

EVALUACIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD EN POBLACIÓN
ADULTA DE POPAYÁN, DEPARTAMENTO DEL CAUCA, COLOMBIA, 2023

PRESENTAN.

Karen Alejandra Urrego Noguera MD

Juan David Ospina Suarez MD

TUTORES

Hernando Vargas Uricoechea MD- Endocrinólogo

Ma. Virginia Pinzón Fernández – MSP-PhD

POSGRADO

Medicina Interna

Facultad Ciencias de la Salud

Popayán, abril 2023

CONTENIDO

1	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
3	OBJETIVOS	9
3.1	OBJETIVO GENERAL	9
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4	JUSTIFICACIÓN	10
5	ESTADO DEL ARTE	11
6	MARCO TEÓRICO	14
6.1	Hacia una distinción de la espiritualidad y la religiosidad en la salud	14
6.1.1	El concepto de espiritualidad	15
6.1.2	El concepto de religiosidad	16
6.1.3	Investigaciones sobre la intersección entre los conceptos de espiritualidad y religiosidad	18
7	BASES BIOPSICOSOCIALES DE LA RELIGIOSIDAD Y LA ESPIRITUALIDAD EN SALUD	19
8	IMPACTO DE LA RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD EN SALUD	23
9	METODOLOGÍA	27
1.	Población objeto	27
2.	Tamaño muestral	27
9.1	Criterios de inclusión	27
10	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	27
11	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	28
11.1	Variables a evaluar	28
12	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	31
13	CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
14	MANEJO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	32
15	EFFECTOS ADVERSOS	32

16	IMPACTO Y RESULTADOS ESPERADOS	33
17	RESULTADOS	33
18	DISCUSIÓN.....	13
19	CONCLUSIÓN.....	16
20	AGRADECIMIENTOS.....	17
21	BIBLIOGRAFIA.....	17
22	ANEXOS.....	25

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Variables a evaluar.....	30
Tabla 2 Características sociodemográficas Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.....	3
Tabla 3 Estado de salud. Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.....	5
Tabla 4 Estilo de vida Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.	8
Tabla 5 Espiritualidad y religiosidad Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.	10
Tabla 6 Espiritualidad y religiosidad en salud física y mental Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.	13

RESUMEN

OBJETIVOS: el estudio busca caracterizar socio-demográficamente la población, describir antecedentes de salud y estilos de vida, explorar la autopercepción de espiritualidad y religiosidad, y establecer relaciones entre espiritualidad, religiosidad y condiciones de salud. **MÉTODOS:** se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de adultos de Popayán. Se aplicaron cuestionarios sobre características sociodemográficas, antecedentes de salud, estilos de vida y espiritualidad/religiosidad. Se utilizaron pruebas estadísticas descriptivas y de asociación. **RESULTADOS:** en el estudio participaron 199 adultos de Popayán, mujeres (74.9%), edad media de 27 años. Se observó que el 55.3% tenía un peso normal, las enfermedades mentales más frecuentes fueron ansiedad y depresión, presentes en el 22.6% y 16.6% respectivamente. Respecto al estilo de vida, la mayoría no consumía tabaco (80.9%) y el 56.3% tenía un consumo ocasional de alcohol. Respecto a la espiritualidad y religiosidad, el 86.4% se consideraba espiritual y el 76.4% religioso, asociándose positivamente con la autopercepción de felicidad (78.4%). Se encontraron relaciones positivas significativas entre el sexo femenino y la espiritualidad ($p=0.012$) y entre la religiosidad y la autopercepción de felicidad ($p=0.032$), también se encontró una relación negativa entre espiritualidad y depresión, sin encontrar diferencias entre la depresión y religiosidad. Respecto a la salud física, se observó una menor tendencia hacia la enfermedad cerebrovascular en personas espirituales ($p=0.045$), y una menor frecuencia de depresión en aquellos considerados espirituales ($p=0.008$). Todos los análisis se realizaron con un nivel de significancia $p < 0.05$. **CONCLUSIONES:** se observa una asociación entre espiritualidad, religiosidad y bienestar físico y mental, especialmente en la percepción de felicidad y la menor frecuencia de trastornos mentales. La religiosidad se relaciona con menor tasa de consumo de sustancias psicoactivas. Encontrando diferencias con respecto a estudios previos, abriendo

más el campo de investigación sobre el tema, y poder así aplicarlos en intervenciones y políticas de salud futuras.

ABSTRACT

OBJECTIVES: This study sought to determine the relationship between spirituality, religiosity, and health in Popayán adults in 2023. It aims to socio-demographically characterize the population, describe health history and lifestyles, explore the self-perception of spirituality and religiosity, and establish relationships between spirituality, religiosity, and health conditions. **METHODS:** A cross-sectional descriptive study was conducted using a sample of adults from Popayán. Questionnaires on sociodemographic characteristics, health history, lifestyles, and spirituality/religiosity were administered. Descriptive and association statistical tests were performed. **RESULTS:** In total, 199 adults from Popayán participated in the study, mostly women (74.9%), with a mean age of 27 years. It was observed that 55.3% had normal weight, and the most frequent mental illnesses were anxiety and depression (22.6% and 16.6 %, respectively). Regarding lifestyle, the majority did not use tobacco (80.9%) and 56.3% had occasional alcohol consumption. Regarding spirituality and religiosity, 86.4% considered themselves spiritual and 76.4% religious and were positively associated with self-perceived happiness (78.4%). Significant positive relationships were found between female sex and spirituality ($p=0.012$) and between religiosity and self-perception of happiness ($p=0.032$), while a negative relationship was also found between spirituality and depression, without differences between depression and religiosity. Regarding physical health, a lower tendency towards cerebrovascular disease was observed in spiritual people ($p=0.045$), and a lower frequency of depression was observed in those considered spiritual ($p=0.008$). All analyses were performed at a significance level of $p < 0.05$. **CONCLUSIONS:** An association was observed between spirituality, religiosity, and physical and mental well-being, especially in the perception of happiness and lower frequency of mental disorders. Religiosity is associated with lower rates of psychoactive substance use. Finding differences with respect to previous studies

further opens the field of research regarding this topic, in order to validate and expand these findings and apply them in health interventions and policies.

INTRODUCCIÓN

La religión y la espiritualidad han sido parte de la experiencia humana desde sus orígenes, en culturas antiguas ambos términos se asociaron con la búsqueda de equilibrio emocional y de salud. Múltiples definiciones se han descrito en torno al significado de la religiosidad y de la espiritualidad; los conceptos más contemporáneos han establecido la religiosidad como un sistema de creencias, prácticas espirituales o ambas, organizadas en torno a la adoración de una deidad o deidades todopoderosas y que incluyen comportamientos como plegarias, meditaciones y participaciones en rituales públicos. Por su parte, la espiritualidad se ha definido como un constructo motivacional, el cual refleja los esfuerzos de un individuo para crear un amplio sentido de significado personal para su vida o, también como la búsqueda de un sentido existencial o de una dimensión trascendente de la experiencia humana, la cual se descubre en los momentos en que surgen preguntas individuales sobre el sentido de la existencia personal (ubicando al individuo en un contexto ontológico más amplio). Para algunos autores, la espiritualidad es considerada como uno de los seis factores de la personalidad de los individuos. Y dicho factor lo definen como una motivación innata que orienta el comportamiento, en el esfuerzo de construir un sentido más profundo para la vida. Las anteriores definiciones llevan implícitamente el hecho que, la religiosidad es el modo en el cual la espiritualidad se encuentra moldeada, y que se expresa a través de una organización comunitaria o social. Por ende, ambos conceptos son distintos, aunque altamente relacionados y asociados a la trascendencia-. Se establece entonces que, la espiritualidad tiene un sentido más amplio (el cual puede incluir a la religiosidad) y, por lo tanto, en un mismo individuo pueden darse a grandes rasgos, cuatro posturas: a. Ser espiritual y a la vez religioso; b. Ser únicamente espiritual (sin participar en ninguna religión específica), c. Vivir la religiosidad sin el

sentido espiritual (religiosidad vacía) y, d. Individuos que no se adhieren a ningún tipo de creencia sobre la trascendencia(1,2).

Diferentes autores se han interesado en los efectos positivos y/o negativos de la espiritualidad y de la religiosidad en el bienestar subjetivo y psicológico. Mientras que en algunos estudios se observó que quienes se consideran a sí mismos religiosos o espirituales suelen presentar menor bienestar subjetivo y psicológico, otros señalan que el bienestar puede ser mayor; de esta forma, se ha encontrado que en aquellos individuos que se “auto consideran” religiosos y/o espirituales suelen tener diferentes resultados en torno al bienestar subjetivo y psicológico, al igual que en aspectos como la apertura, la responsabilidad, la extraversión, la amabilidad, y el neuroticismo. Además, los modelos biopsicosociales y la salud mental incluyen un componente espiritual/religioso y ambos tienen una alta sensibilidad cultural, lo cual puede afectar algunos desenlaces clínicos (por ejemplo, el estrés) y la forma cómo el individuo los interpreta. De igual forma, los resultados clínicos de ciertas enfermedades pueden estar influenciados por las creencias religiosas y/o espirituales, tanto de forma positiva como de forma negativa. La gran mayoría de los estudios llevados a cabo sobre religiosidad y espiritualidad se han enfocado sobre aspectos como el bienestar psicológico, pero muy pocos se han llevado a cabo en el efecto que puede tener sobre la población general y/o sobre otras condiciones de salud, siendo este último aspecto muy relevante, puesto que, las personas que padecen enfermedades crónicas, tienden a desarrollar cierta resistencia emocional, permitiéndoles generar y elaborar un sentido de vida diferente, con lo cual elaboran dicho sentido de vida con un efecto mediático, originando en muchos casos que se replantee su forma de vida, sus aspiraciones, proyectos y sueños, permitiéndoles ver la vida con una visión más holística (integrándose socialmente con mayor facilidad, por ejemplo, a sus amigos, a su pareja, a su familia y a su medioambiente). Es por eso que un número importante de enfermedades se relacionan con la manera o actitud en la que los

individuos asumen ciertas condiciones de salud y, por ende, los estados afectivos y cognitivos pueden influir con la respuesta a los diferentes tratamientos. De igual manera, aquellas personas que descubren su propio sentido y/o propósito de vida (y en los que las ganas de seguir viviendo están presentes) tienden a expresar un mayor bienestar emocional, y eventualmente pueden responder mejor a los tratamientos de tales condiciones de salud. Los diferentes estudios que han sido diseñados, evaluando religiosidad y espiritualidad en contextos clínicos diferentes al bienestar emocional, se han enfocado en aspectos como: ansiedad y riesgo cardiovascular, dolor crónico, rehabilitación y adaptación a la pérdida visual, sobrevida en diferentes tipos de cáncer, bienestar físico en pacientes oncológicos, tasa de eventos adversos por quimioterapia, tratamiento del alcoholismo y abuso de sustancias, tabaquismo, síndrome de abstinencia en individuos con abuso de medicamentos, hábitos y desórdenes alimentarios, niveles de presión arterial, riesgo de infección por HIV, niveles de interleucinas y citoquinas, función de linfocitos T, calidad y eficiencia de sueño, riesgo de suicidio, mortalidad cardiovascular, progresión de enfermedad arterial coronaria, niveles de presión arterial, supervivencia en personas con enfermedad renal crónica, rehabilitación post-ataque vascular cerebral, abstinencia sexual, obesidad, riesgo de arritmias, patrones de autonomía cardíaca, tasa de fertilidad, tiempo de hospitalización, entre otros(3–6) .

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Espiritualidad y la Religiosidad son términos frecuentemente superpuestos, pero que difieren ampliamente, la primera es definida como todas las creencias que buscan el crecimiento individual y/o comunitario, con la intención de

encontrar un sentido a la vida en asociación con la búsqueda de lo sagrado (1). Por su parte, la Religiosidad es una expresión normativa de lo sagrado bajo un marco o estatuto institucional, siendo la espiritualidad un aspecto más subjetivo y que se desarrolla bajo el concepto de idiosincrasia; además, la espiritualidad guía el proceso espiritual desde un punto de vista más objetivo y comunitario (1,7).

