

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Salud Pública



*Una Institución Adventista*

## **Participación religiosa, régimen vegetariano, y bienestar mental entre Adventistas del Séptimo Día en Perú**

Tesis para obtener el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud

### **Autor:**

Ericka Lourdes Pizarro Ramirez

### **Asesor:**

Mg. Yaquelin Eveling Calizaya Milla

Lima, octubre de 2022

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

Yaquelin Eveling Calizaya Milla, de la Escuela de Posgrado, Unidad de Posgrado de Salud Pública, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PARTICIPACIÓN RELIGIOSA, RÉGIMEN VEGETARIANO, Y BIENESTAR MENTAL ENTRE ADVENTISTAS DEL SÉPTIMO DÍA EN PERÚ”** constituye la memoria que presenta la Licenciada Ericka Lourdes Pizarro Ramirez para aspirar al Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima , a los 14 días del mes de octubre del año 2022



---

Yaquelin Eveling Calizaya Milla

## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO(A)

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 14 días del mes de octubre de 2022 siendo las 10:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: **Dr. Miguel Guillermo Bernui Contrera**, el secretario: **Mg. Wilter Charming Morales García** y los demás miembros: **Mg. Gloria Cari Huanca** el asesor: **Mg. Yaquelin Eveling Calizaya Milla**, con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: **“Participación religiosa, régimen vegetariano, y bienestar mental entre Adventistas del Séptimo Día en Perú”** de la egresada: **ERICKA LOURDES PIZARRO RAMIREZ**, conducente a obtención del Grado Académico de Maestro en: **Maestra en Salud Pública, mención en Salud Colectiva y Promoción de la Salud**.

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado.

Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
Aprobado	19	A	Con nominación de Excelente	Excelencia

(\*) Ver parte posterior

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además, el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
  
Secretario

\_\_\_\_\_  
Asesor

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Bachiller/Licenciado(a)

## Participación religiosa, régimen vegetariano, y bienestar mental entre Adventistas del Séptimo Día en Perú

### Abstract

**Background:** El bienestar mental está condicionado por diversos factores; entre ellos, la participación religiosa y el régimen alimentario. Sin embargo, esta evidencia no existe entre los miembros de la Iglesia Adventista Del Séptimo Día (ASD) en América Latina, particularmente, Perú. **Objective:** Este estudio evaluó la asociación entre la participación religiosa y el régimen vegetariano con el bienestar mental de miembros de la Iglesia SDA en Perú. **Methods:** En este estudio transversal, la muestra incluyó 767 participantes, de edades comprendidas entre 18 a 59 años. Se aplicó una encuesta presencial y online que incluyó información del régimen dietético y características sociodemográficas. La participación religiosa y el bienestar mental se midieron mediante la 12-item version of the General Health Questionnaire (GHQ-12) y el Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL), respectivamente. Se incluyó un análisis multivariado para explorar los factores asociados al bienestar mental. **Results:** El sexo femenino ( $\beta = 1.80$ ,  $p < 0.001$ ), la procedencia de la región sierra ( $\beta = 1.98$ ,  $p < 0.001$ ), un nivel de instrucción básico ( $\beta = 1.85$ ,  $p < 0.001$ ), un nivel más alto de participación religiosa  $\beta = 0.34$ ,  $p < 0.001$ , y ser vegetariano ( $\beta = 1.21$ ,  $p < 0.001$ ) son factores que influyen significativamente en un mayor bienestar mental. **Conclusión:** Estas evidencias pueden servir para la reflexión sobre el rol de la participación religiosa y el régimen vegetariano en la salud mental de los miembros de Iglesia SDA y la población general, priorizando la planeación y ejecución de intervenciones y estrategias de promoción de la salud basada en los principios de la Iglesia SDA.

**Keywords:** Adventists, Diet, Vegetarian, Mental Health, religiosity, Peru

### Introducción

En los últimos años, se ha observado un creciente interés de la comunidad científica por investigar las conductas de religiosidad y espiritualidad. La religión es, por definición, un conjunto de creencias y prácticas organizadas que ha adoptado una persona o una comunidad (1). Generalmente, implican la adoración de un poder superior, como un Dios Creador y personal, dioses o espíritus (1). Las prácticas espirituales siguen ganando aceptación e importancia clínica en el mundo contemporáneo; sin embargo, existe un gran número de profesionales de la salud mental que se han mantenido apartados de las aplicaciones terapéuticas basadas en la religión, como la oración y la práctica de fe y esperanza (2).

Algunos autores refieren que la participación religiosa y la espiritualidad se perciben como factores protectores contra las enfermedades (3). Estudios reportan que la afiliación religiosa, en la que existe una participación activa de las personas, puede regular el comportamiento e influir de manera positiva en los factores de riesgo y los resultados de salud (4). Por ejemplo, algunos estudios han destacado la influencia positiva de la participación religiosa en el manejo de diversos aspectos de enfermedades

físicas y mentales como, aliviar síntomas de enfermedades y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (5), y algunos tipos de cáncer (6). Además, los niveles más altos de participación religiosa pueden vincularse con una mejor calidad de vida y bienestar psicológico (7). Diversos estudios han demostrado que la participación religiosa y la espiritualidad juegan un papel fundamental en la disminución de la sintomatología de ansiedad (8) y depresión (9) y niveles más bajos de estrés (10). Por lo tanto, la participación religiosa es un componente fundamental del bienestar mental de las personas, existiendo evidencias que muestran que los bajos niveles de participación religiosa y creencias espirituales se asocian con el deterioro de la salud mental (11).

