



Psychologia. Avances de la disciplina

ISSN: 1900-2386

psychologia@usbog.edu.co

Universidad de San Buenaventura

Colombia

Quiceno, Japcy Margarita; Vinaccia, Stefano
Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en
enfermos crónicos
Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2011, pp. 25-36
Universidad de San Buenaventura
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297224114003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ARTÍCULOS

CREENCIAS-PRÁCTICAS Y AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL-RELIGIOSO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ENFERMOS CRÓNICOS

JAPCY MARGARITA QUICENO*

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, SEDE BOGOTÁ

STEFANO VINACCIA**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA

FECHA RECEPCIÓN: 31/01/11

•

FECHA ACEPTACIÓN: 25/03/11

Resumen

El propósito de este estudio fue identificar las diferencias de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso en función de características sociodemográficas como género, escolaridad, estado civil, con quien vive, ocupación, estrato socioeconómico y tiempo de diagnóstico de la enfermedad en 121 pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizó como medición el inventario de sistema de creencias SBI-15R y la escala de estrategias de afrontamiento espirituales SCS. A nivel de resultados se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso en función de la edad, la escolaridad, la ocupación y el estrato socioeconómico, mientras que el género y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad no fueron variables significativas. En conclusión, independientemente del tiempo de diagnóstico de la enfermedad y el género los enfermos crónicos son más espirituales y religiosos cuando son adultos mayores, no tiene una actividad laboral y pertenecen a un nivel educativo y estrato socio-económico bajo. *Palabras clave:* creencias religiosas-espirituales, afrontamiento espiritual-religioso, enfermedad crónica, características sociodemográficas.

BELIEFS-PRACTICE AND SPIRITUAL-RELIGIOUS COPING AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS IN CHRONIC PATIENTS

Abstract

The aim of the study was to identify differences in the beliefs-practice and spiritual-religious coping in terms of sociodemographic characteristics such as gender, education, marital status, live with, occupation, socioeconomic status and time of diagnosis of the disease in 121 patients diagnosed with chronic illness from the city of medellin, colombia. was used as measure the systems of beliefs inventory SBI-15R y spiritual coping scale SCS. The results showed statistically significant differences between the beliefs-practice and spiritual-religious coping in terms of age, education, occupation and socioeconomic status, while gender and time of diagnosis of the disease were not variable significant. In conclusion, regardless of time of disease diagnosis and gender for the chronically ill are more spiritual and religious when are being elderly, not have a work activity and have low educational and socio-economic level.

Keywords: spiritual-religious beliefs, spiritual-religious coping, chronic illness, sociodemographic characteristics.

* Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá. Facultad de Psicología. Carrera 8 H No. 172-20. Correo electrónico: japcyps@hotmail.com

** Universidad Católica de Colombia. Correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com

Introducción

La organización mundial de la salud (OMS) estima que las enfermedades crónicas son responsables del 60% de las muertes en el mundo. De los 58 millones de muertes que se presentaron en el año 2005, 35 millones fueron consideradas a enfermedades crónicas (cánceres, cardiopatías, enfermedades osteomusculares, genito-urinarias y pulmonares). Solamente un 20% de las muertes causadas por enfermedades crónicas se presentan en países desarrollados, mientras el 80% se registran en países con niveles de ingreso medio bajo, en el cual viven la mayoría de la población mundial (Strong, Mathers, Leeder & Beaglehole, 2005; WHO, 2005). Por otro lado es de considerar que la esperanza de vida en Latinoamérica (LA) ha aumentado paulatinamente indicando que en pocos años porcentajes importantes de la población se encontrarán en edad avanzada (Cusumano & Inserta, 2007), fenómeno que también fue ampliamente documentado en Colombia por Gómez, Curcio y Duque (2008).

Ahora bien, en los últimos veinte años se han venido estudiando variables salutogénicas como las creencias-prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso en procesos de enfermedad (Koenig, McCullough & Larson, 2001). La espiritualidad es entendida aquí como la búsqueda personal para entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede (o no puede) conducir al desarrollo de rituales religiosos y la formación de una comunidad, mientras que la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales, y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente —Dios, un poder más alto— (Koenig et al., 2001). Mientras que el afrontamiento religioso es aquel tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes como para facilitar la resolución de problemas (Pargament, 1997).

La literatura basada en la evidencia es concluyente en plantear que ante circunstancias difíciles de la vida como es el diagnóstico y el proceso de una enfermedad crónica las creencias-prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso sirven para paliar la presencia de emociones negativas, los síntomas físicos y mejorar la calidad

de vida (Koenig et al., 2001; Moreira-Almeida, Lotufo & Koenig, 2006) en patologías físicas como cáncer (Holt et al., 2009), VIH (Dalmida, 2006), dolor (Peres, Arantes, Lessa & Caous, 2007), artritis reumatoide (Vandecreek, 2004); enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Koenig et al., 2001), insuficiencia renal crónica (Davison & Jhangri, 2010) entre otras. Por consiguiente, se han venido promoviendo y desarrollando programas de intervención espiritual en salud, véase los estudios de Kennedy, Abbott y Rosenberg (2002) con pacientes con insuficiencia cardíaca y sus parejas, Cunningham (2005) con pacientes con diferentes tipos y etapas de neoplasias, Bormann et al. (2006) con personas infectadas con el VIH y Elias, Giglio, Pimenta y El-Dash (2007) con pacientes terminales. Se cuenta además con estudios que han pretendido analizar si los factores socio demográficos tienen alguna influencia directa o indirecta en el comportamiento espiritual-religioso, encontrándose como los más influyentes la edad -ser mayor-, el género femenino, tener bajo estatus socioeconómico y nivel educativo, pertenecer a un grupo étnico minoritario, ser desempleado y tener más hijos (Aukst-Margetić, Jakovljević, Margetić, Bisćan & Samija, 2005; Koenig et al., 2001; Skarupski, Fitchett, Evans & Mendes de Leon, 2010).

