



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EXPERIENCIA ESPIRITUAL DIARIA Y SALUD EN JÓVENES UNIVERSITARIOS
DE LIMA METROPOLITANA**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica
que presenta la Bachiller:

SUSAN MARIBEL GONZALES VILCARROMERO

Asesora:

Mg. Mónica de los Milagros Cassaretto Bardales

LIMA-PERÚ

2017

*Nada te turbe nada te espante
Quien a Dios tiene nada le falta
Nada te turbe nada te espante
Solo Dios basta.*

Todo se pasa, Dios no se muda.

La paciencia todo lo alcanza.

En Cristo mi confianza

Y de Él solo mi asimiento.

En sus cansancios, mi aliento

Y en su imitación, mi holganza.

Aquí estriba mi firmeza,

Aquí mi seguridad.

La prueba de mi Verdad,

La muestra de mi firmeza.

Ya no durmáis, no durmáis

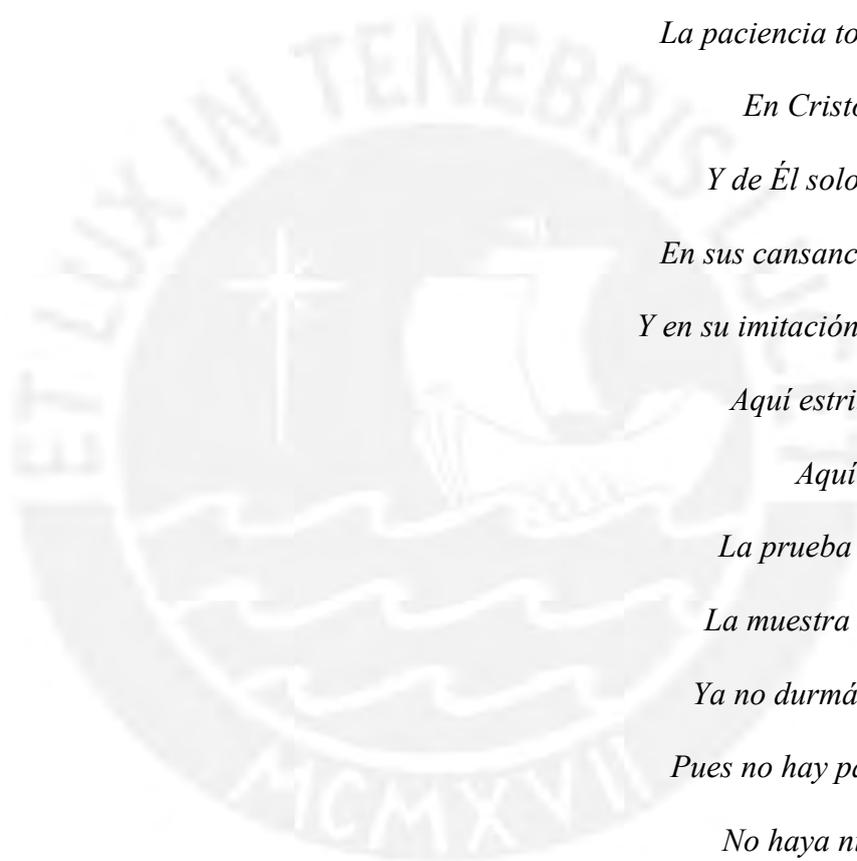
Pues no hay paz en la tierra.

No haya ningún cobarde

Aventuremos la vida.

No hay que temer, no durmáis

Aventuremos la vida



Agradecimientos

A Dios, por quien todo cobró sentido. A papá, por siempre confiar en mí y en cada una de mis decisiones, por su ejemplo de perseverancia y lucha constante, por nunca rendirse ante la adversidad. A mamá, por el regalo de la fe y su coraje ante la vida que tan lejos me han llevado. Esta tesis es más de ustedes que mía.

