

LOCUS DE CONTROL DE LA SALUD, ACTITUD RELIGIOSA Y ESPIRITUALIDAD EN ADULTOS MAYORES

JOEL OMAR GONZÁLEZ-CANTERO¹, CARMEN ELVIRA HERNÁNDEZ-MAGAÑA²,
VÍCTOR HUGO GONZÁLEZ-BECERRA³, ALICIA ABUNDIS-GUTIÉRREZ⁴

Recibido para publicación: 25-10-2020 - Versión corregida: 19-11-2020 - Aprobado para publicación: 13-01-2021

González-Cantero JO, Hernández-Magaña CE, González-Becerra VH, Abundis-Gutiérrez A. **Locus de control de la salud, actitud religiosa y espiritualidad en adultos mayores.** Arch Med (Manizales). 2021; 21(2):446-456. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4012.2021>

Resumen

Objetivo: valorar la relación del locus de control de la salud con la actitud religiosa y la espiritualidad en adultos mayores mexicanos. **Materiales y métodos:** estudio correlacional de corte transversal en una muestra de 101 adultos mayores de centros gubernamentales de asistencia social en México. Para evaluar las variables de estudio se utilizó la Escala de Locus de Control en Salud, el Índice de Espiritualidad y la Escala de Actitud Religiosa, además de un cuestionario para las variables socio-demográficas. La recolección de datos fue realizada por psicólogas previa firma del consentimiento informado. Se realizaron análisis descriptivos para las variables de estudio, y para evaluar la relación entre el locus de control de la salud con la actitud religiosa y la espiritualidad se realizaron dos análisis: una correlación de Pearson y la razón de momios. **Resultados:** la correlación del locus de control de la salud en su dimensión otros poderosos tiene una correlación baja pero estadísticamente significativa con la actitud religiosa ($r = ,278$, $p < ,01$) y no tiene una correlación con la espiritualidad, así, un nivel alto de actitud religiosa hace más probable que los adultos mayores tengan un locus de control de la salud otros poderosos a un nivel alto ($\Psi = 2,71$, $1,154 - 6,394$). **Conclusión:** a medida que la actitud religiosa tiene un nivel más alto, el empoderamiento de la salud en los adultos mayores mexicanos tiene mayor probabilidad de ser menor.

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 21 N° 2, Julio-Diciembre 2021, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, González-Cantero JO, Hernández-Magaña CE, González-Becerra VH, Abundis-Gutiérrez A.

- 1 Psicólogo. Doctor en Psicología. Docente e investigador de la Universidad de Guadalajara. Jalisco, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2158-2903>. Correo e.: joel.gonzalez@academicos.udg.mx.
- 2 Psicóloga. Maestra en Gerontología. Docente e investigadora de la Universidad de Guadalajara. Jalisco, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1621-1086>. Correo e.: carmen.hernandez@valles.udg.mx.
- 3 Psicólogo. Doctorado en Ciencia del Comportamiento. Docente e investigador de la Universidad de Guadalajara. Jalisco, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7744-6543>. Correo e.: victor.gbecerra@academicos.udg.mx.
- 4 Psicóloga. Doctora en Psicología Experimental y Neurociencias del Comportamiento. Docente e investigadora de la Universidad de Guadalajara. Jalisco, México. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7831-3742>. Correo e.: alicia.abundis@academicos.udg.mx.

Palabras clave: *cognición; religión; espiritualidad; adulto mayor; promoción de la salud.*

Health locus of control, religious attitude and spirituality in older adults

Summary

Objective: *to assess the relationship of health locus of control with religious attitude and spirituality in a group of Mexican elders. Materials and methods:* cross-sectional correlational study in a sample of 101 older adults from government social assistance centers in Mexico. To evaluate the study variables, the Locus of Control in Health Scale, the Spirituality Index and the Religious Attitude Scale were used; in addition to a questionnaire for sociodemographic variables. Data collection was carried out by psychologists after signing the informed consent. Descriptive analyzes were carried out for the study variables and to evaluate the relationship between health locus of control with religious attitude and spirituality, two analyzes were carried out: a Pearson correlation and the odds ratio. **Results:** the correlation of health locus of control in its dimension powerful others has a low but statistically significant correlation with religious attitude ($r = ,278$, $p < ,01$) and does not have a correlation with spirituality, thus, a high level of religious attitude makes it more likely that older adults have a powerful others health locus of control at a high level ($\Psi = 2,71$, $1,154 - 6,394$). **Conclusion:** as religious attitude has a higher level, health empowerment in Mexican older adults is more likely to be lower.