Dada la escasa investigación desde el ámbito de la psicología de la salud en Colombia respecto al papel de las creencias-prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso en relación con factores socio demográficos en enfermos crónicos adultos, se hace hincapié en este estudio exploratorio, transversal, comparativo, ex-post-facto correlacional en analizar las diferencias de las creencias-prácticas y el afrontamiento espiritual-religioso en función de las características sociodemográficas como género, escolaridad, estado civil, con quien vive, ocupación, estrato socioeconómico, tiempo de diagnóstico de la enfermedad en enfermos crónicos de la ciudad de Medellín, Colombia.

Método

Participantes

Participaron en este estudio 121 personas enfermos crónicos. Cuarenta personas tenían la enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC quienes fueron diagnosticados según los criterios de Dewar y Curry

(2006). Cuarenta y un personas tenían artritis reumatoide -AR diagnosticados según los criterios de Arnett et al. (1988). Y cuarenta personas tenían insuficiencia renal crónica -IRC diagnosticados según los criterios de Lameire, Van Biesen y Vanholder (2005). Los pacientes fueron escogidos mediante muestreo no aleatorio de sujetos disponibles quienes participaron de manera libre y voluntaria en el estudio.

Instrumentos

Inventario de Sistema de Creencias (Systems of Beliefs Inventory, SBI-15R): este inventario fue desarrollado originalmente por Holland et al. (1998) en Estados Unidos. La versión en español fue desarrollada en México por Almanza, Monroy, Bimbela, Payne y Holland (2000). Este inventario comprende 15 ítems con un sistema de respuesta tipo likert que va de 0 a 3 puntos. Está compuesto por dos factores: el factor I mide *creencias y prácticas religiosas y espirituales* (CPRE) con 10 reactivos, el rango total es de 0 a 30 puntos; algunos de sus ítems son: Tengo la certeza de que, de alguna forma, Dios existe. Durante tiempos de enfermedad, mis creencias religiosas o espirituales se han fortalecido. Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles. He tenido una sensación de esperanza como resultado de mis creencias religiosas o espirituales. Creo que Dios me protege del daño. Y el factor II mide el *apoyo social religioso*, derivado de la comunidad que comparte esas creencias (SSR) con 5 reactivos, el rango total es de 0 a 15 puntos, algunos de sus ítems son: Cuando necesito sugerencias sobre cómo lidiar con mis problemas o enfrentarlos, conozco gente de mi comunidad espiritual o religiosa a quien acudir. Disfruto el reunirme frecuentemente con personas que comparten mis creencias religiosas o espirituales y hablar con ellas sobre esos temas. Busco gente en mi comunidad religiosa o espiritual cuando necesito ayuda. Por último, las puntuaciones globales del inventario comprenden un rango de 0 a 45 puntos. A mayor puntuación mejor convicción de las creencias y prácticas religiosas y espirituales y soporte social religioso.

Escala de Estrategias de Afrontamiento Espirituales (Spiritual Coping Scale, SCS): esta escala fue desarrollada en Inglaterra por Baldacchino y Buhagiar (2003). Se cuenta con una traducción y adaptación cultural colombiana desarrollada por Quiceno (2008). Consta de 20 ítems

con un sistema de respuesta likert que va de 0 (Nunca), 1 (Algunas veces), 2 (A veces) a 3 (A menudo). Comprende dos factores: Factor I mide *estrategias de afrontamiento religioso* (9 ítems), algunos de sus ítems son: Usa usted la oración de forma personal o privada. Mantiene usted la relación con Dios y/o un poder supremo como recurso de fuerza y esperanza. Escucha música religiosa en la radio o ve programas de televisión religiosos. Lee libros o folletos de inspiración espiritual y religiosa. Asiste usted a las celebraciones o actos religiosos de su Iglesia. El factor II mide *estrategias de afrontamiento no religioso* (11 ítems), algunos de sus ítems son: Ha visto el lado positivo de su situación. Cada día usted tiene la esperanza que su futuro sea mejor. Utiliza usted la reflexión como medio para identificar sus potencialidades y fortalezas personales. Ayuda a otras personas como un medio de dar amor y paz a los demás. Aprecia usted la naturaleza, por ejemplo el mar, el sol, las plantas, las flores... A mayor puntuación un mejor afrontamiento espiritual religioso o no religioso.