A mi hermano Richard, por su mano guía desde que nací, por su generosidad incansable y ejemplo de lucha diaria. A Lourdes, por ser además de hermana, confidente, por sus palabras de amor y ánimo, por estar siempre ahí a pesar de la distancia. No podría haber tenido mejor modelo que el de ustedes.

A Arnold, por su comprensión, escucha constante, sacrificios y por estar siempre dispuesto a hacerme feliz. Gracias, sobretodo, por tus oraciones y por acércame a la fuente de amor infinito: Dios

Al Padre Lenin y a mi comunidad religiosa, por la fe y el cariño incondicional desde que los conocí. Por nunca dejarme sola en mi etapa universitaria.

A mi asesora Mónica Cassareto, por la confianza, exigencia y preocupación constantes durante el desarrollo de esta tesis. Por el honor de haber sido acompañada por una persona de tan envidiable conocimiento.

A Susana Pérez, por acompañarme espiritualmente todos los días de mi vida. Por su amor que guía cuando todo parece nublado.

A mis hermanas espirituales Eliane, Iris y Andrea por sus palabras de ánimo y confianza en mí, por sus enseñanzas diarias. Son la familia que Dios me regaló.

Finalmente, un agradecimiento especial a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de la presente investigación. A cada uno de los profesores de la Facultad de Ciencias e Ingeniería y sus alumnos, por haberme regalado momentos de sus clases para realizar el llenado de encuestas, y a todas aquellas personas que colaboraron conmigo brindándome horas o días de sus semanas para la aplicación de esta tesis.

Resumen

El presente estudio analiza la relación entre la *experiencia espiritual diaria* y los componentes y dimensiones de la salud en un grupo de 206 estudiantes de una universidad privada de Lima metropolitana, con edades entre 18 y 30 años ($M=20.89$), en su mayoría varones y de una facultad de Ingeniería. La medición de la experiencia espiritual se llevó a cabo con el DSES; y para la salud, se usó la validación peruana del Cuestionario SF-36. Los resultados mostraron relaciones significativas principalmente entre la *Experiencia Espiritual Diaria (DSE)* y el *Componente Salud Física (CSF)* y solo con una dimensión del *Componente Salud Mental (CSM)*. De manera específica se encontró que la *Experiencia Espiritual Diaria* se relacionaba directamente con las dimensiones *función física, rol físico y dolor corporal* del *Componente Salud Física* e inversamente con la dimensión *vitalidad* del *Componente Salud Mental*. Cabe señalar que las correlaciones mostradas fueron pequeñas. Finalmente, se encontraron diferencias significativas según sexo, edad, con quien vive, trabajo y horas de trabajo para la salud y diferencias significativas según sexo y religión para la *experiencia espiritual diaria*. A partir de los resultados se concluye que la relación entre la salud y la *experiencia espiritual diaria* podría deberse a que esta última permite estilos de vida saludables, promoviendo en los universitarios conductas saludables y alejándolos de conductas de riesgo.

Palabras claves

Salud, SF-36, DSES, Experiencia espiritual diaria, DSE, Universitarios

Abstract

The present study aims at describing the relationship between daily spiritual experience and the components and dimensions of health in a group of 206 private university students from Lima ($M=20.89$), mostly men, from a faculty of Engineering. *The daily Spiritual Experience* was measured using the Daily Spiritual Experience Scale (DSES), and health was measured using the Peruvian Validation of Health Questionnaire SF-36. The results showed significant relations mainly between *Daily Spiritual Experience (DSE)* and the *Physical Component Summary (PCS)* and only with one dimension of the *Mental Component Summary (MCS)*. Specifically, it was found that *Daily Spiritual Experience* was directly related to *physical functioning, role limitations due to physical problems and bodily pain* of the *Physical Component Summary* and inversely related with *vitality*, of the *Mental Component Summary*. It should be noted that the correlations shown were small. Finally, we found significant differences for health according to sex, age, who do you live, work and hours of work per week and significant differences according to sex and religion for the *Daily Spiritual Experience*. Based on the results, it is concluded that the relationship between health and daily spiritual experience could be due to the fact that daily spiritual experiences allows healthy lifestyles, promoting healthy behaviors and avoiding risk behaviors.