Ambos conceptos se han visto implicados en diferentes entornos de desarrollo social, cultural y económico y cada vez más se demuestran diferentes relaciones de cómo ambos escenarios pueden impactar la salud mental y física (1). Múltiples estudios han explorado los beneficios de la religiosidad y la espiritualidad sobre la salud humana; sin embargo, dado que la definición de espiritualidad ha ido cambiando en el transcurso de los años con el fin de darle un enfoque más pluralista e inclusivo hacia personas religiosas y no religiosas, hace que la investigación clínica en esta área sea difícil de desarrollar y frecuentemente no es de interés por parte del personal que labora en salud (7). Así mismo la relación entre espiritualidad, religiosidad y salud ha emergido como un tema de gran relevancia e interés. Sin embargo, a pesar de la creciente evidencia que sugiere una influencia significativa de estos aspectos en la salud física y mental, así como en los estilos de vida, aún persisten vacíos en la comprensión de esta compleja interacción. Por lo anterior, las diferentes iniciativas de investigación al respecto buscan de una manera más objetiva medir el grado de espiritualidad, con el fin de determinar su relación con los estados de salud y calidad de vida, obteniendo así un enfoque más holístico de la promoción en salud y la prevención de la enfermedad (8).

2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de espiritualidad y religiosidad y sus posibles relaciones con el estado de salud de la población adulta de Popayán en el 2023?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de espiritualidad y religiosidad y sus posibles relaciones con el estado de salud en población adulta de Popayán en el 2023.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio-demográficamente la población a estudio.
2. Describir los antecedentes de salud y los estilos de vida en la población a estudio.
3. Describir la autopercepción sobre espiritualidad y religiosidad de los sujetos a estudio.
4. Establecer una posible relación entre la espiritualidad y religiosidad con condiciones de salud.

4 JUSTIFICACIÓN

La exploración de la relación entre espiritualidad, religiosidad y salud física y mental, así como su influencia en los estilos de vida, emerge como un tema de vital importancia en el contexto clínico y social, dado que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social. La espiritualidad y la religiosidad se han identificado como elementos fundamentales que contribuyen a esta salud integral. Numerosos estudios han demostrado que las personas con una vida espiritual y religiosa activa tienden a tener una mejor salud física y mental, una mayor capacidad de afrontamiento frente al estrés y una mayor longevidad. Por lo tanto, comprender cómo estos aspectos influyen en la salud es crucial para promover el bienestar holístico de los individuos(1,9).

En el ámbito de la atención médica, se reconoce cada vez más la importancia de abordar las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes. La espiritualidad puede brindar consuelo, esperanza y significado en tiempos de enfermedad y crisis, y puede ser un recurso importante para la recuperación y el bienestar emocional. Por lo tanto, investigar cómo integrar eficazmente la dimensión espiritual en la atención médica puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y fortalecer la relación médico-paciente. Es importante también resaltar que el estudio de la relación entre espiritualidad, religiosidad y estilos de vida también es crucial para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Los valores y creencias religiosas pueden influir en las decisiones de estilo de vida, como la dieta, el ejercicio, el consumo de alcohol y tabaco, y las prácticas de salud preventiva. Comprender cómo estos factores afectan los comportamientos de salud e incluso asociándose a resultados en mortalidad, puede informar estrategias efectivas de intervención en salud; además, la espiritualidad y la religiosidad también están estrechamente vinculadas con la identidad cultural y social de las personas. La

forma en que las personas practican su religión y expresan su espiritualidad puede variar ampliamente según el contexto cultural y social en el que se encuentren. Por lo tanto, investigar estos aspectos puede ayudar a comprender mejor la diversidad cultural y las distintas formas en que las personas encuentran significado y propósito en sus vidas(10,11).

En resumen, la investigación sobre la relación entre espiritualidad, religiosidad y salud, así como su influencia en los estilos de vida, es fundamental para avanzar en la comprensión de la salud integral y para mejorar la atención médica y las estrategias de promoción de la salud. Además, aborda aspectos culturales y sociales importantes que influyen en la vida de las personas. Por lo tanto, esta investigación tiene un impacto significativo en el bienestar individual y colectivo.

5 ESTADO DEL ARTE

Para la búsqueda bibliográfica que sustenta esta investigación se realizó búsqueda activa en las bases de datos disponibles en internet y la base de datos de la, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Google Scholar, Pubmed, Embase, Biblioteca Cochrane y Redalyc, utilizando los términos y palabras clave: espiritualidad, religiosidad y salud, salud mental, sustancias psicoactivas.

En Pubmed se realizó la búsqueda introduciendo los términos MESH “Espiritualidad”, “Religiosidad” y “Salud”, filtrando los estudios de tipo ensayo clínico, metaanálisis y revisión sistemática que estuvieran en texto completo y con disponibilidad de resumen obteniendo un total de 38 resultados en un periodo de tiempo que abarca del 2002 al 2024. Se encontró una revisión sistemática publicada en el 2020 por Wanderson Carneiro Moreira et al, donde se incluyeron 9 estudios primarios en adultos sobre espiritualidad, religiosidad y actividad física y su relación

con salud física y mental, destacando un estudio longitudinal realizado en Corea del Sur, el cual investigó los efectos de la asociación entre actividades físicas, sociales y espirituales y el riesgo de depresión en adultos mayores, mostrando que la participación en actividades físicas, sociales y religiosas se asociaba con un menor riesgo de depresión, encontrando una disminución del 22% de esta entre los adultos mayores que participaron en ≥ 1 actividad religiosa por semana, también encontrando relación entre religiosidad, espiritualidad y nivel de actividad física (12).

Se encontró un metaanálisis publicado en el 2019 por Bastian Hodapp, el cual incluyó 67 estudios que buscaban la relación entre religiosidad/espiritualidad y salud mental en países de habla alemana, encontrando una asociación leve pero significativa entre la religiosidad/espiritualidad y una mejor salud mental, con un valor $P=0.03$, aunque encontrando un tamaño del efecto menor en comparación a población estadounidense y una calidad de la evidencia moderado (3).

También se encontró una investigación publicada en el 2003 por Rabbi Mychal B. Springer et al, realizada en personas mayores, judíos que vivían en New York, evaluando el grado de depresión y espiritualidad asociado a las prácticas religiosas, evidenciando una relación inversa entre depresión y soledad entre las personas con más prácticas religiosas, por su parte la espiritualidad no se relacionó de forma significativa con las variables a estudio (13).

Un estudio publicado en el 2016 en la revista de discapacidad y rehabilitación por Catherine S. Wilson et al, en el cual se valoraba la calidad de vida y la presencia de trastorno depresivo mayor en personas con discapacidad secundaria a lesión del cordón espinal, aplicando a estos pacientes diferentes cuestionarios (cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) que evaluó depresión, el FACIT-Sp evaluó el bienestar espiritual, la escala Neuro-QOL PAWB evaluó la calidad de vida y el PANAS evaluó el afecto), incluyéndose un total de 210 pacientes, de los cuales 204 completaron todos los cuestionarios y encontrando

depresión en el 26% de los mismos, dentro de la evaluación realizada se evidencio que la espiritualidad fue el único predictor independiente significativo del trastorno depresivo mayor (14).

Utilizando los términos MESH “espiritualidad, religiosidad y sustancias psicoactivas” no se encontraron estudios originales en la base de datos de PUBMED.

En Google scholar por medio de los términos “espiritualidad, religiosidad y salud” se encontraron 236 resultados, destacando una revisión sistemática y meta análisis publicado en el 2018 por Eric C. Shattuck en el cual se estudió la relación entre religiosidad y espiritualidad en relación a marcadores en salud tanto clínicos como paraclínicos, tales como IMC, cifras de tensión arterial, presencia de enfermedades crónicas, carga de enfermedad, así como marcadores inflamatorios de inmunidad y de riesgo cardiovascular como creatinina, recuento de CD4/CD8, PCR, interleucina 6, glucemia, encontrando una relación inversa y significativa entre espiritualidad y los marcadores en salud descritos (6).

Un estudio realizado por Zuzana Dankulincova Veselska et al en el 2014, en adolescentes de Yugoslavia con edad media de 15 años, evaluó la relación entre espiritualidad y religiosidad con respecto a la autoevaluación del estado de salud y la presencia de problemas en salud, evidenciando una relación entre espiritualidad y un mejor estado de salud general con un OR 0,96 ($P < 0.01$; IC=0,94–0,99), sin embargo, no se encontró una relación significativa con respecto a la religiosidad (15).

Se realizó también búsqueda en la base de datos LILACS para evaluar los estudios realizados a nivel latinoamericano, utilizando los términos “espiritualidad, religiosidad y salud”, filtrado por estudios originales, encontrando un total de 93 resultados, dentro de estos, destaca una estudio descriptivo realizado por Hugo

Simkin et al en Mayo del 2023, donde se realizó un análisis cuantitativo, descriptivo y de regresión sobre la relación entre religiosidad, espiritualidad y miedo a la muerte en asociación al desarrollo de depresión en 200 profesionales de la salud en Argentina, la evaluación de religiosidad y espiritualidad se realizó por medio de la escala ASPIRES-SF (Piedmont et al., 2008), encontrando una relación inversa significativa con el nivel de espiritualidad, religiosidad y miedo a la muerte en asociación a depresión con un valor $P=0.004$ en el análisis del modelo total.

6 MARCO TEÓRICO

Se dará a conocer la evolución histórica del constructo espiritualidad, religiosidad a lo largo del tiempo, así como sus modificaciones, también de las diferentes investigaciones basadas en la evidencia que estudian la relación entre la religiosidad y espiritualidad y su impacto en la salud.

6.1 Hacia una distinción de la espiritualidad y la religiosidad en la salud

La religión y la Espiritualidad han sido parte de la experiencia humana a lo largo de la historia, miles de millones de personas en todo el mundo consideran que la oración y la Espiritualidad son vitales para la curación de enfermedades, ya que las prácticas y creencias religiosas han sido constantemente una fuente de tratamiento médico durante siglos (8).

No obstante, ha sido un gran desafío definir de manera única la Religiosidad y la Espiritualidad, ya que ambos términos se consideran interrelacionados y no se pueden definir en una sola frase. Aunque muchas personas se catalogan más espirituales que religiosas, la gran mayoría es incapaz de diferenciar tales conceptos (16).

La investigación científica en Espiritualidad y Religiosidad ha crecido de forma progresiva, evidenciando desde 1993 al 2022 un aumento de más del 600 % en las publicaciones científicas centradas en ambos temas, en especial en las posibles asociaciones entre las prácticas religiosas (y el 'llevar una vida espiritual') con diversos impactos en salud (como morbilidad global, esperanza de vida y múltiples desenlaces posteriores a diversos tratamientos médicos o quirúrgicos); los resultados han sido variables y algunos de ellos pueden ser explicados por aspectos como: el optimismo del individuo, las formas de aceptar y llevar una enfermedad, el apoyo social y las conductas de salud positivas, explicadas sobre la base de procesos biológicos que impactan sobre múltiples sistemas (nervioso, endocrino e inmunológico) (8,16).

6.1.1 El concepto de espiritualidad

La palabra latina *spiritus* es el origen de la palabra espiritual que significa *soplar o respirar* y significa 'aquello que da vida al alma' y explica la espiritualidad como un *viaje, una búsqueda de la verdad* (17).

En griego, el término *pneuma* denota *aliento, aire o viento* (o espíritu y alma en un contexto más religioso). En hebreo y árabe, *ruach o ruah* tienen el significado de espíritu, que está directamente relacionado con el acto de respirar, esta es la razón por la que muchas prácticas meditativas se basan en la respiración 'intencional' para conectar a las personas con su mente espiritual. Otros significados del término *espíritu* incluyen *fuerza, coraje, carácter, alma o psique*, los anteriores conceptos surgieron en muchas culturas a lo largo de la historia (1,17,18) .

Múltiples estudios han encontrado que la Espiritualidad abarca 13 componentes conceptuales; entre ellos, la trascendencia y la relación fueron los componentes más referenciados de la Espiritualidad. La Espiritualidad es abstracta y subjetiva con muchas suposiciones, es una interconexión de algo más allá de nosotros mismos (1,18).

El ser humano en general, interpreta y experimenta su Espiritualidad mediante la práctica de una determinada religión, fuera de un sistema religioso o con una mezcla de tradiciones religiosas o filosóficas; además, la Espiritualidad incluye la conexión con los demás, con el entorno, el medioambiente, el universo y con Dios (o un ser supremo). La dimensión espiritual también se aborda cómo ciertas emociones, tales como el amor, la esperanza, la paz, la confianza, la inspiración y la fe (1).