Procedimiento

Previo permiso y autorización de los diferentes representantes legales y científicos se lleva a cabo la investigación en diferentes instituciones en salud de la ciudad de Medellín, Colombia. No se tuvieron en cuenta los pacientes que presentaban deterioro cognitivo para responder las pruebas psicotécnicas. Se explicó el propósito de la investigación a los pacientes, y luego de la lectura de la carta del consentimiento informado de manera libre y voluntaria los pacientes lo firmaron. Posteriormente se prosiguió con la aplicación de los instrumentos donde cada paciente respondió a estos de manera individual en las instalaciones de las entidades en salud, y cuando éstos lo requerían contaron con la ayuda del investigador a cargo para orientarlos en el diligenciamiento. La duración aproximada de aplicación de los cuestionarios psicométricos fue de veinte minutos.

Resultados

Se presentan a continuación a nivel descriptivo las medidas de tendencia central del estudio como son la media y la mediana, además se muestra la desviación típica (D.T) y las puntuaciones mínimas y máximos de los instrumentos psicométricos utilizados. Y en relación

a las variables nominales se le sacaron porcentajes. De igual modo se indica el respectivo alfa de Cronbach de los cuestionarios empleados. Por otro lado, se identificaron las diferencias de la variable creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso en función de la característica sociodemográfica según el “género” utilizando la prueba *U* Mann-Whitney para muestras independientes. Para las variables “estado civil” y “estrato socioeconómico” se utilizó el ANOVA no paramétrico de *Kruskal-Wallis*. Para las variables cuantitativas como “edad”, “años de estudios cursados” y “tiempo de diagnóstico” se empleó el coeficiente de correlación *Pearson*.

Descripción de la muestra según las características sociodemográficas

Participaron en este estudio 121 personas mujeres y hombres con diagnóstico de enfermedad crónica

(EPOC, AR, IRC) entre los 22 a 86 años de edad siendo la mayoría mujeres adultos con una media de edad de 59 años. El ‘nivel educativo’ alcanzado fue hasta séptimo grado de básica secundaria. El estrato ‘socioeconómico’ colombiano fue bajo (1 y 2) y medio-bajo (3). La gran mayoría eran de ‘estado civil’ casado y/o unión libre y ‘vivían’ con sus familiares, de ‘ocupación’ amas de casa y jubilados/pensionados. Gran parte de la muestra estuvo adscrita a un ‘sistema de salud’ como una EPS (entidad prestadora de servicios de salud) y el SISBEN (sistema de selección de beneficiarios para programas sociales), con un ‘tiempo de diagnóstico de la enfermedad’ de 6 años. El 96% de los pacientes reportaron que ‘recibían tratamiento farmacológico específico para la enfermedad’, y un porcentaje menor (5%) ‘consumía medicación psiquiátrica’. En la Tabla 1 se puede apreciar con detalle los resultados sociodemográficos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	n	%		n	%
Género					
Femenino	76	62.8			
Masculino	45	37.2			
Edad (años)			Escolaridad (en años)		
Media (D.T)	59.18	13.3	Media (D.T)	7.34	5.0
Rango (Min-Max)	(22-86)		Rango (Min-Max)	(1-20)	
Estado civil			Ocupación		
Soltero	28	23.1	Empleado	5	4.1
Casado	54	44.6	Trabajador independiente	13	10.7
Separado/Divorciado	18	14.9	Jubilado/Pensionado	39	32.2
Unión Libre	6	5.0	Desempleado	12	9.9
Viudo	15	12.4	Ama de casa	52	43.0
Con quien vive			Estrato Socioeconómico		
Solo	8	6.6	Bajo (nivel 1 y 2)	59	48.8
Con familia	111	91.7	Medio (nivel 3 y 4)	55	45.5
Con amigos	2	1.7	Alto (nivel 5 y 6)	7	5.8
Sistema de Salud			Tiempo de diagnóstico (meses)		
SISBEN	39	32.2			
EPS	79	65.3	Media (D.T)	85.56	85.6
Medicina prepagada	2	1.7	Rango (Min-Max)	(1-444)	
Particular/Privada	1	0.8			
Recibe tratamiento farmacológico			Consume medicación psiquiátrica		
Si	117	96.7	Si	6	5.0
No	4	3.3	No	115	95.0

Nota.: n = número de participantes; D.T= Desviación Típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo

Análisis descriptivo de la escalas SBI-15R y SCS

Se presenta a continuación los datos descriptivos y el respectivo alfas de Cronbach de los instrumentos psicométricos utilizados en el estudio. En cuanto a la muestra total (n=121) de los pacientes con IRC, AR y EPOC se aprecia puntuaciones medias

muy altas en los cuestionarios que miden creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso. De otro lado hubo a nivel general de aceptable a buena fiabilidad en las diferentes dimensiones y escalas totales de los instrumentos SBI-15R y SCS como se aprecia en la tabla 2.

Tabla 2. Estadísticas descriptivas y alfa de Cronbach de los cuestionarios SBI-15R y SCS.

