicio o criterio preestablecidos. Con referente a lo anterior Glass y Stanley afirman: “el muestreo probabilístico permite conocer la probabilidad que cada unidad de análisis tiene de ser integrada a la muestra mediante la selección al azar” (51)

5. Instrumentos para la recolección de información

El instrumento se elabora teniendo en cuenta la pregunta problema, las posibles hipótesis y los objetivos planteados de la investigación; así como información relevante acorde con la confidencialidad de cada entrevistado (Anexo 1).

La técnica de recolección de la información que se emplea en esta investigación es la encuesta, usando la escala Likert para la tabulación y análisis de la información suministrada por los participantes en relación a las dos variables que se desean investigar, para este análisis se utiliza el software estadístico SPSS versión 21. La real academia española define encuesta: “conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa, para averiguar estados de opinión o diversas cuestiones de hecho” (1).

El contenido de la encuesta se estructura a partir de dos secciones: I. Datos generales que nos permiten caracterizar la población en estudio; en total seis (6) preguntas. II. Datos específicos que se refieren a las variables prácticas religiosas y prácticas saludables; en total 36 preguntas. Se maneja la escala Likert de respuesta a cada pregunta de 1 a 5; donde 1: nunca, 2: casi nunca, 3: a veces, 4: casi siempre, 5: siempre. Para un total de preguntas de 42. El entrevistado debe marcar con una (x) la opción de respuesta acorde a su pensamiento (Anexo 2).

6. Análisis de confiabilidad del instrumento

El instrumento empleado para la búsqueda del problema planteado como se ha dicho anteriormente corresponde a una encuesta, la cual ha sido validada por tres expertos en el área de interés (Anexo 3).

Luego de la validación del instrumento por los tres expertos, se realizó una prueba piloto desarrollada a partir de 20 casos, la información obtenida se tabuló y analizó utilizando el software estadístico SPSS versión 21. Llevar a cabo la prueba piloto, le sirvió al equipo investigador evaluar los aspectos técnicos, mejorar y adaptar la encuesta de acuerdo a identificar y esclarecer la pregunta problema, del cual surge el interés de desarrollar el presente proceso investigativo.

Posterior al ajuste que se le hizo al instrumento, este se aplicó a los treientos (300) individuos que consultaron a la fundación hospitalaria universitaria adventista de la ciudad de Medellín; para la aplicación del instrumento se requirió de una semana para lograr aplicar la encuesta al total de la muestra seleccionada. Consecutivamente, por medio del programa estadístico SPSS versión 21 se examinó y analizó la confiabilidad del instrumento a través del Alfa de Cronbach, dando como resultado un valor de ,802. Lo que indica que el instrumento es confiable y eficaz, así mismo aporta valides en la medición de las variables, si se tiene en cuenta que valores mayores de 0.7 permiten estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica.

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. (52)

Tabla 1. Estadísticos de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,802	36

7. Estrategia de análisis de datos

Después de aplicar el instrumento, este se tabuló y analizó en la base de datos del software estadístico SPSS versión 21, en concordancia a que el presente proyecto es de enfoque cuantitativo, correlacional.

8. Aspectos éticos de la investigación

Los progresos científicos y tecnológicos que día a día aportan al conocimiento de modernos procedimientos y avances en salud, conllevan por un lado, aun sin número de beneficios para las personas sanas o enfermas, pero por otra parte surgen diversos dilemas éticos por el no cumplimiento de normas o reglamentación en las investigaciones con seres humanos. Teniendo en cuenta la delgada línea entre hacer lo correcto e incorrecto, el bien y el mal, el equipo investigador promulgara una asistencia desde el respeto por los derechos humanos, siendo sensibles a los valores, costumbres y creencias para así contribuir a una enfermería que coopera con el bienestar mental, físico, social y espiritual del enfermo; estos serán por ende los principios que guían el desarrollo de esta investigación.

En concordancia con lo planteado, como principios guadores del problema a investigar serán la declaración universal de los derechos humanos acerca de la libertad de culto y el reconocimiento de la dignidad intrínseca; el código deontológico de enfermería en el marco de la protección de la autonomía, seguridad, justicia, derecho a salvaguardar la intimidad e integridad de los participantes, confidencialidad, beneficencia y no maleficencia. Al respecto la declaración de Helsinki proclama: “la finalidad de la investigación biomédica con sujetos humanos debe ser el mejoramiento de los métodos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y la patogenia de la enfermedad” (53).

La resolución n° 008430 DE 1993; Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; declara en su artículo 5, 7 y 8 respectivamente:

- Toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.
- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección, para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo, y demás

normas técnicas determinadas para este tipo de investigación, y se tomarán las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. (54)

9. Cronograma de actividades

Tabla 2. Cronograma de actividades

Fecha de reunión	Hora de reunión	Lugar de reunión	Descripción
Viernes 11, 18 y miércoles 23 de octubre 2013	8am hasta 4pm	Biblioteca UNAC	Justificación. Planteamiento del problema. Pregunta de investigación y objetivos.
25 - 01 de octubre 2013	8am hasta 2pm	Biblioteca UNAC	Viabilidad y alcance de la investigación. Delimitaciones y limitaciones de la investigación.
5 – 21 de febrero 2014	8am hasta 3pm	Biblioteca UNAC	Marco teórico (marco conceptual, referencial, institucional, histórico, legal disciplinar y teórico.)
21 – 26 de febrero 2014	9am hasta 4pm	Biblioteca UNAC	Descripción de la población a analizar.
Miércoles 26 de febrero, 5, 14 y 26 de marzo, 2014	8am hasta 3pm	Biblioteca UNAC	Enfoque y tipo de investigación. Cronograma de actividades.
Viernes 4, 18 y 25 de abril, miércoles 14 de mayo, y mes de agosto del 2014	8am hasta 3pm	Bolívar UNAC	Formulación del instrumento (encuesta). Análisis del instrumento por parte de los expertos. Modificación del instrumento según las indicaciones de los evaluadores.
Viernes 28 de noviembre del 2014	8am hasta 9am	Oficina de admisiones UNAC	Validación del instrumento (Pr. Enoc Iglesias).
Martes 2 de diciembre del 2014	8am hasta 9am	Bolívar UNAC	Validación del instrumento (Pr. Elkin Quintero).
Miércoles 3 de diciembre del	8am hasta 9pm	Bolívar UNAC	Validación del instrumento (Dr. Jairo Castañeda).

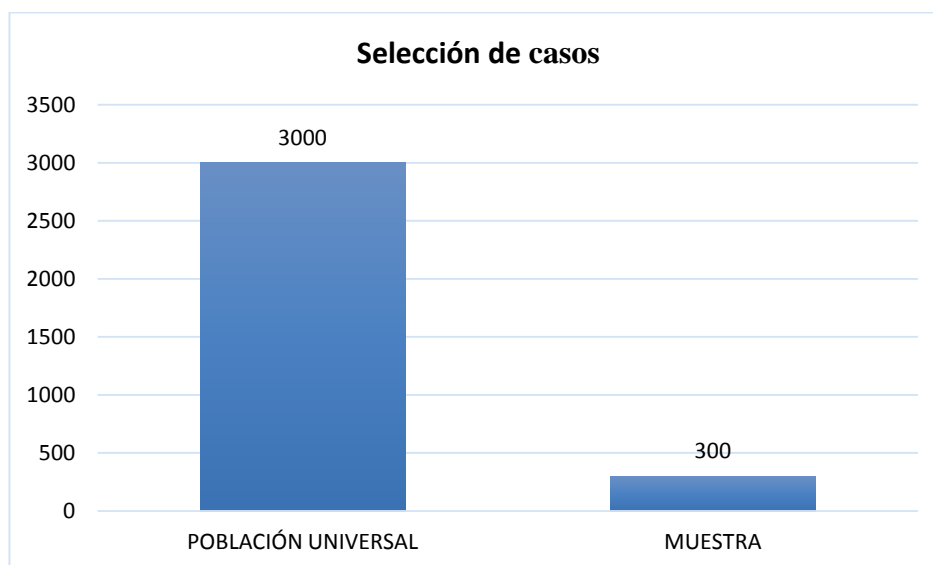
2014			
Miércoles 10 de diciembre del 2014	8am hasta 6pm	Metro salud de belén	Modificación del instrumento según las indicaciones de los evaluadores.
Viernes 12, miércoles 16 de diciembre del 2014	9am hasta 6pm	Biblioteca UNAC	Solicitud del permiso y la correspondiente carta de presentación al gerente de la IPS.
27, 28, 29 de enero del 2015	9am hasta 6pm	Biblioteca UNAC	Aplicación del instrumento en la IPS Fundación UH Adventista – Medellín
Lunes 2, 9, 19 de enero del 2015	8am hasta 4pm	Biblioteca UNAC	Tabulación de los datos y análisis de los datos en el programa estadístico SPSS.
Miércoles 11 de marzo del 2015	8am hasta 12pm	Biblioteca UNAC	Análisis de la información. Aplicación de normas de Vancouver