Para algunos autores, la espiritualidad se considera uno de los factores de la personalidad y la definen como una motivación innata que orienta el comportamiento, para construir un sentido más profundo para la vida (6).

A través de la historia se han realizado diferentes enfoques para determinar la definición de Espiritualidad, en el año 2007 se estableció que, se pueden definir tres categorías específicas a saber: conexiones y relaciones; amor incondicional y amor en acción. Las personas espirituales aman y se conectan con los demás y con el poder superior o de Dios. Asimismo, la salud y el bienestar se consiguen teniendo un espíritu sano y un espíritu saludable se logra a través de un estilo de vida saludable y por medio de la conexión con un poder superior o Deidad Todopoderosa (17,19).

La espiritualidad evoluciona a medida que las personas buscan una dirección para su vida, con significado de las cosas, poder sobre las cosas o los demás, verdad, armonía, equilibrio, devoción, creencia y propósito. De hecho, la Espiritualidad proporciona al ser humano calidad de vida, fuerza interior y sentido de vida, que es un resultado de la propia Espiritualidad (20).

6.1.2 El concepto de religiosidad

El término Religiosidad se origina en la tradición occidental de reflejar fenómenos religiosos; desde un punto de vista lingüístico/etimológico, la Religiosidad se relaciona con otros términos como 'religioso' y 'religión', que tienen su raíz en la palabra latina *religio*, y que se cree que provienen de las palabras *re*

y *ligare* (que significa ‘volver a conectar o unir de nuevo’) y desde el punto de vista conceptual, se relaciona con términos como: *Espiritualidad, piedad o devoción* (21).

La Religiosidad conlleva a una carga emocional de diversos grados que dependen de sus asociaciones y actitudes históricas. Por su parte, la religión se atribuye a los valores y prácticas tradicionales con ciertos grupos de personas o creencias, una persona religiosa está asociada entonces con una creencia particular y se guía por la tradición, las reglas, la cultura y las intenciones reflexivas (21,22).

La religión también se define como un ‘sentimiento de conductas aprendidas y expresiones sociales que reflejan valores culturales’. La religión es mucho más restringida que la Espiritualidad y a menudo se denomina o se define en términos como: *oración, actividades religiosas y búsqueda de orientación* e incluyen comportamientos como plegarias, meditación y participación en rituales públicos. Según esto, la teología es la explicación sistemática y organizada sobre la idea de Dios y de las creencias de una determinada religión (17).

Por su parte, el hinduismo intenta lograr la liberación del individuo a través de una realidad suprema conocida como el Ser Superior, esta entidad es denominada *prana* —que es la forma sutil de energía biológica y fuerza sustentadora de vida—. El mantenimiento y la continuación del *prana* es vital, ya que se considera primordial con aspectos como el envejecimiento y la muerte (21).

Para el budismo, cada persona sufre y necesita ser sanada y la curación está establecida por cuatro nobles verdades: *el sufrimiento existe, la causa del sufrimiento es el deseo, deja de desear y dejaras de sufrir y, el camino óctuple conduce al cese del sufrimiento*, en términos generales, el objetivo de un budista es alcanzar el Nirvana (iluminación), donde se ve la realidad tal como es, sin ninguna interferencia (21).

Por su parte, el judaísmo considera la enfermedad como la evidencia de la furia de Dios y se describe la curación a través de la oración, las ofrendas y los sacrificios. Mientras que, el cristianismo se basa en la aparición milagrosa de Jesús de Nazaret, el cual fue y es visto como sanador. Por ejemplo, en el nuevo testamento se revelan casos donde se obtuvo sanidad expulsando espíritus malignos en personas poseídas, de allí que las prácticas sanatorias que han sido utilizadas a lo largo de la historia por los cristianos incluyen el exorcismo, la oración a distancia y algunos actos místicos (21).

6.1.3 Investigaciones sobre la intersección entre los conceptos de espiritualidad y religiosidad

La Religiosidad y la Espiritualidad pueden verse de múltiples maneras, de manera que una persona puede ser religioso mas no espiritual; religioso y espiritual; espiritual pero no religioso, religioso incluye espiritualidad o viceversa y ni religioso y tampoco espiritual. Algunas personas las ven como áreas completamente separadas; sin embargo, según la edad y aspectos culturales se pueden ver como integrados, con áreas de intersección o igualdad completa (23).

Se establece entonces que, la Espiritualidad tiene un sentido más amplio (el cual puede incluir a la Religiosidad) y por lo tanto, en un mismo individuo puede darse a grandes rasgos cuatro posturas: *ser espiritual y a la vez religioso*; *ser únicamente espiritual* (sin participar en ninguna religión específica), *vivir la Religiosidad sin el sentido espiritual* (Religiosidad vacía) e *individuos que no se adhieren a ningún tipo de creencia sobre la trascendencia* (24).

Otro punto de vista es que la religión incluye a la Espiritualidad o que la Espiritualidad es el mayor de los dos componentes. Una última perspectiva incluye a aquellos que no se identificarían ni como religiosos ni como espirituales, estos son los llamados 'humanistas seculares o existencialistas' quienes privilegian el valor de la vida y la condición humana (17,21).

7 BASES BIOPSIICOSOCIALES DE LA RELIGIOSIDAD Y LA ESPIRITUALIDAD EN SALUD

Los mecanismos por los cuales la Espiritualidad y la Religiosidad impactan sobre la salud no son claros, tampoco se conocen las áreas cerebrales específicas relacionadas con las experiencias religiosas, originando una duda permanente sobre si existen dichas áreas en todas las personas, o si las áreas cerebrales representadas son similares o heterogéneas de persona a persona, o si son idiosincráticas (dado que estas se relacionan con diferentes factores de la memoria y de la personalidad), los cuales pueden variar de acuerdo con la experiencia personal, la evocación de sentimientos, la interacción social y la sensación de bienestar emocional relacionada (1).

Algunos autores han asociado los efectos de estas prácticas al efecto placebo, pero se ha encontrado que el impacto sobre la salud de la Religiosidad y la Espiritualidad van ligados a factores psicosociales y biológicos; asimismo se han estudiado múltiples mecanismos que van desde elementos psicológicos y condiciones sociales asociadas hasta un estilo de vida tal que facilita o promueve prácticas de vida saludable (y que tendrían un impacto sobre el bienestar físico y mental); por ejemplo, una persona religiosa generalmente socializa dentro de una congregación, la cual se podría convertir en una red de apoyo durante diversas fases de múltiples enfermedades (8).

Asimismo, bajo el concepto de autocuidado y 'santuario corporal' que se tienen en muchas religiones (o en personas que se reconocen como 'espirituales') puede inducir a un estilo de vida más 'saludable' lo cual, potencialmente, estimula a prácticas como la meditación (como una forma de autotranscendencia) promoviendo a un estado de paz interior, ayudando a conectarse con el yo y con

terceros, para el desarrollo de actitudes optimistas que se asocian a efectos biológicos claves a nivel neuroendocrino (1).

De igual forma, diferentes autores han descrito que las personas religiosas tienen un menor riesgo de exponerse a conductas sexuales de riesgo o al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, considerándose un factor psicosocial protector para el desarrollo de enfermedades asociadas a dichas conductas; de esta forma, los estados de paz interior y optimismo relacionados con las prácticas espirituales y religiosas se han asociado con un nivel menor de estrés (lo cual se relaciona con niveles más bajos de cortisol, junto a una menor concentración de catecolaminas, induciendo a una menor frecuencia cardíaca, presión arterial y alteraciones del metabolismo de carbohidratos y grasas), lo cual impactaría favorablemente diferentes factores de riesgo y desenlaces cardiovasculares (1,25).

La neuroteología es un campo multidisciplinario que evalúa la relación entre distintas áreas cerebrales, neurotransmisores y las experiencias espirituales como la meditación o experiencias místicas. Los estudios de neuroimagen han mostrado que, durante las experiencias espirituales intensas, como la meditación profunda o la oración, se activan áreas como la corteza prefrontal, la amígdala y el sistema límbico (26,27).

Estas regiones están relacionadas con componentes como la atención, las emociones y la regulación emocional; otras áreas como la sustancia gris periacueductal se ha encontrado relacionada a comportamientos religiosos o incluso con “hiper-religiosidad” en pacientes con lesiones cerebrales traumáticas (26).

Otros estudios con imágenes (tomografía con emisión de fotón único, resonancia nuclear magnética, SPECT, entre otras) han encontrado que durante ciertas sesiones de oración centradas en la repetición de una frase específica de la

Biblia durante 40 minutos, evidenciaron una disminución del flujo sanguíneo a nivel de un área cerebral ubicada en el lóbulo temporal denominada 'área de orientación', la cual se encarga de la creación de un entorno consciente del sí mismo, y cuya alteración funcional se asocia a la falta de consciencia relacionada con experiencias meditativas o místicas (8,27).

Otros estudios han mostrado la participación de áreas cerebrales relacionadas con la interacción social y la sensación de bienestar y placer que se produce durante experiencias místicas; un estudio en mormones devotos (evaluados durante las prácticas religiosas) demostró una mayor actividad sobre el núcleo accumbens (el cual está relacionado con la sensación de placer, mediado por oxitocina) lo cual puede explicar el por qué la práctica religiosa en una persona determinada puede representar una necesidad, dado que se obtiene una respuesta similar a la obtenida con el consumo de sustancias psicoactivas o las prácticas sexuales (27,28).

Por otro lado, la actividad cerebral asociada con la Religiosidad no solo ha sido vinculada con ciertas áreas cerebrales, sino también con la acción de ciertos neurotransmisores (como la serotonina, conocida por su papel en la regulación del estado de ánimo y que ha sido asociada con experiencias religiosas positivas). De esta forma, se sugiere que los niveles elevados de serotonina pueden aumentar la sensación de conexión espiritual y de bienestar emocional (28).

Además de estas bases neuroquímicas y neuroanatómicas, se ha prestado atención a la plasticidad cerebral y a los cambios inducidos por la práctica religiosa o espiritual. Se ha encontrado que la meditación —por ejemplo— puede llevar a cambios estructurales y funcionales en áreas cerebrales relacionadas con la atención y la regulación emocional. Estos hallazgos sugieren que las prácticas espirituales pueden tener efectos a largo plazo a nivel cerebral (26,29).

Por su parte, un estudio realizado en practicantes budistas evaluó los cambios en el flujo cerebral y en la actividad eléctrica de las regiones cerebrales activadas (asociadas con la práctica meditativa) en un grupo de meditadores expertos con más de 44 000 horas de experiencia en meditación y un grupo de meditadores novatos (con un promedio de 19 000 horas), encontrando que los meditadores expertos tenían un número menor de áreas activadas durante la meditación con respecto a los novatos, lo que demuestra una menor necesidad o dificultad para alcanzar la concentración en meditadores expertos, en este estudio también se encontró una menor actividad de la amígdala cerebral en el grupo de expertos (asociándose a una menor reactividad emocional) lo que permitía un enfoque y una concentración más profunda respecto al grupo de novatos (30).

Por otro lado, se ha considerado que la autotranscendencia es un rasgo inherente de la personalidad humana, el cual se relaciona con la experiencia de los aspectos espirituales del Ser.

Basado en dicho concepto, un estudio evaluó la relación existente entre la autotranscendencia y la disponibilidad del transportador de serotonina (SERT) en los núcleos del rafe del tronco encefálico (estos núcleos son colecciones de cinco núcleos serotoninérgicos diferentes con extensión rostro-caudal) (25).

El objetivo fue evaluar los probables roles de las actividades neuronales serotoninérgicas en este rasgo de personalidad. Las regiones de interés incluyeron el núcleo del rafe dorsal, del rafe mediano, del rafe pontis y los del rafe caudal (localizados en el tallo cerebral). Este estudio encontró que el rasgo de autotranscendencia está asociado con la disponibilidad del SERT en núcleos específicos del rafe, lo que sugiere que el sistema serotoninérgico puede servir como una base biológica importante para la autotranscendencia humana (31).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que la investigación en este campo todavía está en sus primeras etapas, y es importante reconocer que las

experiencias religiosas y espirituales son multifacéticas y pueden ser influenciadas por factores culturales, sociales y personales, que también deben ser considerados en su comprensión (31).