	Media	Mediana	D.T	Mín.	Máx.	Alfa
Inventario SBI-15R						
Creencias y prácticas religiosas y espirituales	28.8	30.0	2.9	10	30	.861
Apoyo social religioso	12.5	15.0	3.7	1	15	.858
SBI-15R Total	41.3	45.0	6.0	15	45	.887
Escala SCS						
Estrategias de afrontamiento religioso	22.3	23.0	5.0	3	27	.767
Estrategias de afrontamiento No Religioso	29.9	31.0	3.5	17	33	.699

Nota: D.T= Desviación Típica; Mín.= Mínim; Máx.= Máximo

Descripción de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso según las características sociodemográficas

Se describen a continuación las diferencias en las variables creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso en función de las *características sociodemográficas* como: género (Tabla 3), edad, escolaridad en años y tiempo de diagnóstico en meses (Tabla 4), con quien vive (Tabla 5), ocupación (Tabla 6), estrato socioeconómico (Tabla 7) y estado civil (Tabla 8).

Respecto a las diferentes dimensiones que comprenden las escalas SBI-15R y SCS no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función a las características sociodemográficas género, con quien vive, estado civil y tiempo de diagnóstico.

De acuerdo con la edad y la escolaridad se evidencia que la variable edad tuvo correlación positiva pero débil con las dimensiones apoyo social religioso del SBI-15R (.213) y afrontamiento religioso del SCS (.231). Por otro lado, la escolaridad tuvo correlación negativa moderada con la variable edad (-.410), mientras que hubo correlaciones débiles con

las dimensiones creencias y prácticas religiosas espirituales (-.214), apoyo social religioso (-.329), la escala total del SBI-15R (-.307) y con afrontamiento religioso del SCS (-.258), véase Tabla 4. Se aprecia además que la dimensión *estrategias de afrontamiento religioso* (SCS) presentó diferencias estadísticamente significativas en función a las categorías de la variable ocupación. Siendo los desempleados, seguidos por las amas de casa, los jubilados pensionados y trabajador independiente los que presentaron puntuaciones más elevadas en comparación con los empleados, véase Tabla 6. Por otro lado todas las dimensiones de los cuestionarios SBI-15R y SCS presentaron diferencias significativas en función del estrato socioeconómico, siendo el estrato bajo (1 y 2) el que tuvo las puntuaciones significativamente más altas, le sigue en su orden el estrato medio (3 y 4) y por último el estrato alto (5 y 6), véase Tabla 7. Es de considerar en estos análisis que el estrato socioeconómico alto (nivel 5 y 6) presentan una frecuencia muy baja (n=7), ya que en general los participantes son de estrato bajo y medio.

Tabla 3. Diferencias de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso según el ‘género’

Género	Masculino (n=45)		Femenino (n=76)		Mann-Whitney U
	Media (DT)	Mín-Máx.	Media (DT)	Mín-Máx.	Z (p)
Inventario SBI-15R					
Creencias y prácticas religiosas y espirituales	28.5 (3.1)	16-30	28.9 (2.8)	10-30	-.027 (.979)
Apoyo social religioso	12.7 (3.7)	2-15	12.4 (3.7)	1-15	-.510 (.610)
SBI-15R Total	41.2 (6.5)	18-45	41.4 (5.7)	15-45	-.434 (.664)
Escala SCS					
Estrategias de afrontamiento religioso	21.5 (5.4)	6-27	22.8 (4.7)	3-27	-1,299 (.194)
Estrategias de afrontamiento No Religioso	30.2 (3.6)	19-33	29.7 (3.5)	17-29	-1,516 (.129)

Nota: n= número de participantes; D.T= Desviación Típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo

Tabla 4. Correlación de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso con las variables sociodemográficas ‘edad’, ‘escolaridad’ y ‘tiempo de diagnóstico’

Dimensiones	Edad	Escolaridad	Tiempo de diagnóstico	Creencias/prácticas religiosas/espirituales	Apoyo social religioso	SBI-15R Total	Afrontamiento religioso	Afrontamiento No religioso
Edad	1	-.410**	-.047	.087	.213*	.173	.231*	.128
Escolaridad		1	.049	-.214*	-.329**	-.307**	-.258**	-.094
Tiempo de diagnóstico			1	.057	.031	.047	.003	-.054

* $p < .05$, dos colas. ** $p < .01$, dos colas.

Tabla 5. Diferencia de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso según la variable ‘con quien vive’

Con quien vive	Solo (n=8)		Con familia (n=111)		Con amigos (n=2)		Kruskal Wallis	
	Media (DT)	Min-Máx.	Media (DT)	Min-Máx.	Media (DT)	Min-Máx.	Chi-cuadrado (gl=2)	p
Inventario SBI-15R								
Creencias y prácticas religiosas y espirituales	29.4 (1.8)	25-30	28.7 (3.0)	10-30	29.5 (0.7)	29-30	0.901	.637
Apoyo social religioso	14.6 (1.1)	12-15	12.3 (3.8)	1-15	14.5 (0.7)	14-15	3.845	.146
SBI-15R Total	44.0 (2.8)	37-45	41.1 (6.2)	15-45	44.0 (1.4)	43-45	3.675	.159
Escala SCS								
Estrategias de afrontamiento religioso	23.9 (5.3)	12-27	22.2 (5.0)	3-27	26.5 (0.7)	26-27	3.912	.141
Estrategias de afrontamiento No Religioso	30.38 (3.7)	22-33	29.8 (3.6)	17-33	31.5 (0.7)	31-32	0.134	.715

Nota: n= número de participantes; D.T= Desviación Típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo. gl= grados de libertad

Tabla 6. Diferencias de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso según la variable ‘ocupación’