Keywords

SF-36, DSES, Daily Spiritual Experience Scale, DSE, University Students.

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN	1
MÉTODO.....	9
Participantes	9
Medición	9
Análisis de datos	12
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN.....	18
REFERENCIAS.....	26
APÉNDICES.....	36
A. Consentimiento informado	37
B. Ficha de datos sociodemográfica	38
C. Resultados descriptivos de la ficha de datos	39
D. Confiabilidad de las escalas y componentes del Cuestionario SF-36	40
E. Confiabilidad de las escalas y componentes del Cuestionario SF-36	41
F. Confiabilidad de la escala DSES	42

Ser universitario supone hacer frente a una serie de desafíos y riesgos para la salud. El ingreso a la universidad, si bien es un periodo de aprendizaje, representa también un potencial generador de estrés para el estudiante (Becerra, 2013; Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003; Chau & Vilela, 2017). Lidar con un ambiente desconocido, la falta de control del mismo, preocupaciones por el rendimiento académico, demandas académicas, dudas vocacionales, problemas en la organización, entre otros, son parte del contexto en el que está inmerso el universitario (Barraza, 2003; 2007; Chau & Saravia, 2014; Consorcio de Universidades, 2013; Mikolajczyk, Maxwell, Naydenova, Meier & El Ansari, 2008).

A ello, se añaden el cumplimiento de las exigencias propias de su etapa evolutiva. Del universitario se espera que esté cada vez más cerca del logro de su autonomía, tanto económica como emocional (Seiffge-Krenke, 2013), que sea capaz de tomar decisiones sobre su futuro (American College Association [ACHA], 2015); Becerra, 2013; Cassaretto et al., 2003; Consorcio de universidades, 2013), que cumpla con las expectativas de éxito que sobre él recaen y que pueda lidiar con los problemas propios de las relaciones afectivas (Chau & Van Den Broucke, 2005).

Ante este panorama, pareciera que los riesgos en la salud de los estudiantes, no son percibidos en forma realista, sino lejanos a su estado de salud actual (Becerra, 2016). Así, en la investigación dirigida por la American College Association, en un estudio de salud a nivel nacional, con 80 139 universitarios, se encontró que el 83.7 % reporta percibir su salud como buena, muy buena o excelente. No obstante, presentaban prevalencias importantes de sintomatología física como alergias, asma, dolor de espalda, migrañas, bronquitis, presión alta, infección del tracto urinario, entre otros (ACHA, 2015). Se ha encontrado también que entre las afecciones presentes en universitarios están el insomnio, la somnolencia, los problemas de concentración y de memoria, la inquietud, temblores musculares, cambios en la ingesta de alimentos (Martin, 2007) y conductas como morderse las uñas (Barraza & Silerio, 2007).

Respecto a la sintomatología mental, en el año 2011, ACHA (2012) encontró que, dentro de los últimos 12 meses, el 47 % de estudiantes reportó haber experimentado alguna vez falta de esperanza, 82% agotamiento y cansancio, el 58.8 % sentirse muy solo alguna vez, el 31.8 % sentirse tan deprimido que no podía funcionar y el 6.9 % reportó haber considerado el suicidio. En la misma línea, otras investigaciones señalan que los universitarios experimentan cuadros de ansiedad y depresión (Barraza, 2003, 2007; Blázquez, Sarto & del Hoyo, 2011; Martín, 2007). En estudiantes europeos, por su parte, se ha reportado una alta prevalencia de síntomas depresivos asociada a la percepción de alta carga académica

(Mikolajczyk et al., 2008; Mikolajczyk, Naydenova, Stock & El Ansari, 2008), así como quejas relacionadas a desórdenes del sueño (El Ansari & Stock, 2010).