8 IMPACTO DE LA RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD EN SALUD

La mayoría de los estudios se han concentrado en el conocimiento de la Espiritualidad y la Religiosidad y cómo dicho estilo de vida y forma de pensar impactan sobre algunos desenlaces en salud y sobre la calidad de vida.

Desde hace varios siglos, la medicina oriental ha tratado de integrar la dimensión de ambos constructos con el binomio de salud/enfermedad; mientras que, la medicina occidental ha desviado su esfuerzo por enfocarse en los fenómenos biológicos tangibles, siendo la religión ignorada por muchos. Por este motivo, algunos han denominado a la religión como un 'factor olvidado en la salud física y mental'. Esta imagen ha ido cambiando en la llamada 'Espiritualidad basada en la evidencia', haciendo que el muro existente entre religión, Espiritualidad y medicina sea derrumbado (32,33).

El enfoque de la medicina actual es determinado por desenlaces en salud (mortalidad, morbilidad, calidad de vida), esto bajo el concepto introducido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, indicando que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado integral de bienestar físico, mental y social (33).

La calidad de vida tiene en cuenta aspectos subjetivos que pueden coincidir con marcadores objetivos del nivel de vida y se asocian a la autopercepción de felicidad, que varía de acuerdo con la cultura a la que pertenece la persona. Es por esto que la calidad de vida es un marcador difícil de medir y puede variar de acuerdo a la idiosincrasia intercultural. De esta forma, la OMS definió la calidad de vida como

'la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas o expectativas'(34,35).

Es así como algunos estudios han buscado determinar cómo se relaciona la calidad de vida con la Religiosidad y la Espiritualidad, encontrando una asociación entre felicidad y asistencia a los servicios religiosos, así como una mayor prevalencia de la creencia de que el mundo es bueno o malo, pero no la creencia en la inmortalidad (26,35).

También se ha encontrado que, las organizaciones religiosas contribuyen a la integración comunitaria, aumentando así la calidad de vida, mientras que la frecuencia o la presencia en los servicios religiosos no se asoció con la calidad de vida; de hecho, la concepción estadounidense de una 'buena vida' se basa en gran medida en los ideales judeocristianos; la religión podría atraer a personas propensas a la felicidad, dado que son personas que buscan un sentido a su vida en busca de mejorarla y la religión puede conducir a un propósito en la vida que promueva el bienestar (26,32).

Lo anterior demuestra que la Religiosidad y la Espiritualidad promueven un pensamiento de bienestar positivo y consuelo psicológico, con un menor impacto en la mortalidad en poblaciones sanas, sin embargo, el impacto en poblaciones con enfermedades crónicas y más aún con enfermedades agudas, no es claro (incluso, se describe una relación inversa entre salud y religión en el contexto de enfermedad aguda) (36).

Lo que sí es claro es que se ha encontrado una asociación entre la Religiosidad/Espiritualidad y una mejor salud mental, incluida una menor incidencia de depresión, ansiedad y suicidio. Ambos aspectos pueden proporcionar un sistema de apoyo social, ofreciendo consuelo en tiempos de crisis y promueve la resiliencia psicológica; además, la participación religiosa puede estar relacionada con una

mayor satisfacción con la vida y una mayor sensación de propósito y significado (26,36).

Siendo así, se ha considerado que la religión (de la mano con la Espiritualidad) se asocia con pensamientos y estados de afecto positivo como felicidad, alegría, entusiasmo, satisfacción con la vida, optimismo y esperanza, y se ha considerado que este cambio de pensamiento y emociones (proporcionado por la vida religiosa o espiritual) se asocia a impactos sobre la salud física y mental (36).

Un metaanálisis en el que se incluyeron 35 estudios con población sana y 35 estudios con población enferma con enfermedades cardiovasculares, falla renal y enfermedad por VIH encontró una relación significativa y protectora entre los estados de bienestar mental, felicidad, optimismo y esperanza con respecto a la mortalidad, evidenciando una disminución en la mortalidad global en dicha población, con una relación protectora fuerte en la población sana (37).

Un estudio longitudinal llevado a cabo en pacientes con VIH (en los cuales se determinó hasta qué punto se producen cambios en la Religiosidad/Espiritualidad y si estos influyen en la progresión de la enfermedad) mostró un aumento sustancial en la Religiosidad y en la Espiritualidad después del diagnóstico y estabilidad de la enfermedad, con una progresión más lenta de la enfermedad (38).

Los mecanismos que explican la relación entre ambos componentes y la salud de las personas aún no están completamente comprendidos. Sin embargo, se han propuesto varios mecanismos posibles, estos incluyen el apoyo social proporcionado por las comunidades religiosas, la promoción de estilos de vida saludables, la reducción del estrés a través de prácticas religiosas o espirituales, el fomento de actitudes positivas y la mejora de la calidad de las relaciones interpersonales.

La Religiosidad, por lo tanto, ayuda a los individuos a superar el miedo y la impotencia que se siente durante los momentos de enfermedad, con un mayor sentido innato de esperanza y determinación.

Otro posible mecanismo que conduce a la promoción de la salud podría ser la modificación del estilo de vida implementado por una persona religiosa. Está bien establecido que, hábitos como el tabaquismo, el alcoholismo y el abuso de sustancias están inversamente relacionados con la Religiosidad (26).

En este aspecto, algunos estudios han encontrado una correlación entre las creencias morales religiosas y el trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión y abuso de alcohol en veteranos de guerra, lo que finalmente resultó en una correlación negativa de las creencias morales con el uso indebido de tabaco y alcohol (25,26).

Parece ser entonces que, a medida que una persona se basa más en medios espirituales para mitigar el miedo y el dolor, es menos probable que confíe en métodos comúnmente dañinos como el abuso de sustancias, o también que las personas religiosas tiendan a tener menos posibilidades de participar en comportamientos sexuales potencialmente riesgosos, por lo que es menos probable que contraigan una enfermedad de transmisión sexual (como el VIH) (25).

De igual forma, un estudio evaluó el efecto de la Religiosidad y la Espiritualidad en la supervivencia a largo plazo entre pacientes con enfermedad renal crónica en etapa terminal (en manejo con hemodiálisis), encontrando que la edad y el apoyo social se asociaban con un incremento en la supervivencia, al controlar factores como diabetes, VIH y los niveles de albúmina, indicando que los efectos de la Espiritualidad pueden estar mediados por el apoyo social, en lugar de un medio religioso (26,39).

9 METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este es un estudio descriptivo de Corte transversal.

1. Población objeto

Personas mayores de edad, procedentes de la ciudad de Popayán-Cauca.

2. Tamaño muestral

Se aplicará un muestreo no probabilístico por conveniencia a través de la estrategia de concentración.

9.1 Criterios de inclusión

1. Adulto con edad igual o mayor a 18 años.
2. Persona que de consentimiento para participar en el estudio.
3. Persona que resida en la ciudad de Popayán.

10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Persona que durante la aplicación de los instrumentos no suministre la información completa.

2. Persona que tenga dificultad para la comunicación verbal o con déficit cognitivo que le impida responder las preguntas.
3. Persona que decida retirarse del estudio.

11 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La técnica que se usará para recolectar la información es la encuesta la cual será aplicada directamente por los investigadores previo entrenamiento. Para tal fin y de acuerdo a estudios previos, se ha diseñado un instrumento que contiene preguntas sobre características sociodemográficas, antecedentes familiares y personales sobre su situación de salud, estilos de vida saludable medidos con el test Fantástico, las escalas de espiritualidad Personal (EEP) y escala de religiosidad Personal (ERP).

11.1 Variables a evaluar

En el estudio se definieron las variables dependientes como variables de resultado, las cuales son el considerarse espiritual o religioso, las variables independientes en el estudio se definen como las variables sociodemográficas, el estado de salud como peso, índice de masa corporal, comorbilidades tanto físicas como de la esfera mental, variables en relación a estilos de vida saludables como actividad física, nutrición, consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas y variables respecto al grado de espiritualidad y religiosidad.

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Edad	Edad del paciente en años	Cuantitativa continua	Número de años	Encuesta
Sexo	Sexo biológico del paciente	Cualitativa, nominal-dicotómica	Hombre - Mujer	Encuesta
Empleado	Sexo biológico del paciente	Cualitativa, nominal-dicotómica	Masculino - Femenino	Encuesta
Estado civil	Estado civil al momento del ingreso al estudio	Cualitativa nominal	Soltero – Casado – Unión libre	Encuesta
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico del sitio de residencia	Cualitativa ordinal	1 – 2 – 3 – 4 – 5 - 6	Encuesta
Número de hijos	Cantidad de hijos que tiene la persona	Cuantitativa discreta	Número de hijos	Encuesta
Ocupación	Oficio al que se dedica la persona	Cualitativa nominal	-Empleado -Desempleado -Informal -Independiente -Estudiante	Encuesta
Nivel educativo	Grado de preparación académica	Cualitativa ordinal	-Ninguno -Primaria -Secundaria -Bachiller -Técnico/tecnólogo -Universitario -Postgrado	Encuesta
Etnia	Grupo étnico al que pertenece o se reconoce	Cualitativa nominal	-Mestizo -Afrodescendiente -Indígena -Otro	Encuesta

Peso	Peso en kilogramos	Cuantitativa continua	Número de kilos	Encuesta
Talla	Talla en metros	Cuantitativa continua	Número de metros	Encuesta
MC	Índice entre el peso y la talla al cuadrado – $N^{\circ}Kg/mt^2$	Cuantitativa continua	Valor del IMC calculado	Encuesta
Categoría del IMC	Clasificación gradual del IMC	Cualitativa ordinal	-Bajo peso -Normal -Sobrepeso -Obesidad grado 1 -Obesidad grado 2 -Obesidad grado 3	Encuesta
Depresión	Tener diagnóstico de depresión	Cualitativa nominal dicotómica	Si – No	Encuesta
Ansiedad	Tener diagnóstico de ansiedad	Cualitativa nominal dicotómica	Si – No	Encuesta
Insomnio	Trastorno del sueño que no permite un adecuado ciclo de sueño	Cualitativa nominal dicotómica	Si – No	Encuesta
Fibromialgia	Diagnóstico de fibromialgia	Cualitativa nominal dicotómica	Si – No	Encuesta
Migraña/dolor de cabeza	Padecer de dolores de cabeza o migraña	Cualitativa nominal dicotómica	Si – No	Encuesta
Ataque cerebrovascular	Antecedente de ACV	Cualitativa nominal dicotómica	Si – No	Encuesta
Promedio de cigarrillos diarios	Frecuencia del consumo de tabaco	Cualitativa ordinal	-Ninguno -1 a 10 al día -Más de 10 al día	Encuesta
Bebo mas de 4 tragos en	Cantidad del consumo de alcohol por evento	Cualitativa ordinal	-Nunca -Ocasional -A menudo	Encuesta
Consumo de sustancias	Consumo de sustancias como cocaína, marihuana, pasta base u otras	Cualitativa ordinal	-Nunca -Ocasional -A menudo	Encuesta
Se considera una persona espiritual	Autopercepción sobre grado de espiritualidad	Cualitativa nominal dicotómica	Si – No	Encuesta
Se considera una persona religiosa	Autopercepción sobre grado de religiosidad	Cualitativa nominal dicotómica	Si – No	Encuesta

Tabla 1 Variables a evaluar

12 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información será analizada en el paquete estadístico SPSS versión 25. Para el análisis se aplicarán estadísticas descriptivas. Las variables cualitativas, serán analizadas con medidas de proporción y expresadas en términos de porcentajes y frecuencias absolutas y las variables cuantitativas en medidas de tendencia central o de dispersión según su distribución simétrica o asimétrica. Para establecer la relación se aplicará la prueba de Chi cuadrado y prueba de Fisher con un nivel de significancia estadística $P < 0.05$.

13 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Resolución 8430 de 1993, el proyecto tendrá una evaluación previa por el Comité de ética de la Universidad del Cauca; además de lo anterior y haciendo referencia al Artículo 4 del mismo documento, los resultados de la investigación contribuirán al conocimiento, relacionándolo con causas y determinantes de enfermedad, con la práctica clínica y con las condiciones sociales de los pacientes; además de la prevención y del control de los problemas relacionados con diversas enfermedades físicas y mentales.