Keywords: *cognition; religion; spirituality; elderly; health promotion.*

Introducción

En México en el 2020 la población de adultos mayores (AM) es de 9,7 millones aproximadamente, y la proyección para el 2050 es de 24,8 millones [1]. El aumento de la población de AM se debe a que, en México, como se analiza con base en datos del INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), la esperanza de vida en el 2015 era de 72,3 y 77,4 para hombres y mujeres respectivamente, en tanto que para el 2020 se proyectó en 73,3 para hombres y 78,3 para mujeres [2]. No obstante, paralelamente a este cambio favorable, los mexicanos, particularmente los AM, también aumentaron las prevalencias de enfermedades no transmisibles (ENT) [3], que se asocian a estilos de vida poco saludables y a la vejez. La calidad de vida de los AM suele ser deficiente al tener que lidiar con los complejos tratamientos de las ENT [4]

y, además, también hay perjuicios colaterales, entre ellos la sobrecarga de los familiares que fungen como cuidadores primarios [5] y las repercusiones económicas. Por ejemplo, se estima que en el 2016 las dos instituciones de salud pública más importantes de México (IMSS e ISSSTE) gastaron en conjunto alrededor de 95 mil millones de pesos en la atención de las ENT, lo que equivale al 31,4% del presupuesto total destinado a estas instituciones de salud [6]; además, es necesario considerar que un gran porcentaje de la población mexicana se atiende en centros de salud y hospitales públicos, que son subsidiados. Así, la sostenibilidad del sistema sanitario mexicano en el futuro está amenazada.

En la Carta de Ottawa que promulgó la Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de fortalecer la atención prima-

ria de la salud y particularmente uno de los ejes propuestos es el desarrollo de aptitudes personales para un estilo de vida saludable [7]. Desde entonces ha crecido el interés y el enfoque en la educación sanitaria para que las personas desarrollen habilidades para el empoderamiento de la salud [8], lo cual es necesario para los AM.

El empoderamiento de la salud se refiere a las habilidades que permiten a la persona convertirse en responsable de tomar las decisiones para el control diario de sus problemas de salud [9]. Desarrollar dicho empoderamiento en los AM es una tarea difícil por todas las variables que influyen y porque en la atención de la salud de los AM son diversos los profesionales que necesitan intervenir. Por ello, es necesario un trabajo multi e interdisciplinario en el cual el psicólogo de la salud pueda participar con tareas que sean propias de su perfil [10]. Una de ellas es precisamente psicoeducar en los factores psicológicos relacionados con el empoderamiento de la salud lo cual es factible para los AM que acuden a las instituciones de atención primaria de la salud quienes suelen reportar una dependencia leve y autonomía moderada [11], de tal manera que es factible intervenir en grupos de AM con dichas características.

Desde la perspectiva de la psicología de la salud se estudian diversas variables que influyen para lograr el empoderamiento en salud. Una de ellas son las creencias de control cuya evidencia en la literatura científica las señala como un factor que tiene impacto en los cambios en salud, y se ha señalado la necesidad de seguir investigando sobre más factores de variabilidad intraindividual [12].

Una de las variables psicológicas más estudiadas con respecto al empoderamiento de la salud es el locus de control de la salud (LCS), el cual se refiere a las percepciones de los individuos con relación a lo que consideran que controla su salud [13], que puede ser de tres tipos: 1) Interno (LCSI), que se refiere al

control percibido y la tendencia del individuo a creer que los resultados de su salud se deben principalmente a su propia conducta; 2) Azar (LCSA), en cuyo caso el individuo considera no tener control sobre lo que le ocurre y algo más, o eventos fortuitos, son los responsables y 3) Otros poderosos (LCSO), en el que los individuos le atribuyen los resultados y control de su salud a otras personas, como pueden ser familiares o profesionales de la salud. Así, el LCSI implica internalidad y el LCSA y el LCSO externalidad.

El LCS se usa para predecir y/o explicar diversas conductas de la salud de acuerdo con diversas condiciones de salud [14], particularmente es una variable útil para evaluar el nivel de control percibido de los pacientes respecto a las ENT. Por ejemplo, las personas con un nivel alto de LCSI tienen mayor probabilidad de adherirse a cambios de estilo de vida que promueven la salud, comportamientos de prevención de enfermedades [15-17] y tener mejor afrontamiento de la vida [18]; por ende, tienen tasas de supervivencia más altas. En contraste, las personas con un nivel alto de LCSA tienen mayor probabilidad de ser pasivos frente a diversas situaciones relacionadas con su salud [19] y referir distrés psicológico [20]. El LCSO se asocia con la confianza en los profesionales de la salud [21]; no obstante, es importante señalar que las ENT permiten tratamientos relacionados con el cambio de estilo de vida, en los que el paciente tiene mayor responsabilidad sobre el control de su enfermedad, por lo que un nivel alto de LCSO podría no ser favorable y generar conductas pasivas con respecto al autocuidado de la salud.