La selección de dietas vegetarianas representa modelos y patrones dietéticos en los que abunda el consumo de alimentos de origen vegetal y mínimamente procesados (12), éstas son practicados por diferentes religiones (13). Por ejemplo, los Adventistas del Séptimo Día y la Iglesia de los Santos de los últimos días, mejor conocidos como Mormones, animan a sus feligreses a optar por una dieta baja en grasas saturadas y mayor consumo de alimentos ricos en fibra, y componentes bioactivos a partir de la ingesta adecuada de alimentos vegetales como frutas, verduras, cereales integrales y derivados, leguminosas y semillas oleaginosas (14). La población de adventistas, particularmente, han sido objeto de diversos estudios dietéticos en los que se evidencian efectos potencialmente beneficios de las dietas vegetarianas para la salud, incluido la salud mental, peso saludable, y la prevención de ciertas enfermedades no transmisibles, como diabetes hipertensión, obesidad, y diferentes tipos de cáncer (15). En una muestra de adventistas vegetarianos encontraron que los encuestado reportaron significativamente menos emociones negativas que aquellos no-vegetarianos (16). Otro estudio similar, pero no en la comunidad adventista, llegó a la conclusión de que una dieta basada en plantas con proporciones adecuadas de frutas, verduras, cereales integrales, y legumbres se asocian con un mejor estado de salud mental (17).

En el marco religioso, se sostiene que el cuerpo es templo del Espíritu Santo y, como tal, necesita ser cuidado mediante comportamientos alimentarios saludables que favorecen la salud de manera integral (18). Se ha demostrado que las personas que presentan mejor nivel de religiosidad, reportan mayor ingesta de frutas y verduras, menor ingesta de grasas saturadas (19), menor consumo de bebidas azucaradas, mayor adherencia a un patrón dietético saludable, mejor índice de alimentación saludable y autoeficacia dietética (18,20).

Los estudios previos sobre participación religiosa en los miembros de la Iglesia SDA se han centrado en poblaciones de países desarrollados y de culturas occidentales y grupos étnicos. Además, los estudios sobre el tema son escasos en la región América Latina y el Caribe, particularmente, en Perú (21). Hasta la fecha, según la revisión realizada por nuestro equipo de trabajo, solo un estudio reciente evaluó la religiosidad y la autoeficacia dietética entre los adventistas del Perú (18). No existe estudios previos que han investigado la religiosidad, aspectos dietéticos, y la salud mental en el país. Por lo

tanto, este estudio explora si la participación religiosa y el régimen vegetariano se asocia con el bienestar mental en los Adventistas del Séptimo Día en Perú.

## **Materials and Methods**

### *Design and participants*

Se realizó un estudio descriptivo transversal en miembros de la Iglesia SDA en Lima, Perú, mayores de 18 años. Los participantes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. El estudio se llevó a cabo después de haber recibido la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Unión, cuyo registro y número de referencia es 2022-CE-EPG-0000121. Posteriormente, se contactó con los pastores de diferentes iglesias para solicitar y obtener el permiso a fin de reclutar miembros de su congregación y se les explicó en qué consistía el estudio. Los líderes de las iglesias participantes dieron su respaldo al estudio, después de esto, los investigadores entregaron una encuesta de manera presencial y vía online mediante canales digitales como WhatsApp Messenger y Facebook Messenger. Se administró la encuesta mediante un formulario de Google entre los meses de enero y marzo de 2022. Previo al inicio del estudio, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante.

### *Medición de variables e instrumentos*

*Participación religiosa:* Se utilizó el *Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL)*, una escala de 5 ítems, mediante la cual se midieron tres dimensiones de la variable religiosa: (1) *actividades religiosas organizadas (ORA)*, (2) *las actividades religiosas no organizadas (NORA)*, y (3) *religiosidad intrínseca (IR)*. Las opciones de respuestas para los ítems de las dos primeras subescalas (ORA y NORA) están organizadas en una escala de Likert de 6 puntos (puntuación máxima = 6). La *subescala ORA* -frecuencia con la que se asiste a la iglesia u otras instituciones religiosas- está compuesta por un solo ítem con opciones de respuesta que van desde *nunca* = 1 punto, hasta *más de una vez a la semana* = 6 puntos. También, la *subescala NORA* está compuesta por un solo ítem y evalúa la frecuencia de actividades religiosas en privado, como orar, escuchar programas religiosos; las opciones de respuestas son las siguientes: de *más de una vez al día* = 1 punto hasta *raras veces o nunca* = 6 puntos. En cambio, la subescala IR está compuesta por tres ítems que hacen referencia al grado de compromiso o motivación religiosa personal, tiene un puntaje que va desde 1 hasta 5 con opciones de respuesta *definitivamente no es cierto* y *definitivamente cierto para mí*, respectivamente; tiene una puntuación máxima de 15. Se aplicó la versión en español que fue validada en la población hispano-americana (22). Las propiedades psicométricas de la versión original tuvieron un Alfa de Cronbach entre 0.78 y 0.91, lo que indica una confiabilidad alta (22).

*Régimen vegetariano:* Los participantes fueron clasificados como vegetarianos y no-vegetarianos. El régimen dietético fue autoinformados. Se consideraron vegetarianos a aquellos que reportaron ser veganos (eliminación de todo producto de origen animal), lacto-ovo-vegetarianos (consumo de leche y derivados, huevos, y alimentos de origen

vegetal), y pesco-vegetarianos (consumo de pescado, pero no carnes rojas ni aves). Se consideraron no-vegetarianos a aquellos que reportaron que no existen ninguna restricción dietética específica en cuanto a la frecuencia del consumo de alimentos, como carnes rojas, aves, pescados, lácteos y derivados (23–25).

*Bienestar mental:* La detección de los riesgos de salud mental se realizó utilizando el *General Health Questionnaire (GHQ-12)* (26). Este instrumento compuesto incluye participantes que eligieran una respuesta que se ajustara mejor a cómo sintieron o si han tenido alguna molestia en las últimas semanas. Se empleó un método dicotómico obteniendo una puntuación dicotómica donde los puntajes varían de 0 a 12 (27). Un mayor puntaje indica mayor grado de problemas mentales. Es decir, a medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud mental. Se consideró como ausencia de bienestar mental puntuaciones  $\geq 11$  (28). La confiabilidad mediante el alfa de Cronbach fue = 0,88 (28).