Se aplicará el consentimiento informado a cada uno de los participantes en el cual quedarán claros los procedimientos y beneficios del estudio; se aclarará que el estudio está clasificado como de riesgo mínimo, especialmente en el manejo de la información y que no se evidenciarán efectos adversos que requieran atención médica y/o de urgencias, puesto que no se tomarán muestras biológicas ni se realizarán procedimientos invasivos. Los datos suministrados serán manejados confidencialmente y serán usados solamente con fines de investigación. El diseño

metodológico cumple con el rigor bioestadístico y epidemiológico, lo que garantiza la veracidad y calidad en los resultados que se van a presentar.

14 MANEJO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Según la Ley 1581 de 2012 para protección de datos personales, y su Decreto reglamentario 1377 de 2013, el grupo de investigadores del presente proyecto se hará responsable del buen uso de los datos personales de los pacientes, consignados en las encuestas, las cuales incluyen información en cuanto a nombres, números de documentos, antecedentes personales y familiares, dirección, teléfono fijo o celular, direcciones, correos, etc., aclarando que estos serán usados únicamente con fines investigativos.

Se ha definido utilizar un código en las encuestas, el cual encriptará el nombre de los participantes, el cual solamente es conocido por el director del proyecto, quien sería la persona autorizada por el paciente para contactarla.

15 EFECTOS ADVERSOS

En el consentimiento informado (adjunto) se explica que la investigación es de riesgo mínimo y los procedimientos como el registro de la información serán efectuados por profesionales entrenados para realizar tal actividad, y no se tomarán muestras biológicas ni se realizarán procedimientos invasivos.

16 IMPACTO Y RESULTADOS ESPERADOS

Producción de un artículo científico en revista indexada C de orden nacional o internacional, o en libros de referencia internacional.

Participación en eventos científicos como ateneos, congresos y seminarios a nivel nacional o internacional.

Establecerse como centro académico líder a nivel nacional e internacional en el estudio de la espiritualidad y la religiosidad y sus efectos en la salud.

El impacto se definiría en el mediano y largo plazo con intervenciones en la prevención y atención holística de individuos con diversas patologías en salud

Apropiación social del conocimiento.

Estrategias de comunicación con las comunidades investigadas.

17 RESULTADOS

La población estudiada correspondió a un total de 199 personas de la ciudad de Popayán captada en la facultad de salud de la universidad del cauca, todos corresponden a adultos, de los cuales 74.9% (n=149) fueron mujeres y 25.14% (n=50) fueron hombres. La edad media fue 27 años $\pm$ 13.9; el 45.7% (n=91) de la población vivía en un estrato socioeconómico bajo (1 y 2), el 42.2% (n=84) a estrato medio (3 y 4), y la minoría del 10% (n=20) a estrato alto (5 y 6); la mayoría de los participantes 75.9% (n=151) tenían un nivel educativo superior (técnico/tecnólogo, pre o postgrado universitario), información detallada en la tabla 2.

Característica	Valor	Porcentaje
Sexo	Frecuencia	
Femenino	149	74.9
Masculino	50	25.14
Total	199	100
Edad	Mediana	
Valor	27 +/- 13.9	--
Empleado	Frecuencia	
Si	86	43.2
No	112	56.3
Sin respuesta	1	0.5
Estrato socioeconómico	Frecuencia	
1	49	24.6
2	42	21.1
3	40	20.1
4	44	22.1
5	19	9.5
6	1	0.5

Sin respuesta	4	2.0
Ocupación	Frecuencia	
Empleado	63	31.7
Desempleado	4	2.0
Independiente	10	5.0
Estudiante	107	53.8
Informal	10	5.0
Sin información	5	2.5
Nivel educativo	Frecuencia	
Ninguno	2	1.0
Secundaria	46	23.1
Técnico/tecnólogo	21	10.6

Universitario	81	40.7
Postgrado	49	24.6
Etnia	Frecuencia	
Afrodescendiente	2	1.0
Indígena	10	5.0
Mestizo	174	87.4
Otro	13	6.5

Tabla 2 Características sociodemográficas Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.

Respecto al estado de salud la población estudiada, con una mayoría del 55.3% (n=110) se encontraba en un peso considerado como normal, seguido por el sobrepeso con 33.2% (n=66), solo el 6.5% (n=13) padecían obesidad grado 1–3. Dentro de las comorbilidades encontradas en este estudio se encontraron tanto enfermedades mentales como físicas, dentro de las enfermedades de la esfera mental predominaron los trastornos de ansiedad presentes en el 22.6% (n=45) y seguido por la depresión presente en el 16.6% (n=33) de los participantes, las enfermedades físicas fueron amplias desde enfermedades metabólicas y cardiovasculares a síndromes de dolor crónico como migraña, lumbago o

fibromialgia, dentro de nuestra población destaca como enfermedades más frecuentes la migraña y los trastornos tiroideos, representando el 21.6% (n=43) y 11.1% (n=22) respectivamente, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas como hipertensión arterial, ataque cerebrovascular (ACV), diabetes y dislipidemias de encontraron en el 18.5% (n=37) y los trastornos del sueño (insomnio) se encontraron en el 8.5% (n=17) de los participantes (tabla 3).

Característica	Valor	Porcentaje
Índice de masa corporal	Frecuencia	
Bajo peso	3	1.5
Normal	110	55.3
Sobrepeso	66	33.2
Obesidad grado 1	10	5.0
Obesidad grado 2	2	1
Obesidad grado 3	1	0.5
Sin respuesta	7	3.5
Hipertensión	11	5.5
Diabetes	6	3
Dislipidemias	13	6.5
Enfermedades tiroideas	22	11.1
ACV	7	3.5
Ansiedad	45	22.6
Insomnio	17	8.5
Depresión	33	16.6

Artrosis	7	3.5
Migraña/dolor de cabeza	43	21.6
Fibromialgia	6	3
Alergias	35	17.6
Abortos	8	4

Tabla 3 Estado de salud. Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.

La tabla 3 muestra los hallazgos más relevantes con respecto al estilo de vida tomando en cuenta algunas de las características evaluadas por el Test FANTASTICO, enfocados en este caso hacia el hábito de sueño, consumo de alcohol, tabaco, sustancias psicoactivas, actividad física, uso y disfrute del tiempo libre y de las actividades cotidianas, se encontró que el 80.9% (n=161) no consumen tabaco, el 56.3% (n=112) tiene un consumo ocasional de alcohol, casi un tercio de los participantes se describieron como sedentarios (31.7% (n=63)); el 66.4% (n=132) presentaron alguna alteración en el patrón de sueño contestando un sueño reparador a veces o casi nunca. El consumo de sustancias psicoactivas se encontró solo en el 9% (n=18) de los participantes con una frecuencia de “ocasional” o “a menudo”; la mayoría de los participantes (93.5% (n=186)) consideran que disfrutan de su tiempo libre.

Característica	Valor	Porcentaje (%)
Hago ejercicio al menos 20 minutos/día	Frecuencia 63	31.7
Menos de 1 vez /semana	64	32.2
1 a 3 veces/semana	71	35.7
4 o más veces/semana	1	0.5
Sin respuesta		
Consumo diario de cigarrillos	Frecuencia	
Ninguno	161	80.9
1-10 por día	18	9.0
Más de 10 por día	15	7.5
Sin respuesta	5	2.5
Bebo mas de 4 tragos en una ocasión	Frecuencia	
A menudo	16	8.0
Ocasionalmente	112	56.3
Nunca	63	31.7
Sin respuesta	8	4.0

Duermo bien y me siento descansado	Frecuencia	
Casi siempre	64	32.2
A veces	105	52.8
Casi nunca	27	13.6
Sin respuesta	3	1.5
Me relajo y disfruto del tiempo libre	Frecuencia	
Casi siempre		
A veces	102	51.3
Casi nunca	84	42.2
Sin respuesta	12	6.0
	1.0	0.5
Me siento satisfecho con mis actividades	Frecuencia	
Casi siempre	110	55.3
A veces	76	38.2
Casi nunca	7	3.5
Sin respuesta	6	3.0
Consumo de sustancias psicoactivas	Frecuencia	
A menudo	2	1.0
Ocasionalmente	16	8.0
Nunca	178	89.4
Sin respuesta	3	1.5

Uso excesivo de medicamentos Frecuencia		
recetados y no recetados		
A menudo	11	5.5
Ocasionalmente	42	21.1
Nunca	144	72.4
Sin respuesta	2	1.0

Tabla 4 Estilo de vida Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.

En relación a espiritualidad y religiosidad entendiendo la primera como las ideas o formas de vida que buscan el crecimiento personal y comunitario en búsqueda de lo sagrado o místico, y la segunda como una normalización e institucionalización de lo sagrado, se encontró que la mayoría de los participantes se consideraban espirituales y/o religiosos (86.4% y 76.4% respectivamente), el 78.4% (n=156), se consideran personas felices, sin embargo el 39.2% (n=78) refiere sentirse triste todo el tiempo o la mayor parte del tiempo.

Característica	Valor	Porcentaje
Se considera una persona espiritual	Frecuencia	(%)
	172	86.4
Si	25	12.6
No	2	1.0
Sin respuesta		

Se considera una persona religiosa	Frecuencia	
Si	152	76.4
No	47	23.6
Ha tenido un familiar cercano en riesgo de muerte	Frecuencia	
Si	125	62.8
No	74	37.2
Las enfermedades que lo afectan cambian sus creencias religiosas	Frecuencia	
Si	55	27.6
No	140	70.4
Sin respuesta	4	2.0
Se considera una persona feliz	Frecuencia	
Si	156	78.4
No	41	20.6
Sin respuesta	2	1.0

Con qué frecuencia se siente triste	Frecuencia	
Todo el tiempo	25	12.6
La mayor parte del tiempo	53	26.6
A veces	120	60.3
Sin respuesta	1	0.5

Tabla 5 Espiritualidad y religiosidad Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.

Se realizó también prueba de Chi-cuadrado y prueba de Fisher con valor de P significativo <0.05 , encontrando que el sexo femenino se relacionó con mayor espiritualidad con respecto al masculino ($P=0.012$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el estrato socioeconómico y la espiritualidad; se evidenció una relación significativa entre espiritualidad y la autopercepción de felicidad ($P=0.002$), encontrando también una relación positiva y significativa entre la religiosidad y sentirse feliz ($P=0.032$). No se encontró una relación entre el considerarse espiritual y el consumo de sustancias psicoactivas, pero sí una relación entre este hábito y la religiosidad ($P=0.043$), se encontró además relación inversa entre sentirse deprimido y la espiritualidad con tendencia a menor frecuencia de la depresión con los pacientes considerados como espirituales ($P=0.008$); sin embargo, no se encontró relación significativa entre religiosidad o espiritualidad y la presencia de depresión o ansiedad.

Con respecto a salud física se encontró menor tendencia hacia la enfermedad cerebrovascular en las personas espirituales ($P=0.045$), sin encontrar relación estadísticamente significativa entre este aspecto y la presencia de fibromialgia o cefalea.

Variable	Se considera religioso		Valor P	Se considera espiritual		Valor P
	[Si]	[No]		[Si]	[No]	
Sexo						
Femenino	--	--	--	135	13	0.012
Masculino	--	--	--	37	12	
Estrato socioeconómico						
						0.211
1	--	--	--	43	6	
2	--	--	--	38	2	
3	--	--	--	31	9	
4	--	--	--	40	4	
5	--	--	--	15	4	
6	--	--	--	1	0	
No responde	--	--	--	4	0	
Se considera una persona feliz						
Si	124	32	0.032	141	14	0.002
No	26	15		29	11	

Consumo de SPA						
Si	10	8	0.043	14	4	0.25
No	139	39		155	21	
Se siente deprimido o triste						
Casi nunca	41	14	--	49	5	0.04
A veces	88	22		101	9	
A menudo	22	11		21	11	
Sin respuesta	1	0		1	0	
Insomnio						
Si	13	4	--	12	4	0.127
No	139	43		160	21	
Depresión						
Si	24	9	--	23	9	0.008
No	128	38		149	16	
Ansiedad						
Si	35	10	--	36	8	--
No	117	37		136	17	
Ataque cerebrovascular						
Si	--	--	--	4	3	0.045
No	--	--		168	22	

Migraña/dolor de cabeza						
Si	--	--	--	38	5	0.81
No	--	--		134	20	
Fibromialgia						
Si	--	--	--	6	0	1.0
No	--	--		166	25	

Tabla 6 Espiritualidad y religiosidad en salud física y mental Fuente: base de datos proyecto espiritualidad y religiosidad en salud 2023.