La literatura científica es consistente sobre el rol favorable del LCSI y el desfavorable del LCSA y el LCSO respecto al autocuidado de la salud en los AM [22-25].

De hecho, el efecto favorable del LCSI no solo puede ser en la salud de las personas, sino que puede ayudar financieramente a los sistemas sanitarios, pues como se ha mencio-

nado, su sostenibilidad está comprometida y entonces se tienen indicios de que las personas con un LCSI dependen menos de la atención médica, tanto a nivel de prevención como de intervención [26], producto, desde luego, de que se asumen en gran medida como responsables de su salud.

Así, resulta necesario identificar variables que puedan promover la externalidad y abordarlas adecuadamente. En ese sentido, la actitud religiosa, cuando es positiva, y la espiritualidad son variables distintas, que pudieran estar relacionadas con la externalidad que define al LCSA y el LCSO. Lo anterior es relevante considerando que en México el 99,8% de las personas refieren profesar una religión [27].

La religión se entiende como el sistema de creencias, prácticas espirituales, o ambas, organizadas en torno al reconocimiento de una deidad o deidades todopoderosas capaces y dispuestas a alterar el curso natural de los eventos y que incluye comportamientos como plegarias, meditación y participación en rituales públicos [28].

La actitud, que puede ser positiva o negativa, es factible para evaluar la disposición de las personas hacia la religión independientemente de cual sea, por cuatro razones: 1) porque es una predisposición encubierta profundamente arraigada, relativamente estable y duradera, en contraste con las conductas y opiniones más volátiles y superficiales; 2) proporciona una medida de religión más pura que la creencia o la práctica, es decir la dimensión actitudinal de la religión, es menos probable que se vea distorsionada por factores personales y contextuales; 3) a nivel operativo, se han desarrollado una gama de técnicas sofisticadas y bien establecidas para evaluar actitudes; 4) se puede acceder a la dimensión actitudinal de la religión mediante instrumentos que pueden funcionar de manera relativamente estable en un amplio rango de edad [29].

Por otro lado, la espiritualidad se define con base en tres componentes: 1) se relaciona con la creencia de la existencia de un ser superior y el significado del universo; 2) con el significado personal del sentido de la vida y su propósito y; 3) es el resultado de un estado interno, basado en las experiencias personales, asociado con la dimensión de conciencia y trascendencia de la vida y no necesariamente vinculado con lo social o con alguna creencia en particular [30-31].

Entonces, considerando que el LCS está asociado a la conducta en salud y que la actitud religiosa y la espiritualidad son conceptual y fenomenológicamente distintas. El objetivo de este estudio fue valorar la relación del LCS con la actitud religiosa y la espiritualidad en AM mexicanos.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: el tipo de estudio es descriptivo-correlacional de corte transversal.

Población: participaron 101 AM de cuatro centros gubernamentales de asistencia social mexicanos adscritos al programa de apoyo a los AM que los centros proveen, los cuales se seleccionaron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron tener más de 60 años, ser alfabeto y no estar diagnosticado con una enfermedad médica y/o psiquiátrica grave; se excluyeron a quienes no firmaron el consentimiento informado o no contestaron la totalidad de los reactivos de los instrumentos psicométricos.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico: fue diseñado específicamente para obtener información respecto a la edad, el sexo, el estado civil y el número de hijos. Además, se utilizó para recolectar información sobre la religión que se profesa, la práctica religiosa, es decir, la frecuencia (diaria, semanal, mensual u ocasional) con la que se realizan actividades religiosas y,

finalmente, para conocer la percepción sobre el estado de salud con base en las categorías: muy bueno, bueno, regular o malo.

Escala de Locus de Control en Salud [32]: validada para población mexicana [17] es de tipo Likert conformada por 18 ítems con cinco opciones de respuesta que van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo” con puntajes entre uno y cinco. La escala tiene tres factores: 1) Locus de control de la salud interno, 2) Locus de control de la salud azar y 3) Locus de control de la salud otros poderosos. Cada uno de los tres factores se forma de seis ítems, por lo que pueden alcanzar puntajes entre seis y 30; a mayor puntaje mayor presencia del tipo de LCS. La validación mencionada fue con AM mexicanos en la que se reporta un alfa de Cronbach de ,77 para el LCSI, para el LCSA ,75 y ,67 para el LCSO.

Índice de Espiritualidad [33]: es una escala tipo Likert validada en AM mayores mexicanos. Se compone por seis ítems con cuatro opciones de respuesta que van de “Nunca o casi nunca” a “Todo el tiempo” con puntajes de uno a cuatro, por lo que se puede obtener un puntaje entre seis y veinticuatro; a mayor puntaje, mayor espiritualidad de la persona. En dicha validación mexicana se reporta un alfa de Cronbach ,94.