Ocupación	Empleado n=5		Independiente n=13		Jubilado/ Pensionado n=39		Desempleado n=12		Ama de casa n=52		Kruskal Wallis	
	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Chi-Cuadrado (gl=4)	P
Inventario SBI-5R												
Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales	26.8 (3.1)	23-30	28.8 (2.9)	20-30	29.0 (2.8)	16-30	29.7 (0.8)	28-30	28.6 (3.3)	10-30	5.660	.235
Apoyo Social Religioso	11.4 (3.1)	6-14	12.5 (3.5)	6-15	12.8 (3.6)	2-15	14.3 (1.4)	11-15	12.0 (4.1)	1-15	6.116	.191
SBI-15R Total	38.2 (6.0)	29-44	41.3 (5.8)	26-45	41.7 (6.0)	18-45	44.0 (1.5)	41-45	40.7 (6.6)	15-45	6.081	.193
Escala SCS												
Estrategias de afrontamiento religioso	16.2 (7.2)	6-24	21.4 (4.0)	13-27	22.2 (4.8)	9-27	24.3 (3.7)	16-27	22.8 (5.1)	3-27	9.553	.049*
Afrontamiento No Religioso	28.8 (4.1)	22-33	29.3 (4.6)	19-33	30.2 (3.0)	21-33	30.1 (4.0)	21-33	29.8 (3.5)	17-33	2.107	.716

Nota: n= número de participantes; D.T= Desviación Típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo. gl= grados de libertad; *p < .05

Tabla 7. Diferencias de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso según la variable ‘estrato socioeconómico’

Estrato	Bajo (n=59)		Medio (n=55)		Alto (n=7)		Kruskal Wallis	
	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Chi-cuadrado (df=2)	p
Inventario SBI-15R								
Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales	29.4 (1.4)	23-30	28.7 (3.2)	10-30	24.3 (5.6)	16-30	12.685	.002*
Apoyo social religioso	13.6 (3.0)	1-15	12.2 (3.5)	4-15	5.9 (3.6)	2-12	22.668	.000*
SBI-15R TOTAL	43.0 (3.9)	24-45	40.9 (5.9)	15-45	30.1 (8.8)	18-42	21.686	.000*
Escala SCS								
Estrategias de afrontamiento religioso	23.6 (3.5)	12-27	22.2 (5.4)	3-27	13.1 (3.3)	9-19	17.886	.000*
Afrontamiento No Religioso	30.5 (3.3)	18-33	29.65 (3.2)	17-33	26.5 (5.5)	19-33	8.304	.016*

Nota: n= número de participantes; D.T= Desviación Típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo. gl= grados de libertad; *p < .05

Tabla 8. Diferencias de las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso según la variable ‘estado civil’

Estado civil	Casado		Unión Libre		Viudo		Soltero		Separado/ Divorciado		Kruskal Wallis	
	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Media (DT)	Mín. Máx.	Chi- Cuadrado (df=4)	p
Inventario SBI-15R												
Creencias y Prácticas Religiosas y Espirituales	29.1 (1.9)	20-30	25.8 (5.6)	16-30	29.7 (1.3)	25-30	29.3 (1.3)	25-30	27.3 (5.4)	10-30	6.284	.179
Apoyo Social Religioso	12.6 (3.5)	4-15	8.3 (6.1)	1-15	13.5 (3.3)	6-15	13.7 (1.7)	10-15	11.2 (4.8)	2-15	8.114	.087
SBI-15R TOTAL	41.7 (4.6)	26-45	34.2 (11.3)	18-45	43.1 (4.2)	31-45	43.0 (2.7)	37-45	38.6 (9.5)	15-45	7.893	.096
Escala SCS												
Estrategias de afrontamiento religioso	22.7 (4.2)	6-27	18.8 (6.4)	10-26	24.0 (3.9)	14-27	23.1 (4.2)	12-27	19.9 (7.3)	3-27	6.431	.169
Afrontamiento No Religioso	29.76 (2.9)	22-33	29.67 (4.3)	21-33	30.87 (3.0)	22-33	30.4 (3.2)	21-33	28.7 (5.4)	17-33	3.307	.508

Nota: n= número de participantes; D.T= Desviación Típica; Mín.= Mínimo; Máx.= Máximo; gl= grados de libertad

Discusión

En este estudio participaron 121 personas adultos con diagnóstico de enfermedad crónica, quienes estaban casados, ya jubilados/pensionados y eran en su mayoría amas de casa, que no alcanzaron a terminar el bachillerato, de estrato socioeconómico colombiano medio-bajo, adscritos a una entidad prestadora de servicios de salud, con un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 6 años, quienes recibían tratamiento farmacológico específico para la enfermedad y muy pocos recibían medicación psiquiátrica.

A nivel descriptivo se aprecia que, para los pacientes de este estudio es muy importante el ser miembro de un grupo que comparta las mismas creencias como medio de apoyo social, que les brinde ayuda y aprobación o consuelo en momentos de dificultad. Igualmente como estrategias para sobrellevar las enfermedades es fundamental para ellos tener objetos y símbolos espirituales, escuchar música religiosa, leer libros o textos de inspiración espiritual-religiosa (Biblia), asistir y participar a las celebraciones de la iglesia y recibir la comunión. Lo anterior ha sido igualmente informado en otros estudios con enfermos crónicos (Harvey & Silverman, 2007; McCauley, Tarpley, Haaz & Bartlett, 2008).