18 DISCUSIÓN

La investigación presentada ofrece una visión integral sobre la relación entre espiritualidad, religiosidad y salud en una muestra representativa de la población de Popayán. Estos resultados son de suma importancia en el contexto actual de la investigación científica, ya que abordan aspectos clave de la salud mental y física en relación con variables espirituales y religiosas.

Primero, es esencial destacar la composición demográfica de la muestra, que refleja una prevalencia significativa de mujeres y una distribución socioeconómica diversa. Este hallazgo es consistente con estudios previos que sugieren diferencias de género en la espiritualidad y la salud, lo cual merece un análisis más profundo. Además, la edad media de 27 años $\pm$ 13.9 resalta la relevancia de examinar estos aspectos en adultos jóvenes, un grupo demográfico que puede ser particularmente susceptible a desafíos de salud mental y emocional.

En cuanto a los resultados en salud mental es notable la alta prevalencia de trastornos mentales como ansiedad y depresión con una prevalencia aproximada de 4802,4 casos y 3152,9 casos por 100.000 habitantes respectivamente, evidenciando un aumento importante de la incidencia y prevalencia de estas enfermedades de alto impacto en salud y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). En nuestro estudio se encontró una alta frecuencia de depresión en la población, representando el 33% de esta, de estos se evidenció una relación inversa con la espiritualidad, encontrando que aquellos considerados como espirituales tienen menor carga de depresión con respecto a los no espirituales, sin embargo no encontramos diferencias con respecto a la religiosidad lo cual va en resonancia con múltiples estudios, sin embargo difiere de otros como el estudio de Corea del Sur incluido en la revisión sistemática de Moreira WC et al, en donde se encontró una disminución del 22% en la incidencia de depresión en la población religiosa, de lo cual podemos inferir que la religión puede tener impacto negativo o positivo de acuerdo a la idiosincrasia cultural y el tipo de práctica religiosa asociada, para lo cual vale la pena realizar estudios adicionales que midan el tipo de práctica religiosa y su asociación con salud mental(12,40).

Se ha encontrado también una amplia variedad de relaciones entre espiritualidad, religiosidad y salud mental, con menor evidencia con respecto a la salud física, siendo este un campo amplio a explorar. En nuestro estudio encontramos múltiples afecciones somáticas, dentro de las cuales destacaron enfermedades como migraña, trastornos tiroideos, fibromialgia y enfermedades cardiovasculares como el ACV, sin encontrar una relación significativa entre la espiritualidad y religiosidad y la incidencia de fibromialgia o migraña descrita en la población a estudiada, difiriendo esto de otros estudios como el de Margaret Feuille et al del 2015 y muchos otros en donde se ha encontrado que la intervención espiritual e integral se asocia a un mejor control de los síntomas de dolor crónico como la migraña asociados a una disminución del estrés, así como una disminución

del cortisol sérico en relación a los estados de estrés que explica fisiopatológicamente el impacto de la espiritualidad en estos casos; por otro lado, es de destacar que se encontró una relación entre espiritualidad y menor presencia de ACV en nuestra población, sin embargo la muestra de personas con ACV en el estudio fue muy poca ($n=7$) lo cual limita la interpretación de estos resultados(9,41).

En relación con el estilo de vida, destacan los resultados con respecto al consumo de sustancia psicoactivas (SPA), dado que en nuestro estudio encontramos una relación entre religiosidad y menor consumo de SPA, sin obtener una relación significativa entre esta variable y la espiritualidad, lo cual va en contra de los resultados esperados, dado que la tendencia en la literatura es hacia una relación más marcada entre el consumo de SPA y espiritualidad, por ejemplo en un estudio de Bradley T Conner et al, se encontró una disminución de la recaída en el consumo de heroína, cocaína/crack en pacientes a los que se les hizo una intervención espiritual con respecto a los religiosos (valor $P < 0.05$), siendo esto explicado probablemente a la relación entre espiritualidad y mayor trascendencia de los valores personales; por ende, esto nuevamente nos demuestra que la religiosidad bien llevada (sin ser impuesta) puede tener impacto positivo en la salud (42).

La dimensión espiritual y religiosa también emerge como un aspecto significativo en esta población y su autopercepción del estado de salud mental, teniendo en cuenta, que la felicidad, la calidad de vida y la autopercepción de bienestar van de la mano, en nuestro estudio se encontró una relación positiva de forma significativa entre religiosidad y espiritualidad con el sentirse una persona feliz, con un valor $p= 0.002$ y 0.035 respectivamente, lo cual se correlaciona con otros estudios que han evaluado esta relación, destacando revisiones sistemáticas como la de Cezimar Correia Borges et al en donde se evidenciaron resultados similares a los nuestros en 9 de los 10 estudios incluidos, así mismo la revisión

sistemática de Mohd Ahsan Kabir Rizvi et al del 2017 establece una relación similar con respecto a la religiosidad. Lo cual nos da a pensar como la religiosidad y la espiritualidad son herramientas importantes en el manejo integral de pacientes con enfermedades mentales y somáticas dado que influye en los buenos hábitos y la respuesta al estrés físico y emocional que impacta en los resultados en salud; por lo tanto, los estudios revisados y en relación a nuestros resultados proporcionan evidencia de estos vínculos en diferentes poblaciones y contextos culturales, lo que refuerza la validez y relevancia de los hallazgos presentados en nuestro estudio(43,44).

19 CONCLUSIÓN.

Respecto a la población estudiada encontramos que la mayoría de las personas que se consideran espirituales son las mujeres, así mismo la espiritualidad se correlaciona con datos positivos en salud mental, encontrando que el trastorno de esta esfera más frecuente fue la depresión, teniendo esta una tendencia a ser menor en la población espiritual, pero no en la religiosa.

Tanto la religiosidad como la espiritualidad se encontraron en relación significativa con la autopercepción de felicidad y por ende con un mejor grado de bienestar físico y mental.

Se encontró que en la población considerada como religiosa, la frecuencia de SPA fue menor, sin encontrar una relación protectora con respecto a la espiritualidad lo cual genera controversia con respecto a estudios previos que sugieren lo contrario, abriendo más el campo de investigación en este aspecto sociocultural.

Con respecto a la relación entre espiritualidad y religiosidad y su asociación con condiciones somáticas como enfermedades metabólicas o cardiovasculares, se encontró una limitación en la muestra de nuestro estudio por la baja frecuencia de dichas afecciones, por lo que se necesitan estudios adicionales para obtener conclusiones más fuertes en este campo.

Estos resultados tienen implicaciones importantes para el desarrollo de intervenciones y políticas en salud que promuevan el bienestar integral de las personas, teniendo en cuenta tanto los aspectos físicos como emocionales, así como sus dimensiones espirituales y religiosas. Sin embargo, se necesitan estudios longitudinales y ensayos clínicos para validar y ampliar estos hallazgos, así como para informar la práctica clínica y la formulación de políticas de salud basadas en evidencia sólida.

20 AGRADECIMIENTOS

A la universidad del cauca y la facultad de ciencias de la salud por permitirnos sus instalaciones para la recolección de datos.

21 BIBLIOGRAFIA

Koenig HG. In Review Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. Vol. 54, The Canadian Journal of Psychiatry. 2009.

Zinnbauer BJ, Pargament KI, Scott AB. The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects. Vol. 67, Journal of Personality. 1999.

Hodapp B, Zwingmann C. Religiosity/Spirituality and Mental Health: A Meta-analysis of Studies from the German-Speaking Area. J Relig Health. 2019 Dec 1;58(6):1970–98.

Villani D, Sorgente A, Iannello P, Antonietti A. The role of spirituality and religiosity in subjective well-being of individuals with different religious status. Front Psychol. 2019;10(JULY).

Litalien M, Atari DO, Obasi I. The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. Vol. 61, Journal of Religion and Health. Springer; 2022. p. 373–414.

Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. J Relig Health. 2020 Apr 1;59(2):1035–54.

Seddigh R, Azarnik S, Memaryan N, Hadi F. Spirituality as a sociocultural determinant of health in the context of medical curriculum: A call for action. Med J Islam Repub Iran. 2020;34(1).

Mishra SK, Togneri E, Tripathi B, Trikamji B. Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases. Vol. 56, Journal of Religion and Health. Springer New York LLC; 2017. p. 1282–301.

Dedert EA, Studts JL, Salmon PG, Banis PL, Sandra BA, Sephton E. RELIGIOSITY MAY HELP PRESERVE THE CORTISOL RHYTHM IN

WOMEN WITH STRESS-RELATED ILLNESS. Vol. 34, J. Psychiatry in Medicine. 2004.

Chida Y, Steptoe A, Powell LH. Religiosity/spirituality and mortality: A systematic quantitative review. *Psychother Psychosom*. 2009 Mar;78(2):81–90.

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. Vol. 27, *Quality of Life Research*. Springer International Publishing; 2018. p. 2777–97.

Moreira WC, Nóbrega M do PS de S, Lima FPS, Lago EC, Lima MO. Efeitos da associação entre espiritualidade, religiosidade e atividade física na saúde/saúde mental: revisão sistemática. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 7];54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100810&tlng=pt

Mychal Springer RB, Weaver A, Chaim Linderblatt R, RabbinicPastoralResident D, Beth Naditch R, Avraham Newman R, et al. Spirituality, Depression, and Loneliness Among Jewish Seniors. Residing in New York City'. Vol. 57, *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, Fall. 2003.

Wilson CS, Forchheimer M, Heinemann AW, Warren AM, McCullumsmith C. Assessment of the relationship of spiritual well-being to depression and quality of life for persons with spinal cord injury. *Disabil Rehabil*. 2017 Feb 27;39(5):491–6.

Veselska ZD, Jirasek I, Veselsky P, Jiraskova M, Plevova I, Tavel P, et al. Spirituality but not religiosity is associated with better health and higher life satisfaction among adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec 1;15(12).

Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *J Relig Health*. 2020 Apr 1;59(2):1035–54.

Paul Victor CG, Treschuk J V. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. Vol. 38, *Journal of Holistic Nursing*. SAGE Publications Inc.; 2020. p. 107–13.

Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. *Spiritual Health*. 1995.

Lewis LM, Hankin S, Reynolds D, Ogedegbe G. African American Spirituality: A Process of Honoring God, Others, and Self. *Journal of Holistic Nursing*. 2007;25(1):16–23.

Delaney C, Barrere C. F E AT U R E S Blessings The Influence of a Spirituality-Based Intervention on Psychospiritual Outcomes in a Cardiac Population.

Nelson-Becker H. Spirituality, Religion, and Aging: Illuminations for Therapeutic Practice. *Spirituality, Religion, and Aging: Illuminations for Therapeutic Practice*. SAGE Publications, Inc; 2019.

Encyclopedia of Sciences and Religions. *Encyclopedia of Sciences and Religions*. Springer Netherlands; 2013.

Canda ER, Furman LD. Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping.

Ransome Y. Religion, spirituality, and health: New considerations for epidemiology. Vol. 189, American Journal of Epidemiology. Oxford University Press; 2020. p. 755–8.

Kelly JF, Eddie D. The Role of Spirituality and Religiousness in Aiding Recovery From Alcohol and Other Drug Problems: An Investigation in a National U.S. Sample. Psycholog Relig Spiritual. 2020;12(1):116–23.

Vargas-Uricoechea H, Perea AAR, Zamora T, Calambás F, Luis J, González W, et al. Texto de Medicina Interna 2 da EDIÇÃO ASSOCIAÇÃO COLOMBIANA DE ENDOCRINOLOGÍA DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

Newberg A, Pourdehnad M, Alavi A, D' EG. CEREBRAL BLOOD FLOW DURING MEDITATIVE PRAYER: PRELIMINARY FINDINGS AND METHODOLOGICAL ISSUES '. Vol. 97, O Perceptual and Motor Skills. 2003.

Ferguson MA, Nielsen JA, King JB, Dai L, Giangrasso DM, Holman R, et al. Reward, salience, and attentional networks are activated by religious experience in devout Mormons. Soc Neurosci. 2018 Jan 2;13(1):104–16.