Escala de Actitud Religiosa [34]: es una escala tipo Likert que se conforma por 17 ítems con cinco opciones de respuesta que van de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo” con puntajes entre uno y cinco. Así, se pueden obtener valores entre 17 y 85; un mayor puntaje indica una actitud más favorable hacia la religión. Los creadores de la escala reportan un alfa de Cronbach de ,94 con base en su aplicación en 1,982 mexicanos.

Procedimiento: la aplicación de los instrumentos fue realizada por psicólogas que fueron capacitadas para tal tarea. La aplicación se realizó en cuatro centros de asistencia social al occidente de México en escenarios apropia-

dos. La sesión de aplicación tuvo una duración aproximada de 30 minutos. Los datos fueron recolectados entre septiembre y noviembre de 2019.

Análisis estadístico: el análisis estadístico se realizó en dos fases. En la primera se obtuvieron estadísticos descriptivos, como medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y de las variables de estudio, según correspondiera. En la segunda fase con base en estadística inferencial para evaluar la relación entre el LCS con la actitud religiosa y la espiritualidad, se realizaron dos análisis: una correlación de Pearson ($p = ,05$) y la razón de momios ($IC = 95\%$). Para evaluar la confiabilidad de los instrumentos utilizados se calculó su alfa de Cronbach. El análisis estadístico empleó el paquete informático IBM SPSS Statistics, versión 26.

Consideraciones éticas: El proyecto de investigación fue aprobado y registrado en la Coordinación de Investigación del Centro Universitario de los Valles de la Universidad de Guadalajara (registro: CUVALLES/CI/860/2018), y autorizado por el responsable institucional de cada uno de los centros de asistencia social para garantizar que se cumplieran los preceptos de la Declaración de Helsinki, previa firma del consentimiento en el cual se les garantizaba a los participantes los derechos ARCO (acceso, rectificación, cancelación u oposición) respecto al control de sus datos personales.

Resultados

Participaron 101 AM con una edad promedio de $69,89 \pm 6,85$ con un rango de entre 60 y 90 años. Respecto al sexo, 15 hombres (14,9%) y 86 mujeres (85,1%). Con relación al estado civil, 14 (13,9%) reportaron ser solteros, 51 (50,5%) casados, 6 (5,9%) divorciados y 30 (29,7%) viudos. La media de número de hijos fue de $4,45 \pm 2,93$. Con relación a la religión, 98 (97,02%) refirieron ser católicos y 3 (2,97%) cristianos. Finalmente, 11 (10,9%) percibieron su estado de

salud como “Muy bueno”, 22 (21,8%) “Bueno”, 65 (64,4%) “Regular” y 3 (3%) “Malo”.

La Escala de Locus de Control en Salud obtuvo los siguientes alfas de Cronbach en cada factor: LCSI $\alpha = ,679$; LCSA $\alpha = ,721$; LCSO $\alpha = ,766$. En lo que respecta a la Escala de Actitud Religiosa, obtuvo $\alpha = ,788$ y el Índice de Espiritualidad, obtuvo $\alpha = ,942$.

Destaca que el 66,3% y el 72,3% de los AM tiene un nivel alto de actitud religiosa y espiritualidad respectivamente. La Tabla 1 muestra los puntos de corte para asignar el nivel bajo o alto a cada una de las variables de estudio, para lo cual se toma como referencia la media.

Los tres tipos de LCS correlacionaron positivamente con la actitud religiosa, en tanto que solo el LCSA correlacionó con la espiritualidad (Tabla 2).

En la Tabla 3 se muestra que la actitud religiosa y la espiritualidad no se relacionan con la probabilidad de tener un LCSI bajo o alto.

En la Tabla 4 se muestra que la actitud religiosa y la espiritualidad no se relacionan con la probabilidad de tener un LCSA bajo o alto.

En la Tabla 5 se observa que tener un nivel alto de actitud religiosa hace más probable que los AM tengan un LCSO.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos del LCS, actitud religiosa y espiritualidad en AM

Variable	Mínimo	Máximo	Media (DE)	n (%)	Categoría
LCSI	11	30	23,31 (4,94)	49 (48,5%)	Bajo
				52 (51,5%)	Alto
LCSA	6	30	16,50 (6,07)	48 (47,5%)	Bajo
				53 (52,5%)	Alto
LCSO	8	30	22,38 (5,97)	49 (48,5%)	Bajo
				52 (51,5%)	Alto
Actitud religiosa	41	85	76,98 (8,84)	34 (33,7%)	Bajo
				67 (66,3%)	Alto
Espiritualidad	6	24	21,74 (3,94)	28 (27,7%)	Bajo
				73 (72,3%)	Alto

LCS: locus de control de la salud; AM: adultos mayores; LCSI: locus de control de la salud interno; LCSA: locus de control de la salud azar; LCSO: locus de control de la salud otros poderosos.
Fuente: datos suministrados por los autores.