CAPÍTULO CUATRO – ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La encuesta fue realizada a los usuarios que consultan a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín, tiene como objetivo identificar la relación existente entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables, así como caracterizar la población que asiste a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín. De acuerdo a este propósito, se muestra el análisis de los datos recolectados mediante el instrumento (encuesta) y el programa estadístico SPSS versión 21.

1. Análisis de los datos demográficos

Selección de casos del total de la población



Gráfica 1. Selección de casos del total de la población

Distribución por edad de la población encuestada



Gráfica 2. Distribución por edad de la población encuestada

Del total de los casos la población mayor de 51 años de edad obtuvo un porcentaje de 37%, cuya frecuencia equivale a 110 casos; el rango de edad entre 20-30 años corresponde a un 32 % con una frecuencia de 97 casos; el tipo de edad entre 41-50 años obtuvo un porcentaje de 14% con una frecuencia de 50 casos.

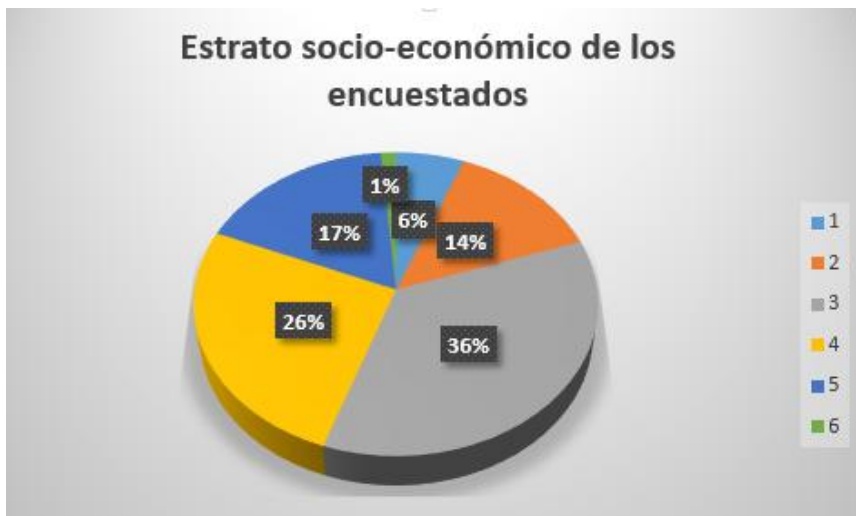
Distribución por género de la población encuestada



Gráfica 3. Distribución por género de la población encuestada

Según el género de los encuestados el 56 % corresponde al femenino; con una frecuencia de 169 casos, siendo la población que más predominó, el 44 % corresponde al género masculino; con una frecuencia de 131 casos.

Distribución socio – económica de la población encuestada



Gráfica 4. Distribución socio – económica de la población encuestada

El 36 % corresponde al estrato socio-económico 3 con una frecuencia de 107 casos; siendo el que más predominó, el de menor porcentaje perteneció al estrato 6 con 1 % y una frecuencia de 4 casos.

Distribución por nivel de estudio de la población encuestada



Gráfica 5. Distribución por nivel de estudio de la población encuestada

Con respecto al nivel de estudio el 24 % correspondió a bachillerato con una frecuencia de 71 casos; siendo el que obtuvo mayor porcentaje, el 22 % correspondió al nivel de

estudio universitario con una frecuencia de 66 casos, el postgrado alcanzo el 6 % con una frecuencia de 18 casos.

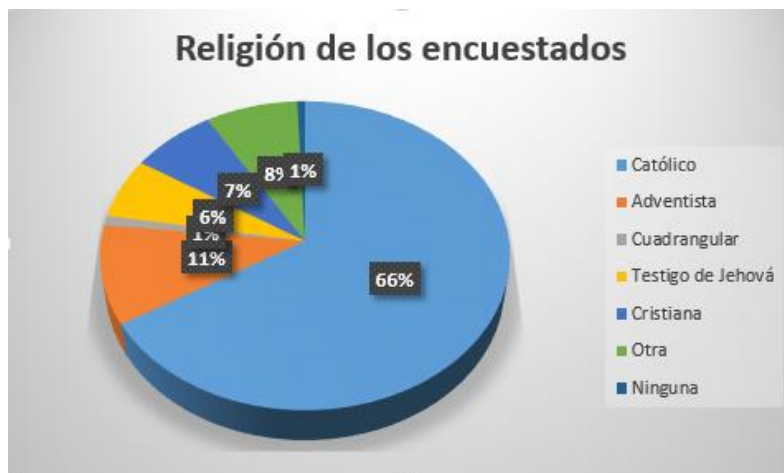
Distribución por ocupación de la población encuestada



Gráfica 6. Distribución por ocupación de la población encuestada

Con respecto a la ocupación de los encuestados, el 35 % corresponde a la categoría de empleado con una frecuencia de 104 casos; el de menor porcentaje pertenece a la clasificación de estudiante con un porcentaje de 1% y una frecuencia de 3 casos.

Distribución religiosa de la población encuestada



Gráfica 7. Distribución religiosa de la población encuestada

En cuanto a la religión de los encuestados, el mayor porcentaje se presentó en la católica con un 66 %, para una frecuencia de 199 casos, seguido de un 11% para la doctrina

Adventista y una frecuencia de 31 casos. La de menor porcentaje se presentó en la categoría de cuadrangular y ningún credo religioso con un porcentaje de 1 % para ambas categorías.

2. Análisis de la variable prácticas religiosas

La variable prácticas religiosas, consta de 20 preguntas, con una escala de puntuación tipo Likert de 1 – 5. (Ver anexo 2). Para el análisis de esta variable se realizó una articulación de diversas preguntas debido a que guardan correlación directa y a su vez permiten medir de manera integral la variable prácticas religiosas, a partir de allí, se observó la tendencia en el que se mueven los datos. La variable prácticas religiosas está organizada así:

Tabla 3. Agrupación general de la variable prácticas religiosas

Prácticas religiosas			
Primer grupo de articulación. Pregunta 1 – 6.	Segundo grupo de articulación. Pregunta 7 – 12.	Tercer grupo de articulación. Pregunta 14 – 20.	Tendencia separada Pregunta 13.
1. ¿Estudia algún texto sagrado?	7. ¿Considera que si se arrodilla para orar por su salud la oración es más efectiva?	14. ¿Considera que la paz espiritual es importante para gozar de buena salud?	13. ¿Consulta a un hechicero en busca de mejorar su salud?
2. ¿Usted usa un método para comunicarse con un ser superior?	8. ¿Ofrece alguna ofrenda al ser supremo cuando recupera su salud?	15. ¿Se apoya en sus creencias religiosas para recuperarse de una enfermedad?	
3. ¿Hace algún tipo de actividad espiritual mientras se encomienda al ser supremo?	9. ¿Ofrece alguna penitencia al ser supremo cuando recupera su salud?	16. ¿Considera que al tener una enfermedad la fe en el ser supremo le ayuda a sanarse?	
4. ¿Tiene algún sitio específico donde realiza la actividad espiritual?	10. ¿Asiste a un templo en busca de ayuda espiritual para que favorezca su salud?	17. ¿Considera que puede obtener sanidad por medio de un milagro?	
5. ¿Consume algún tipo de bebida al realizar la práctica religiosa?	11. ¿Considera que la adoración de imágenes le favorece su salud?	18. ¿Considera que la obediencia a las leyes de un ser supremo le previene de enfermedades?	
6. ¿Consume algún tipo de alimento al realizar la práctica religiosa?	12. ¿Considera que el ungimiento por parte del líder cristiano contribuye a su salud?	19. ¿Considera la enfermedad como castigo divino?	
		20. ¿Considera que la imposición de manos por parte del líder cristiano le ayuda a su salud?	