Miller L, Bansal R, Wickramaratne P, Hao X, Tenke CE, Weissman MM, et al. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality a study in adults at high and low familial risk for depression. JAMA Psychiatry. 2014;71(2):128–35.

Brandmeyer T, Delorme A, Wahbeh H. The neuroscience of meditation: classification, phenomenology, correlates, and mechanisms. In: Progress in Brain Research. Elsevier B.V.; 2019. p. 1–29.

DE Oliveira Maraldi E. Response Bias in Research on Religion, Spirituality and Mental Health: A Critical Review of the Literature and Methodological Recommendations. J Relig Health. 2020 Apr 1;59(2):772–83.

Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality-of-life and spirituality. International Review of Psychiatry. 2017 May 4;29(3):263–82.

Balboni TA, Vanderweele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, Fitchett G, et al. Spirituality in Serious Illness and Health. Vol. 328, JAMA. American Medical Association; 2022. p. 184–97.
<https://www.who.int/about/governance/constitution>.

Ferriss AL. RELIGION AND THE QUALITY OF LIFE. Vol. 3, Journal of Happiness Studies. 2002.

Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and Spirituality: Linkages to Physical Health. Vol. 58, American Psychologist. 2003. p. 36–52.

Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. Vol. 70, Psychosomatic Medicine. Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 741–56.

Ironson G, Stuetzle R, Fletcher MA. An Increase in Religiousness/Spirituality Occurs After HIV Diagnosis and Predicts Slower Disease Progression over 4 Years in People with HIV.

Shields AE, Balboni TA. Building towards common psychosocial measures in U.S. Cohort studies: Principal investigators' views regarding the role of religiosity and spirituality in human health. *BMC Public Health*. 2020 Jun 22;20(1).

Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021 Nov 6;398(10312):1700–12.

Feuille M, Pargament K. Pain, mindfulness, and spirituality: A randomized controlled trial comparing effects of mindfulness and relaxation on pain-related outcomes in migraineurs. *J Health Psychol*. 2015 Aug 4;20(8):1090–106.

Conner BT, Douglas Anglin M, Annon J, Douglas Longshore M, Longshore D. Effect of Religiosity and Spirituality on Drug Treatment Outcomes. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2005.

Rizvi MAK, Hossain MZ. Relationship Between Religious Belief and Happiness: A Systematic Literature Review. *J Relig Health*. 2017 Oct 1;56(5):1561–82.

Borges CC, dos Santos PR, Alves PM, Borges RCM, Lucchetti G, Barbosa MA, et al. Association between spirituality/religiousness and quality

of life among healthy adults: a systematic review. Vol. 19, Health and Quality of Life Outcomes. BioMed Central Ltd; 2021.

22 ANEXOS



Universidad del Cauca
Facultad Ciencias de la Salud
Evaluación de la espiritualidad y la religiosidad en población adulta en Popayán y
el Departamento del Cauca - Colombia.

Investigador principal. Hernando Vargas-Uricoechea

CONSENTIMIENTO INFORMADO

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: La espiritualidad se define como la capacidad multidimensional de búsqueda de sentido y conexión en las relaciones con uno mismo, con las demás personas, con la naturaleza o lo sagrado; de igual forma, la espiritualidad puede ser definida como la esencia de una persona, como una búsqueda de significado y propósito en su vida. Por su parte, la religiosidad se ha definido como los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado. Asimismo, la religiosidad, también puede ser definida como una de las dimensiones de la espiritualidad, y se refiere a cuánto un individuo cree, sigue y practica una religión; la religión o religiosidad es entendida como el constructo ligado al aspecto institucional, mientras que la espiritualidad es entendida como el aspecto relacionado a lo personal y a lo subjetivo. La espiritualidad y la religiosidad tienen un impacto positivo en la salud, y a nivel regional no hay estudios que describan la relación de los procesos salud – enfermedad – atención con la religiosidad o espiritualidad como práctica de vida en la cotidianidad de las personas.

METODOLOGÍA: Se realizará un estudio descriptivo transversal en personas mayores de 18 años procedentes de Popayán, Timbío y Piendamó; para los procedentes de Popayán, se realizará un muestreo aleatorio y para quienes provienen de los municipios se hará un muestreo no probabilístico. Las personas seleccionadas deberán cumplir criterios de inclusión tales como: ser mayor de 18 años, que a través del consentimiento desee participar y que resida en los municipios seleccionados. La información será recolectada a través de encuestas, las cuales será aplicadas por los investigadores previo entrenamiento de las mismas con un tiempo estimado de 30 minutos. De la misma manera a cada uno de los participantes se les hará una medición de peso y talla; y se les hará la medición de la biorespuesta del aura con el equipo AVS-7PRO.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: el estudio permitirá conocer la relación del proceso de enfermedad con la espiritualidad y religiosidad y de esta manera tenerlas en cuenta como estrategia de gestión de la enfermedad de los pacientes.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO: Según la Resolución 8430 y de acuerdo a su artículo 11, esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo, porque no se realizará ningún tipo de intervención experimental ni se tomarán muestras biológicas, solamente se harán mediciones de peso y talla y del aura, además la información que suministre el participante se recolectará a través de la entrevista.

Los resultados de la investigación se emplearán para la divulgación del conocimiento científico a través de publicaciones en revistas o eventos académicos y científicos. Su nombre será codificado, no se revelará su nombre ni nada que lo relacione. La información proporcionada será custodiada por el investigador Hernando Vargas-Uricoechea durante dos años, al término de este tiempo será eliminada y quedará como constancia un acta. Para cualquier aclaración o inquietud

el participante puede comunicarse al Correo electrónico hernandovargasuricoechea@gmail.com; teléfono 3163121411

RESPONSABILIDAD DE LOS PARTICIPANTES: La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, el participante puede retirarse del estudio en el momento que lo desee, pudiendo manifestar las razones de su decisión sin que conlleve ninguna consecuencia. Desde el momento que de su consentimiento de participar en el estudio se compromete a brindar la información solicitada a través de la entrevista y permitir la toma del peso y talla, así como la toma de una fotografía para personalizar el resultado de la medición del aura.

COMPENSACIÓN. El participante no recibirá ningún tipo de retribución económica y los resultados serán utilizados para conocer la posible relación entre la espiritualidad – religiosidad con el estado de salud.

VOLUNTARIEDAD. Usted está siendo invitado a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado, Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

La participación es libre y voluntaria; si decide participar en el estudio, puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no

se lo solicite-, informando las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que se anexa a este documento.

La información obtenida solamente será utilizada para la investigación mencionada en el presente documento y ante cualquier inquietud favor comunicarse con Hernando Vargas-Uricoechea, Correo electrónico hernandovargasuricoechea@gmail.com; teléfono 3163121411

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

Se me ha explicado que mi nombre será codificado para proteger mi identidad, la confidencialidad de los datos y el derecho del anonimato; autorizo el registro fotográfico para la obtención de datos y su análisis del aura; para la medición de la misma colocaré la mano en el dispositivo de lectura. Del mismo modo se me ha hecho conocer que los datos y resultados no serán usados para ninguna discriminación étnica, política, social, religiosa, económica ni de ninguna índole y que podré retirarme de la investigación sin previo consentimiento ni con ningún tipo de detrimento para mí. Se me ha explicado que los datos serán usados para análisis y socialización en forma grupal y que no se harán apreciaciones particulares que identifiquen a ningún tipo de participante.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Nombre: _____

Firma: _____

Documento de identificación: _____

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procederá a firmar el presente documento.

Nombre del investigador: Hernando Vargas-Uricoechea

Firma: _____

Fecha: _____

ENCUESTA EVALUACIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD Y RELIGIOSIDAD EN POBLACIÓN ADULTA EN POPAYÁN Y EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA

Instrucciones generales: Esta encuesta busca identificar cómo la espiritualidad y la religiosidad impactan o no el bienestar físico y emocional. Sus respuestas son totalmente confidenciales por lo tanto le agradecemos responderlas con total sinceridad. Su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de la investigación. Sus respuestas son muy importantes, pues los resultados de esta investigación permitirán desarrollar intervenciones desde la espiritualidad y la religiosidad en la prevención y atención holística de individuos con diversas enfermedades.

Registre la información completa y en letra legible en el espacio correspondiente o marque con una X según corresponda.

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Encuesta Nro:

I. ASPECTO SOCIO DEMOGRÁFICO

NOMBRES COMPLETOS		IDENTIFICACION		GENERO (Sexo)	M, F, B	EMPLEADO	
TELEFONO		EDAD		DIRECCION DE RESIDENCIA			
ESTADO CIVIL		ESTRATO SOCIO ECONOMICO		Nº DE HIJOS		OCCUPACION	
(S) SOLTERO		1					
(D) DIVORCIADO		2					
(C) CASADO		3					
(S) SEPARADO		4					
(U) UNION LIBRE		5					
(V) VIUDO		OTRO					
NIVEL EDUCATIVO		COMPLETO (C)	INCOMPLETO (I)	ETNIA		REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	
NINGUNO				AFRODESCENDIENTE		CONTRIBUTIVO	
PRIMARIA				INDIGENA		SUBSIDIADO	
SECUNDARIA				MESTIZO		ESPECIAL	
TECNICO / TECNOLÓGICO				OTRO		POBLACION POBRE NO ASEGURADA	
UNIVERSITARIO							
POSTGRADO							

II. SITUACION DE SALUD

PESO (Kg) TALLA (mts) TA SISTÓLICA TA DIASTÓLICA

Usted padece alguna enfermedad, como las que aparecen a continuación?, (puede marcar con una X todas las que usted considere):

¿ha padecido usted algún síntoma en las últimas cuatro semanas como las que aparecen a continuación?

NINGUNA	☐
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	☐
DIABETES MELLITUS	☐
ENFERMEDADES TIROIDEAS	☐
SOBREPESO / OBESIDAD	☐
ECV	☐
ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	☐
MIGRAÑA/ DOLOR DE CABEZA	☐
DEPRESIÓN	☐
ANSIEDAD	☐
FIBROMALGIA	☐
HIPERHIDROSIS O SUDORACION EXCESIVA	☐
ARTRITIS	☐
ASMA	☐
BRONQUITIS	☐
ALERGIAS	☐
AMIGDA/OTITIS/RINITIS/SINUSITIS	☐

DOLOR LUMBAR	☐
ESTREÑIMIENTO	☐
DIARREA	☐
ENFR. DE LA VESICULA/HIGADO GRASO	☐
HIPERLIPIDEMIAS	☐
ENFERMEDADES DEL HIGADO	☐
DOLOR ABDOMINAL	☐
HALITOSIS O MAL ALIENTO	☐
SUDOR FUERTE O DE MAL OLOR	☐
INSOMNIO	☐
ABORTOS	☐
ALTERACIONES MESTRUALES	☐
ENFER. DEL UTERO / OVARIOS	☐
FLUJO VAGINA ANORMAL	☐
ENFERMEDADES MAMARIAS	☐
INFECCIONES GENITO URINARIAS	☐
ENFR. DE PROSTATA/TESTIC.	☐

DOLOR PELVICO O BAJITO	☐
INFERTILIDAD	☐
DOLOR DE ESPALDA O CUELLO	☐
ENFR. AUTOINMUNES (LES/AR/etc.	☐
ENFERMEDADES DEL RIÑON	☐
ENFR. DE LA VISTA	☐
HERPES	☐
ENFERMEDADES DE LA PIEL	☐
DISFUNCION ERECTIL	☐
GASTRITIS/ULCERAS/REFLUJO	☐
GASTRO ESOFATICO	☐
CANCER O TUMORES	☐
ESPECIFICAR SITI	☐
ARTROSIS/OSTEOPOROSIS (ENFR. DEL	☐
HUESO	☐
COVID 19	☐
TRANSTORNO MENTAL	☐

Recibe actualmente tratamiento?: ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica

¿Qué medicamentos consume?

TEST MORISKY-GREEN-LEVINE

Preguntas	SI / NO
1. ¿Se olvida de tomar alguna vez un medicamento prescrito?	☐
2. ¿Es descuidado con la hora en que debe tomar la medicación?	☐
3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomarlos?	☐
4. Si alguna vez le sientan mal ¿deja de tomarlas?	☐

TEST DE AUTOEVALUACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE: FANTÁSTICO

Conteste el cuestionario recordando su vida en el último mes.