A nivel comparativo se observa en esta investigación que las creencias y prácticas religiosas y espirituales, el apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religioso y No religioso son completamente independientes de variables sociodemográficas como género, con quien vive, estado civil y tiempo de diagnóstico. Por el contrario se aprecia que variables como la edad tienen asociación positiva con el apoyo social religioso y el afrontamiento religioso, es decir, cuanto más edad tenga el paciente -en este caso ser adultos cercanos a la senectud- es más probable que busquen compartir con personas de su misma comunidad religiosa-espiritual para tener apoyo-consuelo, hablar de su situación presente, o participar en los actos y prácticas de los ritos propios de su grupo guía. Por el contrario, se observa asociaciones negativas entre la edad y el nivel educativo, indicando que entre más años de vida tenga el paciente es más probable que tenga menos años de estudios, es de resaltar que los pacientes de este estudio no alcanzaron a culminar la básica secundaria como se evidencia a nivel descriptivo en los datos sociodemográficos. De igual modo se observa que el nivel educativo está asociado negativamente con las creencias y prácticas religiosas-espirituales, la búsqueda de apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religiosas, es decir, ritos/actividades como

orar/rezar, utilización de objetos espirituales, hablar de la situación de vida presente y ayudar a otros, lecturas de índole espiritual-religiosa y asistencia a actos religiosos pueden ser más utilizadas si el paciente es de un nivel educativo bajo o menos empleadas si el nivel es alto. Un comportamiento similar se ve reflejado según la variable ocupación donde las creencias y prácticas religiosas-espirituales, la búsqueda de apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religiosas son más utilizadas en las personas que no tiene una actividad laboral o trabajan independientemente que aquellos que tienen un empleo.

Estos resultados son afines en lo observado en la variable estrato socioeconómico donde las creencias y prácticas religiosas y espirituales, el apoyo social religioso, las estrategias de afrontamiento religioso y No religioso se manifiestan en mayor frecuencia en las personas de estrato bajo (1 y 2) en comparación con las de estrato alto (5 y 6) y en las personas del estrato medio con relación al alto. Es de anotar que el afrontamiento No religioso del segundo factor del cuestionario SCS hace relevancia más a aspectos trascendentales de la espiritualidad que a un afrontamiento no religioso. Siguiendo por este análisis se podría pensar entonces que en momentos críticos de la vida y con un nivel socioeconómico con mayores limitaciones -como es el caso de estos pacientes- es más probable que las personas busquen respuestas más allá de sus límites humanos y empiezan a percatarse, a dar significado y valor a las cosas sencillas de la vida como apreciar la naturaleza y las artes, utilizar la reflexión para identificar las potencialidades personales, encontrar un propósito en la vida, ayudar a otros, cuidar y mantener las relaciones, tener esperanza y ver el lado positivo de la situación presente para afrontar la enfermedad. Al respecto, Reed (2003) argumenta que en momentos de enfermedad, de edad avanzada y frente a eventos vitales estresantes aumenta la vulnerabilidad, es decir la conciencia de mortalidad que lleva a la autotranscendencia, o sea a la ampliación de los límites autoconceptuales consigo mismo, el mundo y los demás.

En definitiva, estos resultados son afines a lo hallado en otros estudios donde se ha encontrado que tanto niveles educativos bajos como una baja estratificación social son factores diferenciales en el comportamiento espiritual-religioso, especialmente en la fe, en la búsqueda

de un poder más alto, en las prácticas y creencias religiosas-espirituales y en lazos fuertes con un grupo o comunidad religiosa (Aukst-Margetić et al., 2005; Koenig et al., 2001; Panzini, Maganha, da Rocha, Bandeira & Fleck, 2011). Respecto al género los estudios no son concluyentes, en este estudio no hubo diferencias entre hombres y mujeres en el comportamiento espiritual-religioso, lo que difiere de otros estudios, donde se ha evidenciado que las creencias y el afrontamiento religioso es más utilizado en las mujeres que en los hombres, ya que les gusta tener un propósito y un plan espiritual (Brown et al., 2010; Jacobs-Lawson, Schumacher, Hughes & Arnold, 2010; Koenig et al., 2001; Labbé & Fobes, 2010; Lawler-Row & Jeff Elliott, 2009), otros estudios por el contrario han hallado que las mujeres en momentos de enfermedad están más preocupadas por la situación económica y son más susceptibles por las supersticiones mientras que los hombres buscan la religión porque les preocupa su estado de salud (Tsunoda, Yoshino & Yokoyama, 2008). De acuerdo con el estado civil se ha evidenciado que la espiritualidad particularmente promueve la estabilidad marital (Panzini et al., 2011) aspectos que no se vieron reflejados en este estudio. En relación a la ocupación se refleja en este estudio diferencias en el afrontamiento religioso entre las personas que tienen un empleo y los que no tienen una actividad laboral. Al respecto se ha encontrado que las creencias espirituales pueden hacer que las ocupaciones de cada día tengan más sentido y sean beneficiosas en la salud (Wilding, 2007). Esto podría explicar porque las personas que no tienen una actividad formal utilizan más el afrontamiento religioso como las amas de casa, los jubilados pensionados y los trabajadores independientes. Lo anterior lleva a pensar que las personas con una enfermedad crónica tienen necesidad de afiliación y de poder sentirse útiles ante una enfermedad que los ha disminuido llevándolas a la discapacidad socio laboral por lo cual como estrategias de afrontamiento buscan la religión-espiritualidad como medio para encontrar un propósito a su vida. Además, otros estudios han encontrado asociaciones entre ser desempleado y altos niveles de religiosidad (Aukst-Margetić et al., 2005). En estos pacientes se aprecia que el tiempo de diagnóstico no tuvo diferencias con ninguna de las variables religiosas-espirituales. Al respecto, las investigaciones, basadas en la evidencia, plantean que aunque las personas no sean