2.1 Primer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas

Preguntas de la 1 a 6, interpretación de los datos de acuerdo a las preguntas que marcan la tendencia en lo que se refiere a las de mayor, menor o mediana aceptación por parte de los usuarios encuestados.

Rango alto (mayor aceptación): escala Likert 5 - siempre.

Rango medio (mediana aceptación): escala Likert **2, 3 o 4** – casi nunca, a veces y casi siempre, respectivamente.

Rango bajo (menor aceptación): escala Likert 1- nunca.

La escala Likert **2, 3 o 4** que se presenta en el rango medio (mediana aceptación), es significativa ya que al momento de interpretar los resultados la cercanía de esta escala a los extremos de la puntuación, es decir a 1(nunca) o 5 (siempre), contribuirá a la interpretación global del grupo de articulación, así como a direccionar el análisis hacia identificar las prácticas religiosas en los usuarios que asisten a la fundación hospitalaria universitaria adventista y cómo se comporta la tendencia de aceptación, de ahí que se le haga énfasis en la escala Likert (2, 3 o 4), seguido del valor de proporción más alto para esta categoría.

Tabla 4. Primer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas

	Rango alto	Rango medio	Rango bajo
1. ¿Estudia algún texto sagrado?	17,7	X	
		Likert 3: 33.3%	23,3
2. ¿Usted usa un método para comunicarse con un ser superior?	X 38,7	4 : 28,0	13,3
3. ¿Hace algún tipo de actividad espiritual mientras se encomienda al ser supremo?	18,0	X 3: 24,7	21,0
4. ¿Tiene algún sitio específico donde realiza la actividad espiritual?	22,7	4: 21,7	X 24,3
5. ¿Consume algún tipo de bebida al realizar la práctica religiosa?	,7	2: 5,3	X 89,3
6. ¿Consume algún tipo de alimento al realizar la práctica religiosa?	,7	3: 6,3	X 84,7

De acuerdo con el análisis de los resultados y a la ponderación establecida en la tabla del primer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas, se evidencia que la población encuestada usa un método para comunicarse con un ser superior, si se tiene en cuenta que entre el rango alto y el medio con una cercanía a 5 (escala Likert 4) ostentan más del 60 %; situación similar que se presenta en el lugar donde se realiza la

actividad espiritual con un 44.4 %, porcentaje que resalta sobre la categoría de rango bajo, marcando la tendencia de aceptación por parte de los individuos encuestados. Por su parte, se evidencia que en las preguntas: estudia un texto sagrado, hace algún tipo de actividad espiritual, consume algún tipo de bebida y/o alimento mientras realiza la práctica religiosa, para las personas encuestadas no es significativo, encontrándose escasa aceptación llevar a cabo este tipo de prácticas.

2.2 Segundo grupo de articulación de la variable prácticas religiosas

Preguntas de la 7 a 12, interpretación de los datos de acuerdo a las preguntas que marcan la tendencia en lo que se refiere a las de mayor, menor o mediana aceptación por parte de los usuarios encuestados.

Rango alto (mayor aceptación): escala Likert 5 - siempre.

Rango medio (mediana aceptación): escala Likert **2, 3 o 4** – casi nunca, a veces y casi siempre, respectivamente.

Rango bajo (menor aceptación): escala Likert 1- nunca.

La escala Likert **2, 3 o 4** que se presenta en el rango medio (mediana aceptación), es significativa ya que al momento de interpretar los resultados la cercanía de esta escala a los extremos de la puntuación, es decir a 1(nunca) o 5 (siempre), contribuirá a la interpretación global del grupo de articulación, así como a direccionar el análisis hacia identificar las prácticas religiosas en los usuarios que asisten a la fundación hospitalaria universitaria adventista y cómo se comporta la tendencia de aceptación, de ahí que se le haga énfasis en la escala Likert (2, 3 o 4), seguido del valor de proporción más alto para esta categoría.

Tabla 5. Segundo grupo de articulación de la variable prácticas religiosas

	Rango alto	Rango medio	Rango bajo
7. ¿Considera que si se arrodilla para orar por su salud la oración es más efectiva?	22,3	4: 22,3	X 34,0

8. ¿Ofrece alguna ofrenda al ser supremo cuando recupera su salud?	22,3	X	22,3
		3: 28,3	
9. ¿Ofrece alguna penitencia al ser supremo cuando recupera su salud?	17,7	3: 18,7	X
			42,3
10. ¿Asiste a un templo en busca de ayuda espiritual para que favorezca su salud?	X	3: 20,3	26,0
	29,3		
11. ¿Considera que la adoración de imágenes le favorecer su salud?	12,3	4: 10,0	X
			62,7
12. ¿Considera que el unguimiento por parte del líder cristiano contribuye a su salud?	21,0	4: 17,7	X
			34,3

De acuerdo con el análisis de los resultados y a la ponderación establecida en la tabla del segundo grupo de articulación de la variable prácticas religiosas, se evidencia que un 44.6 % de la población encuestada cree que si se arrodilla para orar, la oración es más efectiva, si se tiene en cuenta que entre el rango alto y el medio con una cercanía a 5 (escala Likert 4) ostentan dicho porcentaje; así mismo, se marca una tendencia de aceptación por parte de los encuestados hacia la asistencia a un templo en busca de ayuda espiritual y en creer que el unguimiento por parte del líder cristiano favorece la salud (rango alto y el medio con una cercanía a 5 - escala Likert 4-) con un porcentaje de 29.3 % y 38.7 % respectivamente, valores que marcan la tendencia de mayor aceptación, encontrándose los demás datos dispersos en cada uno de las opciones de respuesta. Por su parte al efectuar el análisis de las otras preguntas se encuentra que, ofrecer alguna ofrenda cuando se recupera la salud, no es una práctica que suceda con mucha frecuencia (a veces) con un 28.3 %. Por otro lado, a las preguntas: ofrece alguna penitencia al recuperar la salud y cree que la adoración de imágenes favorece la salud, se encontró que son prácticas que no tienen una tendencia marcada de aceptación entre la población encuestada con un 42.3 % y 62.7 % respectivamente.

2.3 Tercer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas

Preguntas de la 14 a 20, interpretación de los datos de acuerdo a las preguntas que marcan la tendencia en lo que se refiere a las de mayor, menor o mediana aceptación por parte de los usuarios encuestados.

Rango alto (mayor aceptación): escala Likert 5 - siempre.

Rango medio (mediana aceptación): escala Likert **2, 3 o 4** – casi nunca, a veces y casi siempre, respectivamente.

Rango bajo (menor aceptación): escala Likert 1- nunca.

La escala Likert **2, 3 o 4** que se presenta en el rango medio (mediana aceptación), es significativa ya que al momento de interpretar los resultados la cercanía de esta escala a los extremos de la puntuación, es decir a 1(nunca) o 5 (siempre), contribuirá a la interpretación global del grupo de articulación, así como a direccionar el análisis hacia identificar las prácticas religiosas en los usuarios que asisten a la fundación hospitalaria universitaria adventista y cómo se comporta la tendencia de aceptación, de ahí que se le haga énfasis en la escala Likert (2, 3 o 4), seguido del valor de proporción más alto para esta categoría.