*Datos sociodemográficos:* Se evaluaron elementos como edad (años), sexo (hombres y mujeres), región de procedencia (Costa, Sierra, y Amazonia), el lugar de residencia (urbano y rural), estado civil (casado y soltero), y grados de educación (básico, técnico, y universitario).

#### *Análisis estadístico*

El análisis estadístico descriptivo de los datos se realizó utilizando tablas de frecuencia absolutas y porcentajes, media (M), y desviación estándar (SD). Se utilizó la prueba T de Student y ANOVA para evaluar si las características sociodemográficas eran distintas según la participación y el bienestar mental. Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal para explicar el bienestar mental, utilizando la participación, el régimen vegetariano, y las variables sociodemográficas (sexo, lugar de residencia, estado civil, y grado de educación) como variables independientes. El nivel de significancia se estableció en 0.05. Todos los análisis se hicieron utilizando el software estadístico IBM SPSS, versión 24 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.).

## **Results**

Tabla 1. Características sociodemográficas, patrón dietético, religiosidad y bienestar mental según el sexo de los participantes

Variable	Femenino		Masculino	
	M / n	DE / %	M / n	DE / %
<b>Edad</b>	33.7	$\pm 13.6$	38.7	$\pm 14.8$
<b>Región</b>				
Costa	147	32.1	89	28.8
Sierra	194	42.4	137	44.3
Amazonia	117	25.5	83	26.9
<b>Lugar de residencia</b>				
Urbano	216	47.2	160	51.8
Rural	242	52.8	149	48.2
<b>Estado civil</b>				
Casado	172	37.6	154	49.8

Soltero	286	62.4	155	50.2
<b>Grado de educación</b>				
Básico	130	28.4	96	31.1
Técnico	50	10.9	41	13.3
Universitario	278	60.7	172	55.7
<b>Patrón dietético</b>				
Vegetariano	339	74.0	203	65.7
No vegetariano	119	26.0	106	34.3
<b>Religiosidad</b>	22.7	± 3.7	22.6	± 4.2
<b>Bienestar mental</b>	9.5	± 6.2	11.4	± 6.3

Nota. n = Tamaño de muestra, M = Media, DE = Desviación estándar

El 43.3 % de los participantes era originaria de la región sierra del país, la mediana edad fue de 33 años en las mujeres y 38 años para los hombres. El 62.4% y el 60.7% de las mujeres era casada y tenía grado de educación universitario, respectivamente. Entre las mujeres 74.0% declaró ser vegetariana. La puntuación del GHQ-12 fue más baja en las mujeres que los hombres ( $9.5 \pm 6.2$  vs.  $11.4 \pm 6.3$ ) (Tabla 1).

Tabla 2. Características sociodemográficas asociadas a la participación religiosa y al bienestar mental de los participantes

Variables	n	Participación religiosa				Bienestar mental			
		M	DE	t/F	p	M	DE	t / F	p
<b>Edad (años)</b>									
18 - 29	307	21.56	4.41	17.90	<0.001*	9.88	6.41	4.04	0.007*
30 - 39	201	22.84	3.60			11.56	6.53		
40 - 49	110	23.68	3.04			10.38	6.44		
50 - 59	149	24.00	2.94			9.85	5.68		
<b>Sexo</b>									
Femenino	458	22.72	3.66	0.43	0.665	9.50	6.21	4.07	<0.001*
Masculino	309	22.60	4.21			11.37	6.28		
<b>Región</b>									
Costa	236	22.80	4.33	3.46	0.032*	9.91	6.08	9.95	<0.001*
Sierra	331	22.28	3.73			9.56	5.38		
Selva	200	23.17	3.55			11.76	6.82		
<b>Residencia</b>									
Urbano	376	22.65	3.68	-0.18	0.854	10.77	6.81	0.66	0.507
Rural	391	22.70	4.08			10.47	5.80		
<b>Estado civil</b>									
Casado	326	23.75	3.12	6.82	<0.001*	11.29	6.33	-3.47	0.001*
Soltero	441	21.87	4.20			9.70	6.19		
<b>Nivel de instrucción</b>									
Básico	226	22.25	3.83	1.98	0.139	9.80	6.82	10.30	<0.001*
Técnico	91	22.68	3.54			11.66	7.22		
Universitario	450	22.88	3.98			9.94	5.53		

Nota: n = Tamaño de muestra, M = Media, DE = Desviación estándar, t = Estadístico t de Student, F = Estadístico de prueba (ANOVA), p = Probabilidad, \*Statistically significant,  $p < 0.05$

En la tabla 2 se muestran la asociación entre las características sociodemográficas con las puntuaciones del nivel de participación religiosa y bienestar mental. La mayor puntuación de participación religiosa se observó entre aquellos participantes de 50 años o más ( $24.00 \pm 2.94$ ), entre los residentes de la amazonia peruana ( $23.17 \pm 3.55$ ) y los

que eran casados ( $23.75 \pm 3.12$ ). Respecto al bienestar mental, quienes tuvieron más de 50 años ( $11.56 \pm 6.53$ ), las mujeres ( $9.50 \pm 6.21$ ), originarios de la sierra ( $9.56 \pm 5.38$ ), ser solteros ( $9.70 \pm 6.19$ ), y tener grado de educación básica ( $9.80 \pm 6.82$ ) reportaron una menor puntuación del GHQ-12.