Por su parte, en el 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) encontró que, en sujetos mayores a 20 años, las cifras de prevalencia de sobrepeso y obesidad fueron mayores para la región de las Américas (62 %), siendo así que el 23.3 % de hombres y 29.7 % de mujeres tenían obesidad. En el caso de Perú, en un reporte de atención del Hospital Nacional Cayetano Heredia que incluía 20 266 jóvenes, con edades entre 18 y 29 años, se encontró que 302 de ellos fueron atendidos por episodios depresivos no especificados, 297 con trastorno de ansiedad no especificado y 246 con acné (Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2010). En otro estudio de salud, realizado por el Consorcio de Universidades (2009), con 5733 sujetos de Lima y Callao, se encontró que los jóvenes entre 18 y 27 años, reportaban su salud como buena y regular. Sin embargo, el 15.1 % de estos reportaba cansancio físico y el 27.8 % presencia de alergias.

A partir de lo anterior, es necesario recalcar que toda esta serie de sintomatología mental y física presente en los universitarios puede llevarlos no solo a la obtención de bajas calificaciones o la interrupción de sus prácticas laborales, sino también a la deserción definitiva del ámbito académico (ACHA, 2015). En ese sentido, las universidades ya no solo deberían tener un rol educativo en la vida de los jóvenes, sino que serían también agentes de promoción de la salud y del bienestar de los estudiantes (Chau & Saravia, 2014).

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad (OMS, 1948). A partir de dicha definición, esta dejó de ser entendida en términos de reacciones físico-químicas, propio del modelo biomédico, para conceptualizarse a partir de la interacción de factores psicológicos, biológicos y sociales (Amigo, Fernández & Pérez, 2003; Oblitas, 2004).

Esta nueva definición supone una visión holística de la salud con una serie de características necesarias (Taylor, 2007). En primer lugar, la salud es entendida como positiva pues no se reduce a la ausencia de enfermedad. En segundo lugar, la enfermedad deja de ser sinónimo de desviación de la salud y se las entiende a ambas como multicausales y capaces de producir múltiples efectos. En ese sentido, cuestiones de macro nivel (factores sociales, políticos, religiosos, etc.) y micro nivel (cuestiones propias del organismo) interactúan para producir un estado de salud y de enfermedad (Oblitas, 2004; Taylor, 2007). En tercer lugar, se resalta que al hablar de salud se abarca todo el ciclo vital. Y, finalmente, el desarrollo de la salud implica acciones de promoción, prevención, mantenimiento y tratamiento (Amigo et al., 2003; Taylor, 2007).

La definición de salud también incluía a la espiritualidad hasta el Renacimiento, época en la que se creía que la curación era resultado de la fe. Este enfoque fue reemplazado por un nuevo modelo, en el cual la enfermedad quedaba definida a partir de parámetros físicos y los factores psicosociales y las reacciones emocionales quedaron excluidos del quehacer médico. Dicho modelo, sin embargo, resultaba ineficiente pues olvidaba los aspectos positivos de la salud y se centraba en lo patológico (Amigo et al., 2003; Chochinov & Cann, 2005).

En la actualidad, ante la cantidad de personas que demanda que el personal de salud atienda sus necesidades espirituales y el reto que implica trabajar con enfermedades crónicas, los investigadores han retomado el estudio de la relación entre salud, espiritualidad y la religiosidad. No obstante, ésta aún no queda del todo clara (Chochinov & Cann, 2005; Jaramillo, Ospina, Cabarcas & Humphreys, 2005; McCullough, Hoyt, Larson, Koenig & Thoresen, 2000; Quiceno & Vinaccia, 2009).