Tabla 6. Tercer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas

	Rango alto	Rango medio	Rango bajo
14. ¿Considera que la paz espiritual es importante para gozar de buena salud?	X 67,7	4: 17,7	6,3
15. ¿Se apoya en sus creencias religiosas para recuperarse de una enfermedad?	X 49,7	4: 22,7	8,0
16. ¿Considera que al tener una enfermedad la fe en el ser supremo le ayuda a sanarse?	X 50,7	4: 23,3	6,0
17. ¿Considera que puede obtener sanidad por medio de un milagro?	X 46,0	4: 18,7	9,3
18. ¿Considera que la obediencia a las leyes de un ser supremo le previene de enfermedades?	X 32,3	4: 23,0	18,7
19. ¿Considera la enfermedad como castigo divino?	4,3	3: 11,3	X 71,7
20. ¿Considera que la imposición de manos por parte del líder cristiano le ayuda a su salud?	18,0	4: 19,3	X 33,0

Al explorar el análisis de los datos y la ponderación establecida en la tabla del tercer grupo de articulación de la variable prácticas religiosas, se encuentro que la población que participo en la encuesta, presenta una importante tendencia de aceptación hacia las preguntas planteada: cree que la paz espiritual es importante para gozar de buena salud, se apoya en sus creencias religiosas para recuperarse de una enfermedad, considera que al tener una enfermedad la fe en el ser supremo le ayuda a sanarse , considera que puede obtener sanidad por medio de un milagro y cree que la obediencia a las leyes de un ser supremo le previene de enfermedades con un porcentaje de 67.7 %, 49.7 %, 50.7 %, 46.0 % y 32.3% respectivamente. Convirtiéndose en el grupo de articulación en el que se concentra la mayor tendencia de aceptación, es decir rango alto; así mismo si se detalla el rango medio se hallara que según la escala Likert 4, cercana a 5 (rango alto) se concentra un porcentaje alto, lo que fundamenta lo expresado por los usuarios de la Fundación hospitalaria universitaria adventista de la ciudad de Medellín.

Por su parte al efectuar el análisis de la percepción de los usuarios en lo referente a si creen que la enfermedad es un castigo divino y considera que la imposición de manos

por parte del líder cristiano le ayuda a su salud, el 71,7 % y el 33.0% respectivamente se encuentran, que para la población encuestada este tipo de prácticas religiosas no influyen en el proceso salud – enfermedad, predominando la tendencia de baja aceptación es decir rango bajo.

2.4 Tendencia separada o diferente

La pregunta 13: consulta a un hechicero en busca de mejorar su salud, debido a su enfoque diferente a las demás preguntas planteadas no se ubica en ningún grupo de articulación, sin embargo, al detallar la tendencia de distribución de sus datos, se encuentra que el 80 % de las personas encuestadas, manifiestan que nunca acuden a este tipo de prácticas en busca de mejorar su salud.

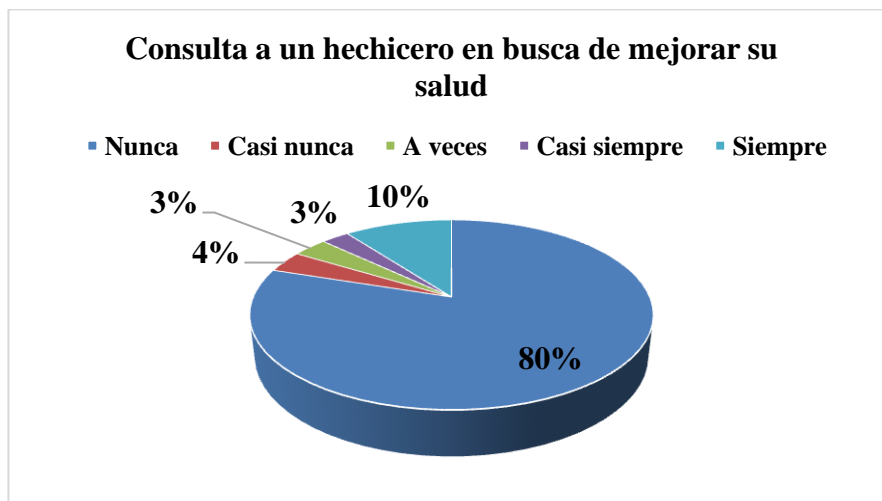


Figura 8. Tendencia separada o diferente

2.5 Síntesis general de la variable prácticas religiosas

De acuerdo al análisis de los resultados a través de la ponderación establecida y del nivel de aceptación hacia la dimensión prácticas religiosas, se puede inferir, que la población que participa en la investigación ejerce el derecho de libertad religiosa y de culto bajo una doble dimensión, interna y externa; la primera garantiza el fomento de valores morales, los cuales se vincularan a la personalidad, al tiempo que, favorece en cada hombre una mayor conciencia de la propia dignidad humana y una aceptación de las responsabilidades ante la sociedad; dentro de este contexto es significativa la importancia que para las personas es establecer un método de comunicación con un ser

superior como uno de los grandes pilares de la fe, a partir de los cuales se crean los lazos o vínculos, toda vez que otorga armonía espiritual que contribuye a restablecer y/o mantener la conducta del hombre ante el proceso salud – enfermedad. La segunda dimensión (externa), faculta a los hombres para actuar de acuerdo a sus propias convicciones, en esta dimensión se exteriorizan todas las manifestaciones que los individuos poseen acerca de la religión. En la población objeto de estudio se evidencia en la necesidad tangible de visitar espacios para los momentos de actividades espirituales, necesidad de hincarse por que se tiene la plena convicción de que es un acto de humildad y/o por el respeto que merece el ser supremo.

3. Análisis de la variable prácticas saludables

Tabla 7. Agrupación general de la variable prácticas saludables

Prácticas saludables		
Primer grupo de articulación. Pregunta de la 21 – 27.	Segundo grupo de articulación. Pregunta de la 29 – 36.	Tendencia separada Pregunta 28.
21. ¿Usa remedios naturales cuando se encuentra enfermo?	29. ¿Consume la cantidad de agua que requiere su cuerpo?	28. ¿Considera que fortalecer las relaciones interpersonales favorece su salud?
22. ¿Ha sido atendido por médicos bioenergéticos?	30. ¿Realiza actividades recreativas para favorecer su salud?	
23. ¿Considera que el uso de la medicina bioenergética ayudaría en la recuperación de la salud?	31. ¿Se abstiene del consumo de tabaco?	
24. ¿Se Práctica con frecuencia exámenes médicos para conocer su estado de salud?	32. ¿Se abstiene del consume de alcohol?	
25. ¿Realiza actividad física más de tres veces a la semana?	33. ¿Considera que respirar aire puro le ayuda a su salud?	
26. ¿Practica la lectura como ayuda para la salud mental?	34. ¿Considera que la luz solar beneficia su salud?	
27. ¿Consume una alimentación adecuada como practica saludable?	35. ¿Considera que dormir le ayuda a tener salud?	
	36. ¿Tiene periodos de descanso durante el día?	

3.1 Primer grupo de articulación de la variable prácticas saludables

Preguntas de la 21 a 27, interpretación de los datos de acuerdo a las preguntas que marcan la tendencia en lo que se refiere a las de mayor, menor o mediana aceptación por parte de los usuarios encuestados.

Rango alto (mayor aceptación): escala Likert 5 - siempre.

Rango medio (mediana aceptación): escala Likert **2, 3 o 4** – casi nunca, a veces y casi siempre, respectivamente.

Rango bajo (menor aceptación): escala Likert 1- nunca.

La escala Likert **2, 3 o 4** que se presenta en el rango medio (mediana aceptación), es significativa ya que al momento de interpretar los resultados la cercanía de esta escala a los extremos de la puntuación, es decir a 1 (nunca) o 5 (siempre), contribuirá a la interpretación global del grupo de articulación, así como a direccionar el análisis hacia identificar las prácticas religiosas en los usuarios que asisten a la fundación hospitalaria universitaria adventista y cómo se comporta la tendencia de aceptación, de ahí que se le haga énfasis en la escala Likert (2, 3 o 4), seguido del valor de proporción más alto para esta categoría.