sumamente religiosas en su diario vivir, pueden serlo en momentos de enfermedad, debido a la experiencia de pérdida de control personal frente a la situación, que los lleva a la búsqueda de un poder más alto o un Dios para encontrar los propósitos de la vida y enfrentar situaciones estresantes (Koenig, George & Siegler, 1988). En pacientes con esclerosis múltiple se ha encontrado que a medida que progresa la enfermedad y las recaídas, la espiritualidad cobra valor como una variable protectora (DeArmas, 2004). Y respecto a la edad se aprecia que el ser mayor se asocia con más apoyo social religioso y afrontamiento religioso, lo que es a fin con otros estudios (Aukst-Margetić et al., 2005).

Es de anotar que el contexto sociocultural de esta muestra poblacional de la subcultura andina de la montaña se basa en los valores tradicionales de familia, la religión como pilar central, la unidad grupal, el trabajo duro y la afiliación. Todas estas características se centran particularmente en el apoyo social que sigue siendo la columna vertebral de la sociedad antioqueña, esto posiblemente explica porque no hubo diferencias significativas en la variable con quien vive (solo, con familia, con amigos) a nivel del comportamiento espiritual-religioso. Por lo tanto, no es paradójico que una sociedad altamente social exprese su convicción religiosa desde lo que sabe hacer “ser social” como se ve reflejado en los niveles de la dimensión apoyo social religase del SBI-15R. Más es de resaltar que estas características en la medida que las personas tienen mayor estrato socioeconómico y nivel educativo tienden a desaparecer y a cambiar de connotación (Ardila, 1986). Gutiérrez de Pineda (1999, 2000) planteó además que en el siglo XXI en Colombia la religión más concretamente ha ido cambiando de imagen, metas y ritos y alcanzó en las ciudades una alta secularización, perdiendo influencia sobre la comunidad y en especial sobre la mujer. Aspectos que podrían entonces hacer la diferencia en la muestra a nivel educativo, estrato socioeconómico, edad y género según las creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso.

Lo antes mencionado lleva sugerir a que se desarrollen más estudios donde se analice el peso de las variables sociodemográficas sobre las variables espirituales-religiosas ya que estos aún no son concluyentes y es posible además que factores socio-culturales medien en

los resultados hallados hasta el momento como ha sido ampliamente documentado (Koenig et al., 2001). Por último, los resultados encontrados llevan a proponer el desarrollo de futuros programas de promoción, prevención e intervención en salud para adultos mayores donde se retomen elementos asociados a la espiritualidad como variable protectora de la salud física y mental (Kaye & Raghavan, 2002; Panzini, Da Rocha, Bandeira & Fleck, 2007; Panzini et al., 2011).

Referencias

- Almanza, J., Monroy, M., Bimbela, A., Payne, D.K. & Holland, J.C. (2000). Spanish Version of the Systems of Belief Inventory (SBI-15-R): Cross Cultural Research on Spiritual and Religious Beliefs. *Psychosomatics*, 41 (2), 158.
- Ardila, R. (1986). *Psicología del Hombre Colombiano*. Bogotá, Colombia: Planeta.
- Arnett, F.C., Edworthy, S.M., Bloch, D.A., McShane, D.J., Fries, J.F., Cooper, N.S., et al. (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 31 (3), 315-24.
- Aukst-Margetić, B., Jakovljević, M., Margetić, B., Bisćan, M. & Samija, M. (2005). Religiosity, depression and pain in patients with breast cancer. *General hospital psychiatry*, 27 (4), 250-255.
- Baldacchino, D.R. & Buhagiar, A. (2003). Psychometric evaluation of the Spiritual Coping Strategies scale in English, Maltese, back-translation and bilingual versions. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (6), 558-570.
- Bormann, J. E., Gifford, A. L., Shively, M., Smith, T. L., Redwine, L., Kelly, A., et al. (2006). Effects of Spiritual Mantram Repetition on HIV Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 359-376.
- Brown, J.S., Cherry, K.E., Marks, L.D., Jackson, E.M., Volaufova, J., Lefante, C., et al. (2010). After Hurricanes Katrina and Rita: gender differences in health and religiosity in middle-aged and older adults. *Health Care Women*, 31 (11), 997-1012.