Tabla 2. Correlaciones bivariadas entre las variables de estudio

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Edad	-,011	,223*	,335**	-,040	-,204*	,053	,010	,193	,012	,154	,153
2. Sexo		,185	,111	-,091	-,226*	-,003	,129	,160	-,065	-,099	-,142
3. Estado civil			,221*	-,178	-,007	,016	,054	-,069	-,140	-,127	-,139
4. Número de hijos				-,166	-,145	,279**	,064	,093	,001	,204*	,138
5. Religión					-,062	-,144	-,167	,040	,226*	-,092	-,031
6. Práctica religiosa						-,074	-,322**	-,429***	-,097	-,246*	-,225*
7. Estado de salud							,121	-,084	,046	,208*	,200*
8. Espiritualidad								,385***	,072	,292*	,113
9. Actitud religiosa									,208*	,222*	,278**
10. LCSI										,324**	,551***
11. LCSA											,434***
12. LCSO											

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$. LCSI: locus de control de la salud interno; LCSA: locus de control de la salud azar; LCSO: locus de control de la salud otros poderosos.
Fuente: datos suministrados por los autores.

Tabla 3. Condición de espiritualidad y actitud religiosa en el LCSI

Variable	LCSI bajo		LCSI alto		Ψ	IC 95%
	N	%	N	%		
Actitud religiosa						
baja	19	18,81	15	14,85	1,56	(0,681 - 3,585)
alta	30	29,70	37	36,63		
Espiritualidad						
baja	17	16,83	11	10,89	1,98	(0,815 – 4,813)
alta	32	31,68	41	40,59		

LCSI: locus de control de la salud interno. Ψ = razón de momios.

Fuente: datos suministrados por los autores.

Tabla 4. Condición de espiritualidad y actitud religiosa en el LCSA

Variable	LCSA bajo		LCSA alto		Ψ	IC 95%
	N	%	N	%		
Actitud religiosa						
baja	20	19,80	14	13,86	1,99	(0,861 – 4,600)
alta	28	27,72	39	38,61		
Espiritualidad						
baja	15	14,85	13	12,87	1,39	(0,584 - 3,352)
alta	33	32,67	40	39,60		

LCSA: locus de control de la salud azar. Ψ = razón de momios.

Fuente: datos suministrados por los autores.

Tabla 5. Condición de espiritualidad y actitud religiosa en el LCSO

Variable	LCSO bajo		LCSO alto		Ψ	IC 95%
	N	%	N	%		
Actitud religiosa						
baja	22	21,78	12	11,88	2,71	(1,154 – 6,394)
alta	27	26,73	40	39,60		
Espiritualidad						
baja	17	16,83	11	10,89	1,98	(0,815 - 4,813)
alta	32	31,68	41	40,59		

LCSO: locus de control de la salud otros poderosos. Ψ = razón de momios.

Fuente: datos suministrados por los autores.

Discusión

De acuerdo con el objetivo del presente estudio se identificaron correlaciones bajas, pero estadísticamente significativas entre los tres tipos de LCS (LCSI, LCSA y LCSO) y la actitud religiosa. Con relación a la espiritualidad, solo tuvo una correlación baja, pero estadísticamente significativa con el LCSA.

Se destaca la mayor probabilidad de tener un LCSO cuando se tiene una actitud religiosa en un nivel alto. Así, la correlación entre la práctica y la actitud religiosa identificada en este estudio y la correlación de ambas con los LCSA y LCSO

coincide con un estudio similar en el que se reporta que la práctica religiosa se relaciona con un mayor LCS espiritual pasivo [35], en este caso el LCS espiritual pasivo es similar al LCSA y al LCSO porque hace referencia a que los resultados en salud dependen de factores externos (externalidad). Así, los resultados de este estudio, como los de los estudios señalados, van en el mismo sentido que en un estudio en donde se señala que la religiosidad y el LCS generan un efecto combinado en la percepción de la salud [36].

En la literatura científica el LCSI se ha asociado significativamente con la percepción de

un buen estado de salud y los LCSA y LCSO con un mal estado de salud [22-25]; no obstante, en este estudio la percepción del estado de salud no se asocia con el LCSI y sí se asocia significativamente con el LCSA y el LCSO. Lo anterior da cuenta de que los AM mexicanos pudieran atribuir a factores externos el estado de su salud.

En otro aspecto, en el estudio se encontró que un nivel alto de actitud religiosa hace más probable un LCSO, resultado similar al de un estudio donde un análisis de regresión mostró que el LCSA y la religiosidad (evaluada en términos de asistencia a actividades religiosas) eran predictores positivos y significativos del denominado Locus de Control de la Salud de Dios [37], es decir, en el cual la atribución de los resultados de la salud de las personas, es a la figura de Dios. Así, hay indicios de lo recomendable que pudiera ser que los profesionales de la salud en su ejercicio profesional tomen en cuenta los factores que promueven la externalidad y que pudieran generar pasividad en el cuidado de la salud de los AM.