Tabla 8. Primer grupo de articulación de la variable prácticas saludables

	Rango alto	Rango medio	Rango bajo
21. ¿Usa remedios naturales cuando se encuentra enfermo?	24,0	X 3: 34,0	13,0
22. ¿Ha sido atendido por médicos bioenergéticos?	5,0	3: 15,7	X 64,3
23. ¿Considera que el uso de la medicina bioenergética ayudaría en la recuperación de la salud?	13,7	3: 32,3	X 36,3
24. ¿Se Práctica con frecuencia exámenes médicos para conocer su estado de salud?	12,7	X 3: 28,7	12,7
25. ¿Realiza actividad física más de tres veces a la semana?	18,7	X 3: 28,3	21,3
26. ¿Practica la lectura como ayuda para la salud mental?	20,0	X 3: 28,7	19,3
27. ¿Consume una alimentación adecuada como practica saludable?	25,3	X 4: 35,3	9,0

De acuerdo con el análisis de los resultados y a la ponderación establecida en la tabla del primer grupo de articulación de la variable prácticas saludables, se evidencia que la población encuestada no posee una tendencia marcada hacia el uso de remedios naturales, hacia el hábito frecuente de realizarse exámenes médicos, hacia la práctica de actividad física y práctica de la lectura como ayuda para la salud mental, con información dispersa que no aportan datos sólidos para inferir la situación actual. Por otro lado en la pregunta: ha sido atendido por médicos bioenergéticos y cree que el uso de la misma ayuda en la recuperación de la salud, se encontró un nivel bajo de aceptación con 64.3 % y 36.3 % respectivamente.

3.2 Segundo grupo de articulación de la variable prácticas saludables

Preguntas de la 29 a 36, interpretación de los datos de acuerdo a las preguntas que marcan la tendencia en lo que se refiere a las de mayor, menor o mediana aceptación por parte de los usuarios encuestados.

Rango alto (mayor aceptación): escala Likert 5 - siempre.

Rango medio (mediana aceptación): escala Likert **2, 3 o 4** – casi nunca, a veces y casi siempre, respectivamente.

Rango bajo (menor aceptación): escala Likert 1- nunca.

La escala Likert **2, 3 o 4** que se presenta en el rango medio (mediana aceptación), es significativa ya que al momento de interpretar los resultados la cercanía de esta escala a los extremos de la puntuación, es decir a 1(nunca) o 5 (siempre), contribuirá a la interpretación global del grupo de articulación, así como a direccionar el análisis hacia identificar las prácticas religiosas en los usuarios que asisten a la fundación hospitalaria universitaria adventista y cómo se comporta la tendencia de aceptación, de ahí que se le haga énfasis en la escala Likert (2, 3 o 4), seguido del valor de proporción más alto para esta categoría.

Tabla 9. Segundo grupo de articulación de la variable prácticas saludables

	Rango alto	Rango medio	Rango bajo
29. ¿Consume la cantidad de agua que requiere su cuerpo?	25,3	X 3: 32,3	7,7
30. ¿Realiza actividades recreativas para favorecer su salud?	26,3	X 3: 28,0	15,3
31. ¿Se abstiene del consumo de tabaco?	X 69,7	3: 10,0	12,3
32. ¿Se abstiene del consume de alcohol?	X 64,7	3: 13,7	6,3
33. ¿Considera que respirar aire puro le ayuda a su salud?	X 78,3	4: 12,3	4,3
34. ¿Considera que la luz solar beneficia su salud?	X 61,0	4: 19,3	7,3
35. ¿Considera que dormir le ayuda a tener salud?	X 66,7	4: 19,0	4,3
36. ¿Tiene periodos de descanso durante el día?	X 30,0	3: 27,7	14,0

De acuerdo con el análisis de los resultados y a la ponderación establecida en la tabla del segundo grupo de articulación de la variable prácticas saludables, se evidencia que para las preguntas: consume la cantidad de agua que requiere su cuerpo y lleva a cabo actividades recreativas para favorecer la salud, la población encuestada, no posee una tendencia marcada de aceptación hacia ejecutar tales prácticas, con un porcentaje de 25.3 % y 26.3 % respectivamente. En contraste con lo anterior, se observa que la población encuestada comparte una tendencia marcada de aceptación hacia el dominio en cuanto al consumo de tabaco y alcohol con un porcentaje de 69.7 % y 64.7 % respectivamente. A su vez, se presenta una aceptación hacia el creer que respirar aire puro, la luz solar, dormir y tomar periodos de descanso durante el día contribuyen al beneficio de la salud, con unos porcentajes de 78.3 %, 61.0 %, 66.7 % y 30 % respectivamente.

3.3 Tendencia separada o diferente

La pregunta 28: ¿Considera que fortalecer las relaciones interpersonales favorece su salud?, debido a su enfoque diferente a las demás preguntas planteadas no se ubica en ningún grupo de articulación, sin embargo, al detallar la tendencia de distribución de sus datos, se encuentra que el 41 % de los casos, creen que fortalecer las relaciones

interpersonales es un factor que interviene e influye en el proceso de salud – enfermedad.

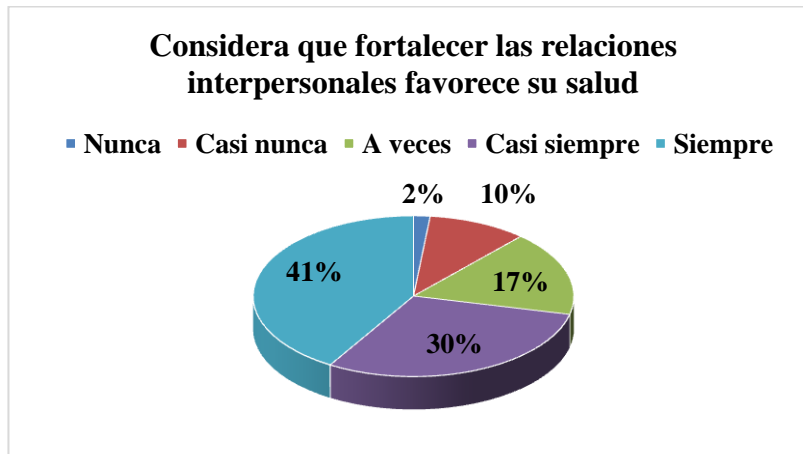


Figura 9. Tendencia separada o diferente

3.4 Síntesis general de la variable prácticas saludables

De acuerdo al análisis de los resultados a través de la ponderación establecida y del nivel de aceptación hacia la dimensión prácticas saludables, se puede inferir que, la población que participa en la investigación posee conciencia hacia el manejo y control de los hábitos y costumbres culturales en el consumo de alcohol, tabaco y manejo de una alimentación adecuada, constituyéndose en un factor protector para la salud.

Percepción que no se fundamenta precisamente en el conocimiento que el individuo tiene de la salud y la enfermedad, esta situación se evidencia en el poco interés en la población encuestada hacia la actividad física y en la realización de exámenes médicos con regularidad; la interrelación entre las dimensión prácticas religiosas y prácticas saludables conduce a que las personas aprendan comportamientos saludables.

3.5 Síntesis general de las variables prácticas religiosas y prácticas saludables

Es innegable que la promoción de la salud y prevención de la enfermedad son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en el mundo actual.

Tampoco es sorpresa el hecho de, que la conducta de las personas esté directamente relacionada con proceso de salud - enfermedad; por tanto, intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y

la promoción de la salud, es así que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra la salud. Con respecto al bienestar, los estilos de vida determinan la presencia de factores de riesgo, de factores protectores o de ambos, por lo cual es importante tener en cuenta los componentes individuales y sociales que rodean al individuo para que el proceso de cuidado se realice eficazmente, se requiere de aplicar el cuidado en base a el modelo de la transculturalidad del individuo y su grupo familiar y a partir de allí concertar los cuidados entre estos y el equipo de enfermería.