- Cunningham, A.J. (2005). Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients. *Integrative Cancer Therapies*, 4 (2), 178-86.
- Cusumano, A.M. e Inserta, F. (2007). Enfermedad renal crónica: Necesidad de implementar programas para su detección precoz y prevención de su progresión. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 27 (3), 113-118.
- Dalmida, S.G. (2006). Spirituality, mental health, physical health, and health-related quality of life among women with hiv/aids: integrating spirituality into mental health care. *Issues in Mental Health Nursing*, 27 (2), 185-198.
- Davison, S.N. & Jhangri, G.S. (2010). Existential and religious dimensions of spirituality and their relationship with health-related quality of life in chronic kidney disease. *The Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5 (11), 1969-1976.
- DeArmas, A. (2004). *Contributing factors to resilience in relapsing-remitting multiple sclerosis*. Disertación Doctoral no publicada, Universidad de Maryland, E.E.U.U.
- Dewar, M. & Curry, R.W. (2006). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Diagnostic Considerations. *American Family Physician*, 73 (4), 669-676.
- Elias, A.C., Giglio, J., Pimenta, C.A. & El-Dash, L. (2007). Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 60-72.
- Gómez, F., Curcio, C.L. & Duque, G. (2009). Health care for older persons in Colombia: a country profile. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57 (9), 1692-1696.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1999). *Estructura, función y cambio de la familia colombiana*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Gutiérrez de Pineda, V. (2000). Modalidades familiares de fin de siglo. En: V. Gutiérrez de Pineda, J. Aldana, G. Pérez, M.I. Velasco (Eds.). *La familia en la perspectiva del año 2000* (pp. 9-27). Bogotá, Colombia: Magisterio
- Harvey, I.S. & Silverman, M. (2007). The Role of Spirituality in the Self-management of Chronic Illness among Older African and Whites. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 2 (22), 205-220.
- Holt, C.L., Caplan, L., Schulz, E., Blake, V., Southward, P., Buckner, A., et al. (2009). Role of Religion in Cancer Coping Among 2 African Americans: A Qualitative Examination *Journal of Psychosocial Oncology*, 2 (27), 248-273.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, M.K., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., et al. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in Life-Threatening Illness. *Psychooncology*, 7 (6), 460-469.
- Jacobs-Lawson, J.M., Schumacher, M.M., Hughes, T. & Arnold, S. (2010). Gender differences in psychosocial responses to lung cancer. *Gender medicine*, 7 (2), 137-148.
- Kaye, J. & Raghavan, S.K. (2002). Spirituality in Disability and Illness. *Journal of Religion and Health*, 41 (3), 231-242.
- Kennedy, J.E., Abbott, R.A. & Rosenberg, B.S. (2002). Changes in spirituality and well-being in a retreat program for cardiac patients. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 8 (4), 64-73.
- Koenig, H.G., George, L.K. & Siegler, I.C. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28 (3), 303-310.
- Koenig, H.G., McCullough, M. & Larson, D.B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Labbé, E.E. & Fobes, A. (2010). Evaluating the interplay between spirituality, personality and stress. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 35 (2), 141-146.
- Lameire, N., Van Biesen, W. & Vanholder, R. (2005). Acute renal failure. *Lancet*, 365 (9457), 417-430.
- Lawler-Row, K.A. & Jeff Elliott, J. (2009). The Role of Religious Activity and Spirituality in the Health and Well-being of Older Adults. *Journal of Health Psychology*, 14 (1), 43-52.

- McCauley, J., Tarpley, M.J., Haaz, S. & Bartlett, S.J. (2008). Daily Spiritual Experiences of Older Adults With and Without Arthritis and the Relationship to Health Outcomes. *Arthritis & Rheumatism*, 59 (1), 122-128.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo, F. & Koenig, G.H. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 242-50.
- Panzini, R., Da Rocha, N., Bandeira, D. & Fleck, M. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 105-115.
- Panzini, R.G., Maganha, C., da Rocha, N.S., Bandeira, D.R. & Fleck, M.P. (2011). Brazilian validation of the Quality of Life Instrument related to spirituality, religion and personal beliefs. *Revista de Saúde Pública*, 45 (1), 153-165.
- Pargament, K.I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Peres, M., Arantes, A.C., Lessa, P. & Caous, C.A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (1), 82-87.
- Quiceno, J.M. (2008). *Creencias y afrontamiento espiritual-religioso, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos*. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Reed, P.G. (2003). The theory of Self-Transcendence. In: M.J. Smith & P. Liehr. (Eds.). *Middle range theories in nursing*. New York: Springer.
- Skarupski, K.A., Fitchett, G., Evans, D.A. & Mendes de Leon, C.F. (2010). Daily Spiritual Experiences in a Biracial, Community-based Population of Older Adults. *Aging Ment Health*, 14 (7), 779-789.
- Strong, K., Mathers, C., Leeder, S. & Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic diseases: how many lives can we save?. *Lancet*, 366 (9496), 1578-1582.
- Tsunoda, H., Yoshino, R. & Yokoyama, K. (2008). Components of social capital and socio-psychological factors that worsen the perceived health of Japanese males and females. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 216 (2), 173-185.
- Vandecreek, L., Paget, S., Horton, R., Robbins, L., Oettinger, M. & Tai, K. (2004). Religious and Non-religious Coping Methods Among Persons With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51 (1), 49-55.
- WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneve: WHO.
- Wilding, C. (2007). Spirituality as sustenance for mental health and meaningful doing: a case illustration. *The Medical journal of Australia*, 186 (10), 67-69.