1. FAMILIA Y AMIGOS	Casi siempre (2)	A veces (1)	Nunca (0)
Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí			
Yo doy y recibo cariño			
2. ACTIVIDAD FÍSICA	4 o más veces/sem (0)	1 a 3 veces/sem (1)	Menos de 1 vez/sem (2)
Yo realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de la casa, hacer el jardín)			
Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido)			
3. NUTRICIÓN	(1) SI / (2) NO		
Mi alimentación es balanceada			
A menudo mucha azúcar, sal, comida chatarra o con mucha grasa			
Estoy pasado de mi peso ideal			
4. TABACO	NINGUNO (0)	DE 0 A 10 (1)	MÁS DE 10 (2)
Yo fumo cigarrillos			
5. ALCOHOL	De 0 a 7 tragos (0)	De 8 a 12 tragos (1)	Más de 12 tragos (2)
Mi número promedio de tragos diarios es de			
	Nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (2)
Bebo más de 4 tragos en una misma ocasión			
Manejo el carro después de ingerir licor			
6. SUEÑO/ESTRÉS	(1) SI / (2) NO		
Duermo bien y me siento descansado/a			
Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida			
Yo me relajo y disfruto de mi tiempo libre			
7. TIPO DE PERSONALIDAD	Casi nunca (0)	A veces (1)	A menudo (2)
Parece que ando acelerado			
Me siento enojado/a o agresivo/a			
8. INTROSPECCIÓN	Casi nunca (0)	A veces (1)	A menudo (2)
Yo soy un pensador positivo u optimista			
Yo me siento tenso/a o apretado/a			
Yo me siento deprimido/a o triste			
9. CONDUCCIÓN TRABAJO	Casi siempre (0)	A veces (1)	Casi nunca (2)
Uso siempre el cinturón de seguridad			
Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades			
10. OTRAS DROGAS	Nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (2)
Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base?			
Uso excesivamente los remedios que me recetan o los que puedo comprar sin receta			
	Menos de 3 por día (0)	De 3 a 6 por día (1)	Más de 6 por día (2)
Bebo café, té o bebidas colas que tienen cafeína			

III. ESPIRITUALIDAD Y SALUD

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Usted se considera una persona espiritual? (Definida como la capacidad multidimensional de búsqueda de sentido y conexión en las relaciones con uno mismo, con las demás personas, con la naturaleza o con lo sagrado).		
2. ¿Usted se considera una persona religiosa? (Definida como los sentimientos, pensamientos, experiencias y comportamientos que surgen de la búsqueda de lo sagrado): ¿Qué religión profesa?		
3. ¿Ha tenido usted un familiar cercano (padres, hermanos, hijos) con alguna condición de salud o enfermedad grave, en donde haya existido algún riesgo de morir?		
4. ¿Ha tenido usted un familiar cercano (padre, madre, hermanos, hijos) que haya fallecido en el último año?		
5. ¿Ha tenido usted alguna condición compleja de salud o enfermedad grave, en donde haya existido algún riesgo de morir?		
6. ¿Ha tenido usted alguna experiencia cercana a la muerte? Redundante con la anterior pregunta		
7. ¿Usted considera que las condiciones de salud que afectan notoriamente la salud de un familiar cercano (padres, hermanos, hijos) cambian su percepción espiritual?		
8. ¿Usted considera que las condiciones de salud que afectan notoriamente su salud personal cambian su percepción espiritual?		
9. ¿Usted considera que las condiciones de salud que afectan notoriamente la salud de un familiar cercano (padres, hermanos, hijos) cambian sus creencias religiosas?		
10. ¿Usted considera que las condiciones de salud que afectan notoriamente su salud personal cambian sus creencias religiosas?		
11. ¿Usted se considera una persona feliz?		
	A veces (0)	La mayor parte de veces (1) Todo el tiempo (2)
12. ¿Usted considera que, en su vida cotidiana, sus familiares, amigos y compañeros lo aceptan y lo respetan tal como es?		
13. ¿Con qué tanta frecuencia se siente usted triste?		

ESCALA DE ESPIRITUALIDAD PERSONAL

(González - Rivera, 2017)

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de aseveraciones relacionadas con su experiencia espiritual. Al lado de cada premisa encontrará una serie de alternativas. Por favor, marque con una X en la categoría que mejor describa su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

ESCALA DE ESPIRITUALIDAD PERSONAL

	Totalmente en desacuerdo -0-	En desacuerdo -1-	De acuerdo -2-	Totalmente de acuerdo -3-
1. Creo en un ser o fuerza superior que me proporciona apoyo y sustento en los momentos difíciles.				
2. Practico la meditación para tener contacto conmigo mismo/a.				
3. Aceptar y respetar la diversidad de personas forma parte esencial de mi espiritualidad.				
4. Mi fe en un ser o fuerza superior me ayuda a enfrentar los retos de mi vida.				
5. Practico el silencio para ponerme en contacto conmigo mismo/a.				
6. Mantener y fortalecer mis relaciones con los demás es importante para mi crecimiento espiritual.				
7. Mi espiritualidad me ayuda a entender que todos los seres vivientes merecen respeto.				
8. Ayudar a las demás personas es un valor espiritual para mí.				
9. Practico la oración para ponerme en contacto con un ser o fuerza superior.				
10. Siento una sensación de conexión y armonía conmigo mismo/a.				
11. Tengo una relación personal con un ser o fuerza superior.				
12. En ocasiones me siento conectado con el universo.				

ESCALA DE RELIGIOSIDAD PERSONAL

	Totalmente en desacuerdo -0-	En desacuerdo -1-	De acuerdo -2-	Totalmente de acuerdo -3-
1. Asistir a la iglesia o al templo es muy importante para mí.				
2. Creo que la religión debería ser un valor en la vida de las personas.				
3. Acostumbro a leer los textos sagrados de mi religión (ej. Biblia, Corán).				
4. La religión que practico le da sentido a mi vida.				
5. Mis creencias religiosas son determinantes al momento de tomar decisiones.				
6. Me esfuerzo en llevar mis creencias religiosas a todas las áreas de mi vida.				
7. Mi religión es la verdadera.				
8. La religión me ayuda a ser una mejor persona.				
9. Asistir a la iglesia o al templo fortalece mi espiritualidad.				
10. Las actividades religiosas me ayudan a vivir mejor mi fe.				
11. Suelo escuchar música sacra o religiosa.				
12. Recibir consejería o asesoría espiritual por parte de un líder religioso es importante para mí.				

Escala de Religiosidad Personal

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de aseveraciones relacionadas con su experiencia religiosa. Al lado de cada premisa encontrará una serie de alternativas. Por favor, haga una marca de cotejo ☒ en la categoría que mejor describa su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

Lea cada frase cuidadosamente antes de contestar. A la derecha de cada frase, indique la frecuencia con que se comporta de la manera indicada, utilizando la siguiente escala:

¿CÓMO ACTÚO HABITUALMENTE HACIA MÍ MISMO EN MOMENTOS DIFÍCILES?

	Casi nunca (1)	Casi siempre (2)	3	4	5
1. Desapruebo mis propios defectos e incapacidades y soy crítico/a respecto a ellos.					
2. Cuando me siento bajo/a de ánimo, tiendo a obsesionarme y a fijarme en todo lo que va mal.					
3. Cuando las cosas me van mal, veo las dificultades como parte de lo que a todo el mundo le toca vivir.					
4. Cuando pienso en mis deficiencias, tiendo a sentirme más separad/a y aislad/a del resto del mundo.					
5. Trato de ser cariños/a conmigo mism/a cuando siento malestar emocional.					
6. Cuando fallo en algo importante para mí, me consumo los sentimientos de ineffectividad.					
7. Cuando estoy desanimado y triste, me acuerdo de que hay muchas personas en el mundo que se sienten como yo.					
8. Cuando me siento incapaz de alguna manera, trato de recordarme que casi todas las personas comparten sentimientos de incapacidad.					
9. Cuando vienen épocas muy difíciles, tiendo a ser duro/a conmigo mism/a.					
10. Cuando algo me disgusta trato de mantener mis emociones en equilibrio.					
11. Soy intolerante e impaciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					
12. Cuando lo estoy pasando verdaderamente mal, me doy el cuidado y cariño que necesito.					
13. Cuando estoy bajo/a de ánimo, tiendo a pensar que, probablemente, la mayoría de la gente es más feliz que yo.					
14. Cuando me sucede algo doloroso trato de mantener una visión equilibrada de la situación.					
15. Trato de ver mis defectos como parte de la condición humana.					
16. Cuando veo aspectos de mí mism/a que no me gustan, me critico continuamente.					
17. Cuando fallo en algo importante para mí, trato de ver las cosas con perspectiva.					
18. Cuando realmente estoy en apuros, tiendo a pensar que otras personas la tienen más fácil.					
19. Soy amable conmigo mism/a cuando estoy experimentando sufrimiento.					
20. Cuando algo me molesta me dejo llevar por mis sentimientos.					
21. Puedo ser un poco insensible hacia mí mism/a cuando estoy experimentando sufrimiento.					
22. Cuando me siento deprimid/a trato de observar más sentimientos con curiosidad y apertura de mente.					
23. Soy tolerante con mis propios defectos e imperfecciones o debilidades.					
24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a hacer una montaña de un grano de arena.					
25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.					
26. Trato de ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					

Inventario de Estrategias de Afrontamiento Religioso (IEAR)

Instrucciones:

Piense en los eventos negativos y situaciones estresantes que ha experimentado en el último mes. A continuación, encontrará una serie de premisas que describen ciertas estrategias espirituales y religiosas que usted pudo haber utilizado para afrontar dichos eventos y situaciones.

Lea cada frase y haga una marca de cotejo ☒ en la categoría que mejor describa el grado en que usted realizó lo que cada premisa indica para afrontar los eventos negativos y situaciones estresantes que experimentó, marcando el número que corresponda:

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO RELIGIOSO (IEAR)

Listado de Estrategias

	0 = En absoluto	1 = Un poco	2 = Bastante	3 = Mucho	4 = Totalmente
1. Continuar confiando en Dios					
2. Buscar consuelo en Dios					
3. Encontrar fortaleza en la oración					
4. Pensar que Dios siempre tiene el control					
5. Aferrarme a mis creencias religiosas y espirituales					
6. Creer que Dios tiene un propósito con esta situación					
7. Buscar apoyo en mi comunidad de fe					
8. Asistir a la Iglesia o al templo					
9. Leer textos sagrados de mi religión (ej. Biblia, Corán)					
10. Leer otros libros de crecimiento espiritual					
11. Escuchar música sacra o religiosa					
12. Recibir consejería o dirección espiritual por parte de un líder religioso.					

El listado que aparece a continuación incluye aspectos que usted puede o no experimentar. Por favor considere con qué frecuencia usted tiene esa experiencia, y trate de no tener en cuenta si usted siente que debería o no tenerla. Algunos de estos aspectos incluyen la palabra “Dios”. Si no se siente cómodo(a) con esta palabra, por favor sustitúyala por otra que traiga a su mente la idea de lo que es divino, espiritual o santo para usted.

Escala para evaluar experiencias espirituales diarias

	Muchas veces durante el día	Todos los días	La mayoría de los días	Algunos días	De vez en cuando	Nunca o casi nunca
	5	4	3	2	1	0
1 Siento la presencia de Dios						
2 Siento una conexión con todo lo que es vida						
3 Durante la alabanza, o en otras ocasiones al conectarme con Dios, siento alegría que me aleja de mis preocupaciones diarias						
4 Encuentro fortaleza en mi religión o espiritualidad						
5 Encuentro consuelo en mi religión o espiritualidad						
6 Siento profunda paz o armonía interior						
7 Le pido ayuda a Dios en medio de las actividades diarias						
8 Me siento guiado por Dios en medio de las actividades diarias						
9 Siento el amor que Dios me tiene, directamente						
10 Siento el amor que Dios tiene por mí a través de otros						
11 Me siento tocado espiritualmente con la belleza de la creación						
12 Me siento agradecido por mis bendiciones						
13 Cuido a otros desinteresadamente						
14 Acepto a los demás incluso cuando hacen cosas que pienso que están mal						
15 Deseo estar muy cerca de Dios o unido a la presencia divina						

	De ninguna manera	Algo cerca	Muy cerca	Lo más cerca posible
	0	1	2	3
16 En general, ¿qué tan cerca se siente de Dios?				