Ahora bien, el que se realice una conducta de salud no garantiza que se lleven a cabo otros comportamientos saludables, pues en el repertorio de conducta de un individuo pueden convivir al mismo tiempo hábitos saludables y nocivos, situación que se evidencia a través del análisis de la percepción que poseen los individuos acerca de las dos dimensiones expuestas, a pesar de ello, en el análisis general de las dimensiones predomina la existencia de una relación entre prácticas religiosas y prácticas saludables en los usuarios de la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín, aceptándose así la hipótesis H_1 , lo que da respuesta a la pregunta de investigación planteada.

CAPÍTULO CINCO – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

En función de los resultados obtenidos de esta investigación relativa a la relación existente entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables en los usuarios de la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín, se señalan las siguientes conclusiones.

Se concluye que el género representativo en la población encuestada correspondió al femenino, a su vez la mayor muestra se encuentra en el rango de edad mayor de 51 años, con respecto al estrato socio-económico el que predominó fue el nivel 3, en relación al nivel de estudio de la población encuestada el más típico fue el correspondiente a bachillerato, seguido del universitario, de acuerdo a la distribución según la ocupación de los encuestados el de mayor significancia fue el que se encuentra en la categoría de empleado, en cuanto a la religión de la población encuestada, se concluye que la más representativa fue la doctrina católica.

Mediante el estudio de las dimensiones prácticas religiosas y prácticas saludables, se encontró en los usuarios encuestados tres factores que influyen en la salud: el primero corresponde a la creencia en un ser supremo que orienta y facilita las decisiones cotidianas, el segundo concierne a la influencia de la religiosidad en la reducción de la tensión, mejoría física, bienestar mental y la tercera compete a el apoyo social, el cual se evidencia en que la comunidad religiosa incita a adoptar estilos de vida que promueven la buena salud.

Lo anterior, coincide con el modelo de Pargament (1997), más específicamente al segundo y tercer estilo de afrontamiento religioso: 1. estilo autodirigido: en el cual las personas confían en sí mismas más que en Dios para resolver sus problemas; 2. estilo elusivo o evitativo: en el que la responsabilidad es dejada en manos de la divinidad, y 3. estilo colaborativo: en el que se establece una dinámica compartida entre el hombre y Dios en el proceso de afrontamiento. (1)

La presente investigación coincide con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Martínez, Méndez y Ballesteros (2004) los cuales encontraron como principales

resultados, que la gran mayoría de personas tienen una creencia religiosa y se consideran espirituales, a su vez que reconocen que sus creencias religiosas y la espiritualidad le han ayudado a afrontar la enfermedad y el tratamiento, así mismo se halló, que una persona puede tener crisis religiosas o espirituales y cada una de ellas, aunque estén relacionadas, corresponde a necesidades diferentes de los pacientes. (2)

El cuidado que enfermería brinda a los pacientes, familias y comunidad, debe ser valorado desde el metaparadigma de la disciplina, lo que quiere decir desde un enfoque integral, para esto se requiere del conocimiento de las creencias religiosas y de las diferentes formas de expresión de la religiosidad / espiritualidad en los individuos y como esta dimensión se entrelaza con las prácticas saludables. En este contexto y de acuerdo a los resultados arrojados mediante la aplicación del instrumento y posterior análisis, podemos inferir que existe relación entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables en los usuarios que consultan a la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín.

A este propósito, en el estudio realizado por Whetsell, Frederickson, Aguilera, Maya (2005) se encontró una relación positiva entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud. Retoman el concepto de algunos autores para definir espiritualidad, desde cuando se está hablando del componente espiritualidad y como este influye en la persona. (57)

2. Recomendaciones

El personal de enfermería en la actualidad debe primero retomar los valores que destacaban a la enfermera desde los inicios de la profesión, como son la devoción, la vocación, el amor al prójimo y por ende al enfermo. En cuanto a las instituciones formadoras de profesionales de enfermería, deben reforzar en el estudiante el desarrollo, más de las cualidades internas del cuidado, es decir los valores morales y éticos, que las externas las cuales se pueden aprender durante su práctica profesional, mientras que aquellas que se cultivan con los valores humanos mostraran sus frutos en el momento de la interacción con el otro.

Para enfermería es importante el conocimiento científico como lo dice Jean Watson, para poder brindar un cuidado con calidad, con él se gana reconocimiento, seguridad y admiración, pero definitivamente son más importantes aquellos valores espirituales que nos hacen mejor persona cada día.

La salud y la enfermedad, son momentos en la vida de las personas apreciados, indistintamente en la medida en que se van sucediendo las diferentes edades y en la medida en que el sentido personal en cada una de las etapas de la vida va transformándose y con él, el sistema de creencias ejerciendo una influencia beneficiosa dentro del proceso salud-enfermedad; cuestión a tener en cuenta por todos aquellos que tienen como responsabilidad social el cuidado de la salud.

Vivimos en un mundo donde la supervivencia del hombre es cada vez una cuestión de utilizar los recursos que nos ofrece el ambiente con sabiduría, donde la enfermedad y la pobreza nos circundan y donde todos debieran conocer los agentes que la naturaleza provee como remedios y saber aplicarlos; ellos son los remedios naturales: el aire puro, el sol, la abstinencia, el descanso, el ejercicio, un régimen alimenticio conveniente, el agua y la confianza en el poder divino son los verdaderos remedios.

La inclusión de las dimensiones religiosas y estilos de vida saludables en los modelos y teorías de enfermería son aplicables en la atención al paciente, no solo constituye un instrumento de perfeccionamiento de la atención al paciente sino que permite una visión más amplia, profunda y abarcadora de la enfermería que viabiliza el camino a la excelencia en el cuidado de las personas, estas deben constituir la guía para la mejora continua de la práctica clínica de los profesionales.

Mediante el análisis de la percepción de la población encuestada se evidenció la relación entre las variables prácticas religiosas y prácticas saludables, las cuales se fundamentan en mecanismos cognitivo-conductual, es decir del vínculo que los individuos construyen en lo que se refiere al pensamiento y la conducta, conocer y examinar más a fondo la forma en que estas dimensiones interactúan es útil en el proceso de cuidado que la profesión de enfermería ofrece a sus pacientes, familias y comunidad, de ahí, parte la necesidad de continuar los esfuerzos para incorporar los factores religiosos y espirituales en el ámbito de la salud.

De acuerdo con lo referente a los modelos disciplinares de enfermería, los cuidados ofrecidos por el profesional se deben brindar basados en unos valores humanistas y humanizadores del proceso salud – enfermedad del paciente y su grupo familiar, ya que se observa con mayor frecuencia que las instituciones hospitalarias se impregnan cada vez más del modelo biomédico y curativo, reduciendo lo humano a lo biológico, alejando el quehacer de la enfermería de su visión humanista y holística del cuidado a una esfera en el que la tecnología y su aplicación, las nuevas terapias de tratamiento, la habilidad en los procedimientos, han tomado preferencias sobre la atención humana y compasiva que debe caracterizar el cuidado. Además, como dice Bermejo “humanizar la asistencia al enfermo en el ámbito de las relaciones profesionales, consiste en dotarla de las actitudes y habilidades que hacen que la asistencia sea vivida de manera sana, experimentada familiar y afable con dominio de los sentimientos e impregnación de los valores más genuinamente humanos”. (4)