Tabla 3. Bienestar mental y religiosidad según el patrón dietético de los participantes

Variables	Vegetarianos		No-vegetarianos		t	p
	M	DE	M	DE		
Bienestar mental	10.46	6.15	11.00	6.69	-1.07	0.28
Participación religiosa	22.81	3.91	22.34	3.83	1.54	0.12

Nota. M = Media, DE = Desviación estándar, t = Estadístico t de Student, p = Probabilidad

Se observó que los vegetarianos reportaron una media de GHQ-12 relativamente menor que los no-vegetarianos ( $10.46 \pm 6.15$  vs.  $11.00 \pm 6.69$ ). En cuanto a la participación religiosa, de igual modo, los vegetarianos tuvieron una puntuación relativamente mayor en comparación con sus contrapartes ( $22.81 \pm 3.91$  vs.  $22.34 \pm 3.83$ ). Sin embargo, no hubo diferencia en ambos grupos para las variables en estudio (Tabla 3).

Tabla 4. Análisis multivariado de los factores relacionados en el bienestar mental

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	p
	$\beta$	Std. Error	B		
(Constante)	14.43	1.55		9.33	<0.001*
Sexo (0 = Masculino, 1 = Femenino)	1.80	0.44	0.14	4.06	<0.001*
Región (0 = otro, 1 = Sierra)	1.98	0.57	0.16	3.46	0.001*
Estado civil (0 = Casado, 1 = Soltero)	0.82	0.45	0.06	1.82	0.070
Nivel de instrucción (0 = Otro, 1 = Básico)	1.85	0.50	0.13	3.66	<0.001*
Religiosidad	0.34	0.06	0.21	5.86	<0.001*
Vegetariano (0 = No, 1 = Sí)	1.21	0.61	0.09	2.00	0.046*

Nota. Modelo ( $R^2 = 0.122$ ,  $F = 17.554$ ,  $p = 0.000$ ), variable dependiente = Bienestar mental,  $\beta$  = Coeficiente no estandarizado, B = Coeficiente estandarizado, t = Estadístico de prueba, p = Probabilidad, \*Statistically significant,  $p < 0.05$ .

En la tabla 4 se observa el análisis multivariado de los factores que influyen en el bienestar mental. De acuerdo a los resultados, el sexo femenino ( $\beta = 1.80$ ,  $p < 0.001$ ), la procedencia de la región sierra ( $\beta = 1.98$ ,  $p < 0.001$ ), el nivel de instrucción básico ( $\beta = 1.85$ ,  $p < 0.001$ ), un nivel más alto de participación religiosa  $\beta = 0.34$ ,  $p < 0.001$ ), y ser vegetariano ( $\beta = 1.21$ ,  $p < 0.001$ ) son factores que influyen significativamente en un mayor bienestar mental en los participantes del estudio ( $R^2 = 0.122$ ,  $F = 17.554$ ,  $p = <0.001$ ).

## Discussion

La interacción entre distintos componentes de los patrones y estilos de vida de la población global, con mayor énfasis a principios del nuevo milenio; ha contribuido al estudio diligente de cada uno de los determinantes que incide en el bienestar, longevidad y calidad de vida. Siendo el bienestar mental, estudiado ampliamente en la última década, el elemento que contribuye al bienestar general del individuo en su

contexto físico, mental, social y espiritual. Diversos estudios apuntan a que el bienestar mental está condicionado por diversidad factores; entre ellos, la participación religiosa y los hábitos alimentarios (11). Ambos son componentes esenciales para dicho bienestar. Este estudio evaluó la asociación entre participación religiosa y el régimen vegetariano con el bienestar mental en miembros de la Iglesia SDA en Perú. Los principales hallazgos de este estudio sugieren que ser mujer, proceder de la sierra, contar con nivel de instrucción básico, un nivel más alto de participación religiosa, y ser vegetariano son factores que influyen significativamente en un mayor bienestar mental entre los participantes del estudio.

El sexo es uno de los determinantes sociales de la salud más importante. Su evaluación es esencial para la mejora de la salud mental y física mediante la implementación de programación de intervención y promoción de salud y atención médica en la población general (29). Como resultado relevante de este estudio, observamos que las mujeres mostraron un mayor bienestar mental. Estos resultados podrían, al menos en parte, explicar los hallazgos anteriores por el hecho de que encontramos que las mujeres tuvieron ligeramente una puntuación de participación religiosa y bienestar mental más alta que los hombres. De hecho, estudios anteriores realizados en mujeres reportaron que aquellas que informaron mayor religiosidad (30) y asistían a actividades religiosas  $\geq 1$  vez por semana gozaban de un mayor bienestar mental que aquellas que asistieron menos de una vez a la semana (31). También, se demostró que la religiosidad subjetiva -fundamentada en el contexto personal y experiencias religiosas- está positivamente asociada con un mejor bienestar salud mental en mujeres (32,33). Sin embargo, estudios previos que se realizaron sin tener en cuenta el contexto religioso, muestran que los hombres, independientemente de la edad, informaron mejor bienestar mental que las mujeres (34).

Asimismo, entre los participantes de este estudio, es relevante mencionar que proceder de la región sierra se asoció de manera positiva con mayor bienestar emocional. Estos hallazgos concuerdan con las estimaciones nacionales reportadas en la población peruana que vive en zonas andinas comparadas con el resto de las regiones (amazonia y costa) (35,36). Sin embargo, el incremento de la prevalencia de los trastornos mentales representa una preocupación para la salud pública en Perú y la situación de crisis sanitaria por el COVID-19 ha aumentado significadamente las tasas de problemas de salud mental (37). Por otro lado, los resultados obtenidos en este estudio indican que los participantes con un nivel de instrucción básico eran más propensos a presentar un mayor bienestar mental. Del mismo modo, resultados similares fueron encontrados en muestras grandes de Suecia, donde las personas que reportaron un nivel educativo bajo y medio tenían un menor riesgo de malestar psicológico que las personas con nivel educativo alto (38). Estos hallazgos son contrarios a la evidencia previa en la población de Perú, donde se reportó que los participantes con un pregrado o posgrado presentaron menor prevalencia de trastorno depresivo (39). También, otras evidencias

han afirmado que los niveles más bajos de educación se asocian con mayores problemas de salud mental, como síntomas de depresión (40,41). Sin embargo, no siempre un alto nivel de educación está relacionado con el bienestar mental (42).