Para algunos autores, la espiritualidad es una variable mediadora en la salud. Por ejemplo, el Consorcio de Universidades (2013) señala que la espiritualidad, al dotar de significado la vida de las personas, repercute en su sentido de bienestar y calidad de vida. Ello, a su vez, contribuye a una vida saludable y aleja a los universitarios de conductas nocivas para su salud. Al parecer, cuando las personas atraviesan situaciones críticas, el recurrir a Dios o a la oración (Kelley & Chan, 2012) les permite encontrar un sentido a las mismas y, con ello, se proveen de un sentimiento de control sobre lo que inicialmente era abrumador (Bussema & Bussema, 2000; Koenig, 2009).

Para otros autores, en cambio, la espiritualidad sería una dimensión de la salud (Anye, Gallien, Bian, & Moulton, 2013; OMS, 2004). Un tercer grupo, por su parte, señala un efecto directo de la espiritualidad en la salud de los sujetos. La espiritualidad, en ese sentido, llegaría a afectar en la salud sin la necesidad de la intervención de alguna variable mediadora (Hill & Pargament, 2008; Kelley & Chan, 2012; McConnell, Pargament, Ellison & Flannelly, 2006; Park, 2007; Pargament, Koenig & Perez, 2000).

La espiritualidad refiere a la búsqueda personal de conexión íntima con lo trascendente y es entendida como un proceso único de la experiencia humana (Pargament, 1997; 2001). En ese sentido, supone la búsqueda de relación con Dios, lo divino y puede o no adscribirse a una tradición religiosa (Pargament, 1997). Esta es un proceso dinámico, inmerso dentro una comunidad o contexto, a través del cual uno descubre lo que le es sagrado, así como los medios para mantener la relación con el mismo (Pargament & Maton, 2000; Pargament, 1999; 2007; 2013; Pargament & Mahoney, 2005; Pargament, Magyar-Russell & Murray-Swank, 2005; Zinnbauer & Pargament, 2005).

La búsqueda y lo sagrado aparecen como dos términos importantes dentro del constructo espiritualidad. Lo sagrado refiere a Dios, lo todopoderoso, e incluso aquellos aspectos de la vida que para el ser humano han quedado imbuidos por lo sagrado. La búsqueda, por su parte, se define como una suerte de viaje para descubrir en la vida un sentido o significado último. Al mismo tiempo, tal descubrimiento, puede ser experimentado como una manifestación de Dios, o lo superior, al hombre. Una revelación de lo sagrado al ser humano (Pargament, 1999; Pargament, Mahoney, Exline, Jones & Shafranske, 2013).

En relación a este constructo, se había dicho que la espiritualidad era el aspecto positivo de la religiosidad, pues a diferencia de esta, queda desligada de dogmas particulares y/o instituciones tradicionales (Zinnbauer, Pargament & Scott, 1999); sin embargo, la literatura científica señala que esta diferenciación propicia explicaciones reduccionistas y legitima la creencia de superioridad de una sobre otra. Si bien la espiritualidad no queda inmersa, necesariamente, dentro de una institución, ambos constructos son similares en varios aspectos, como lo sagrado y el proceso de búsqueda dinámico por encontrar un sentido en la vida que las subyacen (Cook, 2004). De ahí que los estudios revisados suelen intercambiar ambos constructos y expliciten que la espiritualidad fuera del contexto religioso se torna en un constructo vago y sin sentido (Underwood, 2011). De este modo, las separaciones entre ambas variables, más que una diferenciación conceptual, siguen una separación práctica para promover la claridad y coherencia en las investigaciones (Pargament et al., 2013).

Relacionado a lo anterior, se sabe que la espiritualidad está construida a partir de una serie de pensamientos, sentimientos, expresiones, relaciones e incluso reacciones físicas, por lo que su estudio a través de la psicología abre nuevos temas de discusión que abarcan cuestiones como afrontamiento, luchas espirituales y vínculo (Pargament et al., 2013). La espiritualidad supone, también, la búsqueda de identidad del individuo, pues incluso si ésta quedara inmersa en una tradición religiosa, el camino que recorre una persona es único y, por lo tanto, dará cuenta de quién es dicho sujeto (Pargament et al., 2013).