REFERENCIAS

1. Real Academia de la Lengua Española. Real Academia Española. 23rd ed.; 2014.
2. León Román C. Rev Cubana Enfermería. [Online].; 2006 [cited 2014 Diciembre 16]. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_4_06/enf07406.htm.
3. Aguilar Guzmán O, Carrasco Gonzáles MI, García Piña MA, Saldivar Flores A. Enfermería universitaria ENEO- UNAM. [Online].; 2007 [cited 2015 Febrero 06]. Available from: www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/30289/28136.
4. López L, Cataño N, López H, Velásquez V. Diversidad cultural de sanadores tradicionales afrocolombianos: preservación y conciliación de saberes. Cielo. 2011 Diciembre; 11(3).
5. Navas Navarro V, Ramos Cedeño L, Medina López O, Báez Hernandez FJ. El significado de cuidado en la práctica profesional de Enfermería. Cielo. 2009 Agosto; 9(2).
6. Universidad Nacional Autónoma de México. Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud - enfermedad. Revista electronica de psicología Iztacala. 2004 Marzo; 7(2).
7. Siles González J. La naturaleza histórica y dialéctica de los procesos de globalización - glocalización y su incidencia en la cultura de los cuidados. Scielo. 2010 Septiembre; 19(2-3).
8. Arias de Ospina MR. [Online].; 2007 [cited 2014 07 12].
9. Aguilera Mochón A. La ciencia frente a las creencias religiosas. Ciencia y tecnología. 2005 septiembre; 95(S.D).
10. Dasso Vassallo AF. Sintomatología depresiva y prácticas religiosas en internas por delitos comunes de un penal de Lima. Lima - Perú: Pontificia universidad católica del Perú; 2010.
11. Garcia Moran E. Fundamentos científicos de la religion antigua. critica del presente el Catoblepas. 2006 noviembre; S.D(57).
12. Martínez Echeverri MR, Méndez Porras , Ballesteros P. Pontificia Universidad Javeriana. [Online].; 2004 [cited 2012 Agosto 25]. Available from:

www.sparta.javeriana.edu.co.

13. Biblia S. Reina Valera Madrid; 1960.
14. Movimiento de vida cristiana. Camino hacia Dios. [Online].; s. f. [cited 2015 Febrero 10. Available from: <http://www.caminohaciadios.com/chd-por-numero/357-225-que-es-la-fe>.
15. Papa Francisco. Llevemos a todos la alegría de la fé. News version en español. 2013 febrero ; S.D(S.D).
16. Salvador Sánchez S. El argumento de pascal. 2009 Marzo .
17. Universidad de cordoba - España. Servicio biblico Latinoamericano. [Online].; S.D [cited S.D S.D S.D. Available from: www.servicioskoinonia.org.
18. Bultmann. Introduccion a la biblia. primera ed. Larriba J, editor. España: Ediciones Cristiandad; 1982.
19. Voltaire Arouet M. Diccionario filosófico. 6th ed. Blanco I, editor. España: Prometeo; 2007.
20. Flinn FK. Cienciología: Rasgos de religión. Freedom plubishing. 1994 septiembre; S.D(7).
21. Caro de pallares. Abordaje de la necesidad espiritual en la relacion de ayuda. revista científica salud uninorte. 2004 Mayo; 18(S.D).
22. Quiceno JM, Vinaccia E. Resiliencia perce, pción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionado con la salud. Psicologia desde el caribe. 2013 Diciembre; 30(3).
23. Cózar Santiago A. Religión, cultura e identidad en la obra de Naguib Mahfuz. pensamiento y cultura. 2008 Abril; 11(1).
24. Whetsell , Frederickson , Aguilera , Maya. Niveles de bienestar espiritual y de fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. Scielo. 2005 Diciembre; 6(1).
25. Martinez c, Mendez C, Ballesteros C. Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República dominicana. 2004 S.D; S.D(S.D).
26. Valencia J. Universidad autónoma de Barcelona (tesis). [Online].; 2010 [cited 2012

- Agosto 25. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/79124>.
27. Bourdieu P. Antropología, Transmisión Cultural, Educación (Social). Antropologies wordpress. 2013 octubre; S.D(S.D).
 28. Universidad de Pamplona. universidad de Pamplona Colombia. [Online]. pamplona; 2008 [cited 2014 S.D S.D. Available from: http://www.unipamplona.edu.co/unipamplona/hermesoft/portallIG/home_19/recurso/s/01_general/contenidos/08052008/articulo_2.jsp.
 29. UNESCO organizacion de las naciones unidas para la Educacion la ciencia y la cultura. [Online].; 2001 [cited 2014 S.D S.D. Available from: <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>.
 30. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 1948 [cited S.D S.D S.D. Available from: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
 31. Londoño Gomez E. Cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. SciELO. 2009 Febrero; S.D(S.D).
 32. Córdoba Palacio R. El elemento ético religioso en la relación médico paciente. SciELO. 2007 agosto; S.D(S.D).
 33. Flamarique L. Emociones versus normas. El confinamiento Psicológico de la experiencia social. SciELO. 2009 Diciembre; S.D(S.D).
 34. Organización mundial de la salud. Cuidados paliativos. info. [Online].; 2011 [cited 2012 Agosto 25. Available from: <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=252&sel=269>.
 35. Instituto nacional de cardiología (Revista). Medigraphic. [Online].; 2002 [cited 2012 agosto 25. Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=45&IDARTICULO=3437&IDPUBLICACION=473>.
 36. Morales B. Enfermería relación transcultural. [Online].; S.D [cited 2012 Agosto 25. Available from: http://www.colegiomilitar.mil.ar/rediu/pdf/ReDiU_0926_art3-Enfermer%C3%ADa.pdf.
 37. Lagunes Córdoba , Hernández Manzanarez M. Universidad de la Sabana. [Online].; 2012 [cited 2013 Marzo 17. Available from:

- <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2133/html>.
38. Feito. Scielo. [Online].; 2007 [cited 2012 marzo 05. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600002.
 39. Libertad Martín A. SciELO (Revista Cubana de salud pública). [Online].; 2003 [cited 2013 Abril 06. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000300012&script=sci_arttext.
 40. Alvarado García A. SciELO. [Online].; 2004 [cited 2013 Abril 07. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=pt&nrm=iso.
 41. Dasso Vassallo AF. SciELO - Pontificia Universidad católica del Perú. [Online].; 2010 [cited 2012 abril 28. Available from:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/659>.
 42. Maltbya , Lewisb , Freemanc , Dayc , Cruised , Michael. Scielo. [Online].; 2007 [cited 2015 02 09. Available from:
http://ib.adnxs.com/tt?id=1049930&size=728x90&referrer=http%3A%2F%2Fwww.scielo.cl%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0717-75182006000200006&cb=2940180.
 43. Grisales N LV. Universidad de Antioquia. [Online].; 2011 [cited 2015 02 13. Available from: <http://www2.udea.edu.co/webmaster/indexudea.html>.
 44. República de Colombia - Gobierno Nacional. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. [Online].; 1997 [cited 2015 02 12. Available from:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=337>.
 45. LEY 397 DE 1997. [Online].; 1997 [cited 2013 Mayo 16. Available from:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=337>.
 46. Gobierno de Colombia. Propiedad de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. . [Online].; 1994 [cited 2015 02 15. Available from:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=331>.
 47. Gazeta de Antropotogía. [Online].; 2006 [cited 2015 03 10. Available from:
http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html.

48. Sociedad Bíblica Emanuel. Santa Biblia Nueva Reina Valera 2000. S.D ed.
Emanuel SB, editor. Doral,Florida,EE.UU.: Panamericana formas e impresiones ;
2000.
49. Hernández Sampieri R, Fernández Collado , Baptista Lucio MdP. slideshare.net.
corporacion web site. [Online].; 2010 [cited 2015 02 07. Available from:
<http://es.slideshare.net/Igneigna/metodologia-de-la-investigacion-5ta-edicion-de-hernandez-sampieri>.
50. Kalla S. Explorable psychology. [Online].; 2011 [cited 2015 02 07. Available from:
<https://explorable.com/es/estudio-correlacional>.
51. Enciclopedia Virtual. Eumed.net. [Online].; 1994 [cited 2015 02 07. Available
from: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006c/203/21.htm>.
52. <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>. [Online].; S.D [cited 2015 02 13.
Available from: <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>.
53. Unisabana. <http://www.unisabana.edu.co/>. [Online].; 1993 [cited 2015 02 11.
Available from:
http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf.
54. Acevedo Pérez I. Scielo Ciencia y Enfermería. [Online].; 2002 [cited 2015 02 11.
Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003>.