Como era de esperar, encontramos que un nivel más alto de participación religiosa se asoció con un mayor bienestar mental. Este hallazgo es consistente con un estudio previo realizado en miembros de la Iglesia SDA en América del Norte, en el que se han evidenciado que el afrontamiento religioso positivo y la religiosidad intrínseca fueron potenciales protectores contra la mala salud mental (43). Del mismo modo, otros estudios muestran un vínculo entre una alta participación religiosa con una mejor calidad de vida y bienestar psicológico (7). Más específicamente, varios estudios han demostrado que la participación religiosa y la espiritualidad son factores protectores contra los síntomas de ansiedad (8) y depresivos (9) y altos niveles de estrés (10). También, existen evidencias que muestran que una menor participación religiosa y creencias espirituales se asocian con el deterioro de la salud mental (11). De hecho, en una encuesta transversal (44) se encontró que una menor religiosidad se asocia con un alto consumo de sustancias nocivas, tendencias suicidas, y mala salud mental en adolescentes y adultos jóvenes. Estos hallazgos ponen en evidencia la importancia de la participación religiosa como un componente fundamental en el cuidado del bienestar mental y prevención de problemas asociados.

Las conexiones espirituales de las personas favorecen elecciones positivas y desalientan conductas negativas (45). También, algunos informes han demostrado que participar en actividades religiosas es considerado como un predictor de estilos de vida saludable, especialmente comportamientos dietéticos saludables (4,21). Un estudio reciente que analizó la religiosidad en adventista de Perú, encontró que las actividades religiosas no organizadas fue el predictor más fuerte de la autoeficacia dietética, evidenciando el efecto positivo de la religiosidad en la elección de una dieta saludable (18). Las iglesias y otras organizaciones religiosas se han convertido en entornos cada vez más populares para incentivar prácticas de salud, como hábitos dietéticos saludables y actividad física regular, mediante la ejecución de programas de promoción la salud (46), lo que, a su vez, puede contribuir a mejorar la salud física y mental. Algunas denominaciones religiosas tienen establecidas pautas dietéticas respecto a qué alimentos y sustancias consumir (13,46). Por ejemplo, el judaísmo, el islamismo, y los Adventistas, entre otras religiones, incluyen en su filosofía la prohibición el consumo de carne de cerdo, alcohol, y tabaco; por lo que estas recomendaciones, según refieren y documentan algunos autores, pueden estar asociados con beneficios para la salud mental y la espiritualidad (13,46). Considerando estas evidencias el estudio de la religión y su relación con la salud mental sigue siendo un tema de interés para abordar en futuras investigaciones y de constante debate.

Por otro lado, la selección de un régimen de alimentación con énfasis vegetariano tiende a ser en la actualidad, la mejor opción dietética saludable y sostenible (12,47). Durante las últimas dos décadas, la alimentación ha adquirido un rol importante en el estilo de

vida de la población. Por lo que el deseo de modificar sus conductas alimentarias a partir de la selección de un régimen basado en alimentos de origen vegetal, está siendo la alternativa para muchas personas, especialmente al considerarse como un factor de protección y beneficio para la salud, caracterizado por contribuir a una menor incidencia de enfermedades no transmisibles, como obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, y una menor incidencia de cáncer (25,48,49). Estos resultados positivos para la salud han sido atribuidos al hecho de que las dietas vegetarianas contienen alto nutrientes esenciales, como fibra dietética, ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados, vitaminas A, C, y E, potasio, magnesio, y elementos bioactivos (fitoquímicos) (50). En el estudio actual, ser vegetariano se asocia con un mejor bienestar mental, representando un dato novedoso para esta población. Pese a que la literatura es contradictoria con respecto a la asociación entre las dietas vegetarianas y la salud mental; sin embargo, nuestros hallazgos son respaldos por los datos de un estudio transversal realizado en miembros de la Iglesia SDA (16), donde quienes consumían una dieta vegetariana mostraban significativamente menos emociones negativas al ser comparadas con los no-vegetarianos. Estos mismos autores, en otro estudio similar, encontraron que los vegetarianos reportaron un mejor estado de ánimo y enfrentaban mejor el estrés mental en comparación con aquellos que consumían pescado y carnes rojas (51). También, otros estudios, aunque con limitaciones, han sugerido que las dietas vegetarianas se asocian un buen estado de ánimo y mejor salud mental, incluyendo menor índice de síntomas de depresión y ansiedad (17,52). Las justificaciones por las cuales ser vegetarianos se asocia con un mejor estado de bienestar mental en nuestro estudio pueden deberse en parte a lo siguiente: los miembros de la Iglesia SDA promueven principios de salud como parte de un estilo de vida que favorece la realización de actividades saludables mediante la implementación de programas de salud y bienestar que incluyen la alimentación saludable, actividad física regular, consumo adecuado de agua, exposición al aire libre y a la luz solar en horas adecuadas al entorno inmediato, temperancia descrita como el uso moderado e inteligente de todo lo saludable y la abstinencia de todo lo perjudicial) y el desarrollo de la confianza en Dios, traducida en la fe (14,53). Estas actividades de prevención y promoción de la salud mejoran no solamente la salud mental de los miembros sino también, favorecen la salud física, social, y espiritual debido a la integración de los miembros en reuniones durante los días de la semana y de fin de semana (54).