Por otro lado, solo el LCSA correlacionó positivamente con el número de hijos mientras que un estudio observacional realizado durante un periodo de seis años con padres, una proporción de ellos referían un LCSI [38]. La diferencia anterior podría explicarse por factores socioculturales que hacen que el cuidado y bienestar de los hijos por parte de los padres se le atribuya bien a factores externos o internos y entonces es importante indagar cómo esto puede afectar su salud.

Con relación a la espiritualidad, en este estudio se encontró una relación con el LCSA, lo cual era esperado porque, al igual que la religión, puede hacer referencia a símbolos o factores externos, por ejemplo, como se señaló en su definición, la espiritualidad conlleva la creencia de la existencia de un ser superior. Así, este resultado va en el mismo sentido que el encontrado en un estudio con personas con

ENT en donde la espiritualidad se asoció de manera favorable con relación al afrontamiento de la enfermedad, particularmente disminuyendo la incertidumbre [39]. Cabe señalar que, aunque en este caso el LCSA se relaciona con la externalidad, es algo que puede resultar conveniente cuando no hay certeza respecto a una situación de salud y además necesariamente el estado de salud depende en mayor medida del proceder del profesional de la salud, de la disponibilidad de procedimientos para la atención de un problema de salud o incluso de factores socioeconómicos.

No obstante, en este estudio un nivel alto de espiritualidad no hace más probable tener ningún tipo de LCS, aunque tiene una correlación positiva y pequeña con el LCSA por lo que es necesario seguir indagando si puede ser un recurso útil y delimitado para el afrontamiento emocional de situaciones de salud. Por ejemplo, en un estudio en personas sobrevivientes de cáncer, el LCS espiritual, es decir, un tipo de LCS en el que las personas vinculan sus creencias espirituales personales con los resultados de salud, se asoció significativamente con la vida [40]. En otro estudio similar, en personas en recuperación de un estoma intestinal la espiritualidad se asoció a su bienestar y favoreció su resiliencia respecto al autocuidado y la rehabilitación [41].

Se ha señalado que la espiritualidad es de suma importancia para los AM y por ende, sería benéfico que el profesional de la salud esté consciente de las necesidades espirituales de los AM [42] y el rol que pudiera tener en una situación específica de salud.

Por otro lado, se ha señalado que pocos estudios relacionados con el LCS incluyen definiciones prácticas y diferenciadas tanto de la espiritualidad y la religión que ayuden a la comprensión de ambas y muestren su relación con el LCS [43], así, en este estudio, conceptualmente se diferenciaron la espiritualidad y la religión y se evaluaron también distintamente; los datos obtenidos sustentan

que no muestran la misma relación respecto al LCS, por lo que se aportan a la literatura científica datos que coadyuvan a la comprensión de la espiritualidad y la religión y sus efectos respecto al LCS.

En este estudio los niveles de LCSI, LCSA y LCSO fueron similares a los de otras poblaciones [21,44], por lo que ahora sería relevante que se realizaran investigaciones de corte experimental para modificar el LCS para incrementar el empoderamiento de la salud de los AM.

Las limitaciones de este estudio radican en la muestra no probabilística y su homogeneidad, ya que los AM son usuarios de Centros de Asistencia Social y, por ende, de bajo ingreso económico, así que en futuras investigaciones podría diversificarse la muestra para evaluar si el efecto se mantiene en poblaciones con diferentes estratos sociales. Otra limitación es que la muestra la conformaron predominantemente mujeres, por lo que una muestra heterogénea en cuanto a sexo, en futuros estudios, podría permitir comparar si las variables de estudio (LCS, actitud religiosa y espiritualidad) se manifiestan de igual forma en mujeres y hombres.

Conclusiones

Los LCSA y LCSO se asocian con resultados de salud menos deseables a lo largo del tiempo [35]. Así, los resultados de esta investigación tienen relevancia ya que muestran que una actitud religiosa de nivel alto hace más probable un nivel más alto de un LCSO, lo que implicaría que los AM pudieran atribuir sus resultados de salud al accionar de sus familiares y los profesionales de la salud.

Lo anterior no favorecería el empoderamiento de la salud de AM que padecen ENT. Por lo que es necesario que en el nivel de atención primaria de la salud se considere el rol de aspectos psicológicos a través de intervenciones en las que el psicólogo de la salud puede ayudar a fomentar el autocuidado de la salud y bienestar de los AM [45,46].

Agradecimientos: los autores desean expresar su gratitud a José Ángel Morón Vera y Bertha Alicia Santana Vallejo por su apoyo en la captura de los datos.