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Corporación Universitaria Adventista

Facultad de Ciencias de la salud

Enfermería

Autorizo a los estudiantes del sexto semestre de enfermería, la realización de una encuesta, acerca de las prácticas religiosas y las prácticas saludables que llevo a cabo diariamente y/o en el proceso de enfermedad, teniendo en cuenta que he sido informado de que mis datos serán protegidos.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado es comprendido perfectamente; se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido explicadas de forma satisfactoria.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Día_____ Mes_____ Año_____

Anexo 2. Encuesta

ENCUESTA

Título del proyecto:

Prácticas religiosas y su relación con las prácticas saludables.

Objetivo general:

Identificar la relación existente entre las prácticas religiosas y las prácticas saludables en los usuarios de la fundación hospitalaria universitaria adventista de Medellín.

Este cuestionario está dividido en dos secciones: I. Datos generales que nos permiten caracterizar la población en estudio. II. Datos específicos que abordan las variables prácticas religiosas y prácticas saludables.

- ❖ Sus respuestas son anónimas y absolutamente confidenciales.
- ❖ Responda todas las preguntas y solo dé una opción.

I. Datos generales.

1. Edad: 20-30 ___ 31- 40__ 41-50__ mayor de 51___
2. Género: M: ___ F: ___
3. Estrato socio-económico:
1___ 2___ 3___ 4___ 5___ 6___
4. ¿Qué nivel de estudio tiene?
Primaria: ___ Bachillerato: ___ Técnico: ___ Tecnológico: ___ Universitario: ___
Postgrado: ___
5. ¿Qué ocupación tiene?
Ama de casa___ Trabajador independiente___ Empleado___
Desempleado___ Pensionado___ Estudiante ___ Otro___
6. ¿Denominación religiosa?
Católico___ Adventista___ Cuadrangular___ Testigo de Jehová ___
Cristiana ___ Otra___ Ninguna ___

II. Datos específicos

En la siguiente sección de preguntas marque con una x la opción que considere de respuesta a lo planteado.

1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre		
Prácticas religiosas						
	Preguntas	1	2	3	4	5
1	¿Estudia algún texto sagrado?					
2	¿Usted usa un método para comunicarse con un ser superior?					
3	¿Hace algún tipo de actividad espiritual mientras se encomienda al ser supremo?					
4	¿Tiene algún sitio específico donde realiza la actividad espiritual?					
5	¿Consume algún tipo de bebida al realizar la práctica religiosa?					
6	¿Consume algún tipo de alimento al realizar la práctica religiosa?					
7	¿Considera que si se arrodilla para orar por su salud la oración es más efectiva?					
8	¿Ofrece alguna ofrenda al Ser Supremo cuando recupera su salud?					
9	¿Ofrece alguna penitencia al Ser Supremo cuando recupera su salud?					
10	¿Asiste a un templo en busca de ayuda espiritual para que favorezca su salud?					
11	¿Considera que la adoración de imágenes le favorecer su salud?					
12	¿Considera que el ungimiento por parte del líder cristiano contribuye a su salud?					
13	¿Consulta a un hechicero en busca de mejorar su salud?					
14	¿Considera que la paz espiritual es importante para gozar de buena salud?					
15	¿Se apoya en sus creencias religiosas para recuperarse de una enfermedad?					
16	¿Considera que al tener una enfermedad la fe en el ser supremo le ayuda a sanarse?					
17	¿Considera que puede obtener sanidad por medio de un milagro?					
18	¿Considera que la obediencia a las leyes de un ser supremo le previene de enfermedades?					
19	¿Considera la enfermedad como castigo divino?					
20	¿Considera que la imposición de manos por parte del líder					

	cristiano le ayuda a su salud?						
Prácticas saludables							
21	¿Usa remedios naturales cuando se encuentra enfermo?						
22	¿Ha sido atendido por médicos bioenergéticos?						
23	¿Considera que el uso de la medicina bioenergética ayudaría en la recuperación de la salud?						
24	¿Se Práctica con frecuencia exámenes médicos para conocer su estado de salud?						
25	¿Realiza actividad física más de tres veces a la semana?						
26	¿Practica la lectura como ayuda para la salud mental?						
27	¿Consume una alimentación adecuada como practica saludable?						
28	¿Considera que fortalecer las relaciones interpersonales favorece su salud?						
29	¿Consume la cantidad de agua que requiere su cuerpo?						
30	¿Realiza actividades recreativas para favorecer su salud?						
31	¿Se abstiene del consumo de tabaco?						
32	¿Se abstiene del consume de alcohol?						
33	¿Considera que respirar aire puro le ayuda a su salud?						
34	¿Considera que la luz solar beneficia su salud?						
35	¿Considera que dormir le ayuda a tener salud?						
36	¿Tiene periodos de descanso durante el día?						

Sus respuestas son totalmente confidenciales, agradecemos su participación

Anexo 3. Carta de validación del instrumento



CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera que el instrumento cumple los objetivos propuestos?

0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ (100)

2. ¿Considera que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ (100)

3. ¿Estima que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del asunto que se investiga?

0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ (100)

4. ¿Considera que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ (90) ___ 100

5. ¿Estima que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 ___ 90 ___ (100)

6. ¿Qué preguntas cree que se podría agregar?

39. ¿Ha sido atendido por médicos bioenergéticos?

40. ¿Cree que la medicina bioenergética es recomendable para lograr la salud?

7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?

8. Recomendaciones

Fecha: 28-10-14

Validado por: Enoc Iglesias

¡Gracias!

0 10 20 30 40 50 60 (70) 80 90 100

2. ¿Considera que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?

0 10 20 30 40 50 60 (70) 80 90 100

3. ¿Estima que la cantidad de items que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del que se investiga?

0 10 20 30 40 50 60 (70) 80 90 100

4. ¿Considera que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?

0 10 20 30 40 50 (60) 70 80 90 100

5. ¿Estima que los items propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?

0 10 20 30 40 50 (60) 70 80 90 100

6. ¿Qué preguntas cree que se podría agregar?

7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar? (9) LA # 12 por falta de claridad

8. Recomendaciones (1) DETERMINAR LA TÉCNICA (ENTREVISTA) Y EL INSTRUMENTO (CUESTIONARIO) PARA LA APLICACIÓN DE ENCUESTO Y EL INSTRUMENTO (CUESTIONARIO) PARA LA ENCUESTA.



CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA
VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Instrucciones: Sírvase encerrar dentro de un círculo, el porcentaje que crea conveniente para cada pregunta.

1. ¿Considera que el instrumento cumple los objetivos propuestos?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 X 80 ___ 90 ___ 100
2. ¿Considera que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 X 80 ___ 90 ___ 100
3. ¿Estima que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión comprensiva del tema que se investiga?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 X 90 ___ 100
4. ¿Considera que si se aplicara este instrumento a muestras similares se obtendrían datos también similares?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 ___ 80 X 90 ___ 100
5. ¿Estima que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
0 ___ 10 ___ 20 ___ 30 ___ 40 ___ 50 ___ 60 ___ 70 X 80 ___ 90 ___ 100
6. ¿Qué preguntas cree que se podría agregar?
En su experiencia personal cree que alguna práctica religiosa le ayudó a recuperar la salud?
7. ¿Qué preguntas se podrían eliminar?
Hace algún rito... Podría ser: tiene actividades de meditación para mejorar su salud?
Realiza algún tipo de oración...
8. Recomendaciones
Incluir a los que no tienen filiación religiosa o ateos

Fecha: 3-XII-14

Validado por: _____

JAIRO W. CASTAÑEDA ALVAREZ
Decano Facultad de Ciencias Exactas
Corporación Universitaria Adventista