También, un mecanismo que podría explicar estos resultados es el hecho de que los adventistas abogan por una dieta vegetariana (55). Además, para muchos ASD, ser vegetarianos no solamente se limita a la exclusión de carne y productos derivados en la dieta diaria, sino, se trata de considerar a la alimentación como un factor de prevención, dada la variedad de alimentos de origen vegetal que cuentan con sustancias protectoras

y reguladoras como vitaminas B6 y folato, además de y antioxidantes (23). De hecho, los niveles plasmáticos bajos de B6 y folato se asocian con síntomas depresivos, y su suplementación han demostrado ser eficaz en la reducción del riesgo de presentar estas sintomatologías (56,57). Además, las dietas vegetarianas se caracterizan por un alto contenido de antioxidantes, los cuales, contribuyen a la reducción del estrés oxidativo, disminuyendo los síntomas de trastornos mentales como la depresión (58).

### *Limitations*

Este estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, al ser un estudio transversal, no se puede inferir estadísticamente el efecto de la participación religiosa y el régimen dietético sobre el bienestar mental de los SDA a lo largo de la vida. Las investigaciones futuras deben considerar un diseño longitudinal para establecer asociaciones causales entre participación religiosa, régimen dietético, y bienestar mental en los miembros de la Iglesia SDA. En segundo lugar, se evaluó la variable religiosidad [conformada solo por tres dimensiones *actividades religiosas organizadas (ORA)*, *las actividades religiosas no organizadas (NORA)* y *religiosidad intrínseca (IR)*], sin embargo, sería conveniente incluir otras medidas importantes como, participación en actividades durante el día sábado, el afrontamiento religioso, y el apoyo religioso, no se incluyeron en este estudio, así como elementos de espiritualidad específicos para los miembros de la SDA. En tercer lugar, la evaluación del régimen concerniente al tipo de tipo fue autoinformada; es posible que la definición de dieta vegetariana no sea precisa, debido al concepto particular de cada participante. Para esta ocasión no se ha considerado incluir un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos para determinar el régimen dietético. En cuatro lugares, no hemos especificado los subgrupos vegetarianos (veganos, lacto-ovo-vegetarianos, y pesco-vegetarianos). Esto puede representar un sesgo. Por lo tanto, se sugiere la realización de estudios centrados en los miembros de la Iglesia SDA para explorar el comportamiento de varios subgrupos vegetarianos.

### *Implicaciones para salud publica*

A pesar de estas limitaciones, creemos que estos hallazgos obtenidos de este estudio tienen implicaciones prácticas no solo a nivel individual, sino comunitaria, a partir de la programación de intervenciones basadas en los principios de salud que promueven los SDA, no solo para ser aplicados entre ellos, sino compartidos con la población general como parte de acciones de prevención y promoción de la salud para contribuir al bienestar y salud física, mental, social y espiritual. Las actividades de educación sanitaria y promoción de la salud basadas en la iglesia se vuelven cada vez más importantes no solamente entre los adventistas, sino entre profesionales de la salud interesado en la promoción de estilos de vida saludables para abordar los problemas de salud física y mental relacionados con comportamientos poco saludables (18). Sin embargo, el éxito de las intervenciones basadas en la iglesia, en parte, depende de acciones conjuntas

entre las organizaciones religiosas, los centros de educación básica y superior, y los centros de salud comunitarios (59). Esto es particularmente necesario considerando que gran parte de la población peruana enfrenta barreras de acceso a atención médica, sin embargo, son muy religiosos y esto es una oportunidad que ayudaría a abordar estas disparidades en la salud (60).

### **Conclusion**

Este estudio sugiere que la participación religiosa y el régimen dietético están asociados con el bienestar mental de los miembros de la Iglesia SDA. Más específicamente, se confirmó que una alta participación religiosa y ser vegetariano son potenciales predictores de un mayor bienestar mental. Además, se reportó que el sexo femenino, la procedencia de la región sierra, y un nivel de instrucción básico influyen significativamente en un mayor bienestar mental en los participantes del estudio. Las evidencias obtenidas de este estudio serán útiles para la reflexión sobre el rol de la participación religiosa y los hábitos dietético en la salud mental de los SDA y la población general. Las estrategias de promoción de la salud basada en la iglesia pueden maximizar acciones que promueven estilos de vida saludables y abordar los problemas de salud mental relacionados con comportamientos poco saludables que inciden particularmente en el desarrollo de enfermedades no transmisibles de importancia en el contexto de salud pública

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés potencial.

**Financiamiento:** Los autores declaran que no han recibido apoyo financiero para la realización de la investigación.

### **References**

1. Koenig H. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283–91.
2. Ladd KL, McIntosh DN. Meaning, God, and prayer: Physical and metaphysical aspects of social support. <http://dx.doi.org/10.1080/13674670701475053>. 2008 Jan;11(1):23–38.
3. Rahim M, Torabizadeh C, Najafi Kalyani M, Moayedi SA. The Relationship between Spiritual Well-Being and Resilience in Patients with Psoriasis. Burkhardt CG, editor. *Dermatol Res Pract*. 2021 Mar 26;2021:1–7.
4. Vaingankar JA, Choudhary N, Chong SA, Kumar FDS, Abdin E, Shafie S, et al. Religious Affiliation in Relation to Positive Mental Health and Mental Disorders in a Multi-Ethnic Asian Population. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Mar 24;18(7):3368.
5. Abu HO, Ulbricht C, Ding E, Allison JJ, Salmoirago-Blotcher E, Goldberg RJ, et al. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Qual Life Res*. 2018 Nov