Conflictos de interés: los autores del presente artículo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Fuentes de financiación: autofinanciado.

Literatura citada

1. Consejo Nacional de Población. **Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas, 2016-2050**. 2018. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población; 2018.
2. Rivera-Silva G, Rodríguez-Reyes L, Treviño-Alanís MG. **El envejecimiento de la población mexicana**. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2018; 56(1):1-2.
3. Instituto Nacional de Salud Pública. **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018**. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2018.
4. Papiol-Espinosa G, Norell-Pejner M, Abades-Porcel M. **Análisis del concepto de serenidad en relación con el apoyo psicológico y emocional del paciente crónico**. *Gerokomos*. 2020; 31(2):86-91.
5. Zepeda-Álvarez PJ, Muñoz-Mendoza CL. **Sobrecarga en cuidadores principales de adultos mayores con dependencia severa en atención primaria de salud**. *Gerokomos*. 2019; 30(1):2-5.
6. Macías-Sánchez A, Villareal-Páez HJ. **Sostenibilidad del gasto público: cobertura y financiamiento de enfermedades crónicas en México**. *Ensayos Rev Econ*. 2018; 37(1):99-133. <http://dx.doi.org/10.29105/ensayos37.1-4>
7. Organización Mundial de la Salud. **Carta de Ottawa para Promoción de la Salud**. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986.
8. Quintero-Cruz MV, Figueroa-Solano N, García-Puello F, Suárez-Villa M. **Educación sanitaria para la calidad de vida y empoderamiento de la salud de personas mayores**. *Gerokomos*. 2017; 28(1):9-14.
9. Serrani-Azcurra DJL. **Elders Health Empowerment Scale. Spanish adaptation and psychometric analysis**. *Colomb Med*. 2014; 45(4):179-85. <https://doi.org/10.25100/cm.v45i4.1518>

10. Hernández-Zamora ZE. **La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor.** *Enseñanza e Investig en Psicol.* 2004; 9(2):303–319.
11. Laguado E, Camargo KC, Campo E, Martín MC. **Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar.** *Gerokomos.* 2017; 28(3):135–141.
12. Robinson SA, Lachman ME. **Perceived control and aging: a mini-review and directions for future research.** *Gerontology.* 2017; 63(5):435–442. <https://doi.org/10.1159/000468540>
13. Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD, Maides SA. **Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale.** *J Consult Clin Psychol.* 1976; 44(4):580–585. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.44.4.580>
14. Kassianos AP, Symeou M, Ioannou M. **The health locus of control concept: factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the multidimensional health locus of control scales.** *Heal Psychol Open.* 2016; 3(2):1–10. <https://doi.org/10.1177/2055102916676211>
15. Bergvik S, Sørli T, Wynn R. **Coronary patients who returned to work had stronger internal locus of control beliefs than those who did not return to work.** *Br J Health Psychol.* 2012; 17(3):596–608. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02058.x>
16. Burkner EJ, Evon DM, Galanko J, Egan T. **Health locus of control predicts survival after lung transplant.** *J Health Psychol.* 2005; 10(5):695–704. <https://doi.org/10.1177/1359105305055326>
17. Ortiz-Viveros GR, Ortega-Herrera É. **Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud.** *Psicol y Salud.* 2011; 21(1):79–90. DOI: <https://doi.org/10.25009/pys.v21i1.590>
18. Lewis MJ, Edwards AC, Burton M. **Coping with retirement: well-being, health, and religion.** *J Psychol Interdiscip Appl.* 2009; 143(4):427–448. <https://doi.org/10.3200/JRLP.143.4.427-448>
19. Sørli T, Sexton HC. **Predictors of the process of coping in surgical patients.** *Pers Individ Dif.* 2001; 30(6):947–960. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00085-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00085-4)
20. Wu AMS, Tang CSK, Kwok TCY. **Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses.** *Aging Ment Health.* 2004; 8(1):21–28. <https://doi.org/10.1080/13607860310001613293>
21. Brincks AM, Feaster DJ, Burns MJ, Mitrani VB. **The influence of health locus of control on the patient-provider relationship.** *Psychol Heal Med.* 2010; 15(6):720–728. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.498921>
22. Berglund E, Lytsy P, Westerling R. **The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: A structural equation modeling approach in a cross sectional study.** *BMC Public Health.* 2014; 14(1):1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-492>
23. Zhang A, Jang Y. **The Role of Internal Health Locus of Control in Relation to Self-Rated Health in Older Adults.** *J Gerontol Soc Work.* 2017; 60(1):68–78. <https://doi.org/10.1080/01634372.2016.1267672>
24. Musich S, Wang SS, Slindee L, Kraemer S, Yeh CS. **The impact of internal locus of control on healthcare utilization, expenditures, and health status across older adult income levels.** *Geriatr Nurs.* 2020; 41(3):274–81. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.10.008>
25. Jacobs-Lawson JM, Waddell EL, Webb AK. **Predictors of Health Locus of Control in Older Adults.** *Curr Psychol.* 2011; 30(2):173–183. <https://doi.org/10.1007/s12144-011-9108-z>
26. Kesavayuth D, Poyago-Theotoky J, Tran DB, Zikos V. **Locus of control, health and healthcare utilization.** *Econ Model.* 2020; 86(C):227–238. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2019.06.014>
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía - INEGI. **Religión.** México D. F.: INEGI; 2010.
28. American Psychological Association. **APA Diccionario Conciso de Psicología.** México D. F.: Manual Moderno; 2010.
29. Francis LJ, Brockett A, Village A. **Measuring attitude toward theistic faith: assessing the Astley-Francis Scale among Christian, Muslim and secular youth in England.** *Res Educ.* 2013; 89(1):70–81. <https://doi.org/10.7227/RIE.89.1.6>
30. Peterson C, Seligman MEP. **Character strengths and virtues: a handbook and classification.** Washington DC: Oxford University Press; 2004.
31. Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. **A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life.** *Soc Indic Res.* 2005; 72(2):153–88. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5577-x>
32. Wallston KA, Strudler-Wallston B, Devellis R. **Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales.** *Health Educ Monogr.* 1978; 6(2):160–170. <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>
33. Sánchez-Estrada M, González-Forteza C, Robles-García R, Andrade-Palos P. **Desarrollo y evaluación psicométrica de un índice de Espiritualidad para Adultos Mayores en México.** *Psicol Iberoam.* 2012; 20(2):41–48.
34. Orozco-Parra CL, Domínguez-Espinosa ADC. **Diseño y validación de la Escala de Actitud Religiosa.** *Rev Psicol.* 2014; 23(1):3–11.

35. Clark EM, Williams BR, Huang J, Roth DL, Holt CL. **A longitudinal study of religiosity, spiritual health locus of control, and health behaviors in a national sample of African Americans.** *J Relig Health.* 2018; 57(6):2258–2278. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0548-0>
36. Amedome SN, Bedi IK. **The effects of religion and locus of control on perception of mental illness.** *J Relig Health.* 2019; 58(2):653–665. <http://dx.doi.org/10.1007/s10943-018-0658-3>
37. Boyd JM, Wilcox S. **Examining the relationship between health locus of control and God Locus of Health Control: Is God an internal or external source?** *J Health Psychol.* 2017; 25(7):931–940. <https://doi.org/10.1177/1359105317739099>
38. Iles-Caven Y, Gregory S, Ellis G, Golding J, Nowicki S. **The relationship between locus of control and religious behavior and beliefs in a large population of parents: an observational study.** *Front Psychol.* 2020; 11:1462. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01462>
39. Gómez-Palencia IP, Durán-De Villalobos MM. **Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad: adultos diabéticos tipo 2.** *Av en Enfermería.* 2012; 30(3):18–28.
40. Meadows RJ, Nolan TS, Paxton RJ. **Spiritual health locus of control and life satisfaction among African American breast cancer survivors.** *J Psychosoc Oncol.* 2020; 38(3):343–357. <http://dx.doi.org/10.1080/07347332.2019.1692988>
41. Moreira CN, Marques C, Salomé G, Cunha DR, Pinheiro FA. (2016). **Health locus of control, spirituality and hope for healing in individuals with intestinal stoma.** *J Coloproctol.* 2016; 36(4):208–215. <https://doi.org/10.1016/j.jcol.2016.04.013>
42. Ajamzibad H, Foroughan M, Shahboulaghi FM, Rafiey H, Rassouli M. **Development and validation of the Elder's Spiritual Health Scale.** *Educ Gerontol.* 2018; 44(12):786–795. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1565138>
43. Timmins F, Martin C. **Spirituality and locus of control - A rapid literature review.** *Spiritual Clin Pract.* 2019; 6(2):83–99. <https://doi.org/10.1037/scp0000192>
44. Arquímedes-Carmona SL, López-Acosta IK. **Locus de control y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de una clínica de La ciudad de Chiclayo.** *Rev Paian.* 2015; 6(2):7–21.
45. Fernández-Ballesteros R. **El bienestar de los mayores.** En: Vázquez C, Hervás G, (Eds), *Psicología Positiva Aplicada.* Bilbao: Desclee De Brouwer; 2008. 371–402.
46. Segura-Barrera AP, Sosa-Correa M, Castillo-Ayuso R, Gutiérrez-Trigo JM. **Evaluación del efecto de una intervención en inteligencia emocional en adultos mayores.** *Psicumex.* 2019; 9(2):35–50. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v9i2.312>