- 11;27(11):2777–97.
6. Gillum F, Williams C. Associations between breast cancer risk factors and religiousness in American women in a national health survey. *J Relig Health*. 2009 Jun 28;48(2):178–88.
  7. Fradelos EC, Alikari V, Vus V, Papathanasiou I V., Tsaras K, Tzavella F, et al. Assessment of the relation between religiosity, anxiety, depression and psychological resilience in nursing staff. *Heal Psychol Res [Internet]*. 2020 [cited 2021 May 17];8(1):30–4. Available from: /pmc/articles/PMC7270635/
  8. Forouhari S, Hosseini Teshnizi SM, Ehrampoush MH, Mazloomi Mahmoodabad SS, Fallahzadeh H, Tabei SZ, et al. Relationship between religious orientation, anxiety, and depression among college students: A systematic review and meta-analysis. Vol. 48, *Iranian Journal of Public Health*. Iranian Journal of Public Health; 2019. p. 43–52.
  9. Parker M, Roff LL, Klemmack DL, Koenig HG, Baker P, Allman RM. Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging Ment Heal*. 2003 Sep;7(5):390–7.
  10. Lorenz L, Doherty A, Casey P. The Role of Religion in Buffering the Impact of Stressful Life Events on Depressive Symptoms in Patients with Depressive Episodes or Adjustment Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 8;16(7):1238.
  11. Weber SR, Lomax JW, II, Pargament KI. Healthcare Engagement as a Potential Source of Psychological Distress among People without Religious Beliefs: A Systematic Review. *Healthcare*. 2017 Apr 5;5(2):19.
  12. Saintila J, Calizaya-Milla YE, Javier-Aliaga DJ. Knowledge of Vegetarian and Nonvegetarian Peruvian Dietitians about Vegetarianism at Different Stages of Life. *Nutr Metab Insights*. 2021 Jan 19;14:117863882199712.
  13. Sabaté J. Religion, diet and research. *Br J Nutr*. 2004 Aug;92(2):199–201.
  14. Banta JE, Lee JW, Hodgkin G, Yi Z, Fanica A, Sabate J. The global influence of the seventh-day adventist church on diet. Vol. 9, *Religions*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2018. p. 251.
  15. Pettersen B, Anousheh R, Fan J, Jaceldo S, Fraser G. Vegetarian diets and blood pressure among white subjects: Results from the Adventist Health Study-2 (AHS-2). *Public Health Nutr*. 2012;15(10):1909–16.
  16. Beezhold B, Johnston C, Daigle D. Vegetarian diets are associated with healthy mood states: a cross-sectional study in Seventh Day Adventist adults. *Nutr J*. 2010 Dec 1;9(1):1–7.
  17. Beezhold B, Radnitz C, Rinne A, Di Matteo J. Vegans report less stress and anxiety than omnivores. *Nutr Neurosci*. 2015 Oct 1;18(7):289–96.
  18. Saintila J, Calizaya-Milla YE, Brañes-Ruiz DE, Nunura-Figueroa PR, Chávez-Hernández TC, Bautista-Mayuri VA, et al. Relationship Between Dietary Self-Efficacy and Religiosity Among Seventh-Day Adventists in Peru. *J Multidiscip Healthc*. 2022 Feb;Volume 15:259–69.

19. Baruth M, Wilcox S, Condrasky MD. Perceived Environmental Church Support Is Associated with Dietary Practices among African-American Adults. *J Am Diet Assoc.* 2011 Jun;111(6):889–93.
20. Tan MM, Chan CKY, Reidpath DD. Religiosity, dietary habit, intake of fruit and vegetable, and vegetarian status among Seventh-Day Adventists in West Malaysia. *J Behav Med.* 2016 Aug 1;39(4):675–86.
21. McKenzie MM, Modeste NN, Marshak HH, Wilson C. Religious Involvement and Health-Related Behaviors Among Black Seventh-Day Adventists in Canada. *Health Promot Pract.* 2015 Mar 25;16(2):264–70.
22. Wansley P. Psychometric properties of the Duke University Religion Index, English and Spanish versions, for Hispanic-american women. San Diego State University; 2013.
23. Le LT, Sabaté J, Singh PN, Jaceldo-Siegl K. The design, development and evaluation of the vegetarian lifestyle index on dietary patterns among vegetarians and non-vegetarians. *Nutrients.* 2018 May 1;10(5).
24. Saintila J, Calizaya-Milla YE, Javier-Aliaga DJ. Knowledge of Vegetarian and Nonvegetarian Peruvian Dietitians about Vegetarianism at Different Stages of Life. *Nutr Metab Insights.* 2021 Jan;14:117863882199712.
25. Saintila J, Lozano TE, Calizaya-Milla YE, White M, Huancahuire-Vega S. Nutritional knowledge, anthropometric profile, total cholesterol, and motivations among Peruvian vegetarians and non-vegetarians. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2021 Mar 10;41(1):91–8.
26. García CRV. Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación Cubana. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 1999;15(1):88–97.
27. Simancas-Pallares M, Arrieta KM, Arévalo LL. Validez de constructo y consistencia interna de tres estructuras factoriales y dos sistemas de puntuación del Cuestionario General de Salud-12. *Biomedica.* 2017;37(3):1–23.
28. Becera-Canales B, Hernández-López MÁ, Ybaseta-Medina J. Análisis Factorial Confirmatorio Del Cuestionario De Salud General Ghq-12, En Odontólogos Peruanos. *Rev Médica Panacea.* 2020;9(3):171–6.
29. Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bull World Health Organ.* 2018 Sep 1;96(9):644–53.
30. Hintikka J, Koskela K, Kontula O, Viinamäki H. Gender differences in associations between religious attendance and mental health in Finland. *J Nerv Ment Dis.* 2000 Nov;188(11):772–6.
31. King DE, Cummings D, Whetstone L. Attendance at Religious Services and Subsequent Mental Health in Midlife Women. *Int J Psychiatry Med.* 2005 Sep 2;35(3):287–97.
32. Chang B-H, Skinner KM, Boehmer U. Religion and Mental Health among Women Veterans with Sexual Assault Experience. *Int J Psychiatry Med.* 2001 Mar 22;31(1):77–95.

33. ML S. El sujeto religioso y la intersubjetividad. *ITópicos del Semin.* 2019;41:129–46.
34. Gestsdottir S, Arnarsson A, Magnusson K, Arngrimsson SA, Sveinsson T, Johannsson E. Gender differences in development of mental well-being from adolescence to young adulthood: An eight-year follow-up study. *Scand J Public Health.* 2015 May 24;43(3):269–75.
35. Vega F. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" [Internet]. Instituto Nacional de Salud Mental. 2010 [cited 2022 Jul 13]. Available from: <https://www.insm.gob.pe/investigacion/articulos/4.html>
36. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2006;23(4):237–8.
37. Mendoza-Saldaña J-D, Viton-Rubio JE. The implications of COVID-19 for mental health status of an upper middle-income country, Peru. *Asian J Psychiatr.* 2021 Jan 1;55:102487.
38. Molarius A, Granström F. Educational differences in psychological distress? Results from a population-based sample of men and women in Sweden in 2012. *BMJ Open.* 2018 Apr 28;8(4):e021007.
39. Antiporta DA, Cutipé YL, Mendoza M, Celentano DD, Stuart EA, Bruni A. Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry.* 2021 Dec 18;21(1):111.
40. Niemeyer H, Bieda A, Michalak J, Schneider S, Margraf J. Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM - Popul Heal.* 2019 Apr 1;7:100392.
41. Dalgard OS, Mykletun A, Rognerud M, Johansen R, Zahl PH. Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry.* 2007 Dec 22;7(1):20.
42. Stewart-Brown S, Samaraweera PC, Taggart F, Kandala N-B, Stranges S. Socioeconomic gradients and mental health: implications for public health. *Br J Psychiatry.* 2015 Jun 2;206(6):461–5.
43. Reinert KG, Campbell JC, Bandeen-Roche K, Lee JW, Szanton S. The Role of Religious Involvement in the Relationship Between Early Trauma and Health Outcomes Among Adult Survivors. *J Child Adolesc Trauma.* 2016 Sep 23;9(3):231–41.
44. Desmond SA, Kraus R. The Effects of Importance of Religion and Church Attendance on Adolescents' Moral Beliefs. *Sociol Focus.* 2014 Jan 2;47(1):11–31.
45. Mahoney A, Carels RA, Pargament KI, Wachholtz A, Edwards Leeper L, Kaplar M, et al. Research: "The sanctification of the body and behavioral health patterns of college students." *Int J Phytoremediation.* 2005;21(1):221–38.
46. Campbell MK, Hudson MA, Resnicow K, Blakeney N, Paxton A, Baskin M. Church-Based Health Promotion Interventions: Evidence and Lessons Learned. *Annu Rev Public Health.* 2007 Apr 16;28(1):213–34.

47. Sisay T, Tolessa T, Mekonen W. Changes in biochemical parameters by gender and time: Effect of short-term vegan diet adherence. Nerurkar P V., editor. *PLoS One*. 2020 Aug 12;15(8):e0237065.
48. Dinu M, Abbate R, Gensini GF, Casini A, Sofi F. Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2017;57(17):3640–9.
49. Pimentel CV de MB, Philippi ST, Simomura VL, Teodorov E. Nutritional Status, Lifestyle and Lipid Profile in Vegetarians. *Int J Cardiovasc Sci*. 2019;32(6):623–34.
50. Craig WJ. Health effects of vegan diets. *Am J Clin Nutr*. 2009 May 1;89(5):1627S-1633S.
51. Beezhold B, Johnston C. Restriction of meat, fish, and poultry in omnivores improves mood: A pilot randomized controlled trial. *Nutr J*. 2012;11(1):1–5.
52. Agarwal U, Mishra S, Xu J, Levin S, Gonzales J, Barnard ND. A Multicenter Randomized Controlled Trial of a Nutrition Intervention Program in a Multiethnic Adult Population in the Corporate Setting Reduces Depression and Anxiety and Improves Quality of Life: The GEICO Study. *Am J Heal Promot*. 2015 Mar 1;29(4):245–54.
53. Acosta Enríquez ME, Uribe Salas FJ, Baek J, Sierra Archbold JP, Carrillo G. Association between life-style behaviors and health outcomes in Adventist and non-Adventist adolescents in Mexico: a pilot study. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Dec 19 [cited 2021 Nov 21];19(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6924060/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3406924060/)
54. Seventh-Day Adventist Church. Fundamental beliefs [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 18]. Available from: <http://www.adventist.org/beliefs/fundamental/index.html>
55. Segovia-Siapco G, Sabaté J. Health and sustainability outcomes of vegetarian dietary patterns: a revisit of the EPIC-Oxford and the Adventist Health Study-2 cohorts. *Eur J Clin Nutr*. 2018;72(Suppl 1).
56. Skarupski KA, Tangney C, Li H, Ouyang B, Evans DA, Morris MC. Longitudinal association of vitamin B-6, folate, and vitamin B-12 with depressive symptoms among older adults over time. *Am J Clin Nutr*. 2010 Aug 1;92(2):330–5.
57. Kim J-M, Stewart R, Kim S-W, Yang S-J, Shin I-S, Yoon J-S. Predictive value of folate, vitamin B 12 and homocysteine levels in late-life depression. *Br J Psychiatry*. 2008 Apr 2;192(4):268–74.
58. Szeto YT, Kwok TCY, Benzie IFF. Effects of a long-term vegetarian diet on biomarkers of antioxidant status and cardiovascular disease risk. *Nutrition*. 2004 Oct;20(10):863–6.
59. Ayton D, Manderson L, Smith BJ, Carey G. Health promotion in local churches in Victoria: an exploratory study. *Health Soc Care Community*. 2016 Nov 1;24(6):728–38.
60. Derose KP, Rodriguez C. A Systematic Review of Church-Based Health Interventions Among Latinos. *J Immigr Minor Heal*. 2020 Aug 25;22(4):795–815.