La espiritualidad es reconocida, entonces, como un constructo multidimensional (Underwood, 2006; 2011) y ante tal panorama, la presente investigación se centrará en uno de sus aspectos: La experiencia espiritual diaria (DSE) (Underwood, 2006) la cual, si bien no logra abarcar el constructo en su totalidad, señala aspectos poco estudiados hasta el momento, haciendo énfasis en la experiencia subjetiva del constructo. La relación entre Dios y el hombre, las experiencias ordinarias de conexión y vínculo entre ambos, más allá de lo que se puede ver o tocar, son sus objetos de estudio (Underwood & Teresi, 2002). El concepto experiencia espiritual diaria deja fuera aspectos de creencias o prácticas espirituales e incluye,

en tanto relación, nociones como temor, gratitud, piedad, misericordia, capacidad para sorprenderse ante lo trascendente, un deseo de conexión y cercanía con lo sagrado, amor compasivo, como también la capacidad de discernimiento, inspiración y una sensación de profunda paz interior (Underwood, 2006; 2011).

En la línea de investigaciones que relacionan la salud y la espiritualidad, se ha evidenciado una conexión entre esta última con condiciones como enfermedades cardíacas, colesterol e hipertensión. Aparentemente, el grado de involucramiento religioso podría tener una influencia significativa en el riesgo de desarrollar infarto de miocardio y en la sobrevivencia luego de una intervención quirúrgica (Koenig, McCullough & Larson, 2001). La literatura señala, además, una asociación entre la participación en actividades religiosas y espirituales con la mortalidad. Se ha encontrado que aquellas personas que participan de servicios religiosos y practican la espiritualidad viven más en comparación con los que asisten menos o no asisten, siendo más fuerte para el caso de las mujeres. A modo de hipótesis, se cree que esta relación podría estar mediada por la preocupación de este grupo por mantener una masa corporal saludable (McCullough et al., 2000).

En pacientes con cáncer avanzado, se encontró que aquellos que hicieron uso de un afrontamiento de tipo espiritual tenían mayor probabilidad de aceptar tratamientos intensivos o de recibir atención médica durante su última semana de vida con la esperanza de prolongarla (Pargament et al., 2013). La espiritualidad también ha sido investigada en condiciones como el VIH. Ironson, Stuetzle y Fletcher (2006) encontraron que aquellos sujetos que incrementaron su espiritualidad tuvieron un mejor control del virus VIH, en comparación con los que mostraron una disminución.

La literatura señala que aquellos pacientes que perciben su vida amenazada desearían que los profesionales de la salud atiendan sus necesidades espirituales (Chochinov & Cann, 2005; Pumalpa & Alexander, 2014). En la misma línea, en un estudio con pacientes cercanos a la muerte se encontró que las intervenciones que satisfacen dichos aspectos, reportan incrementos en el sentido de dignidad, propósito para vivir y voluntad para vivir (Chochinov et al., 2005). Lo y colaboradores, como parte del trabajo de investigación en la American Medical Association con pacientes cercanos a la muerte, señalaron que cuando el personal de salud no solo es capaz de validar las interrogantes espirituales que surgen ante una condición médica, sino que además colaboran con el paciente a cuestionarse sobre lo que su compromiso espiritual le propone para momentos de crisis, logran una mayor adherencia al tratamiento y aceptación del diagnóstico (Lo et al., 2002).

Park sostiene que aquellos sujetos que practican su espiritualidad adquieren nuevos métodos de afrontamiento de problemas, lo cual repercute sobre su sentido de la vida. Se explica que, al realizar la evaluación de la situación de estrés, los individuos tienden a darle un sentido a esta a partir de la creencia de que ningún mal puede suceder si tienen a Dios con ellos. El evento generador de estrés es entendido, entonces, como una prueba de fe. En una etapa más avanzada, una vez aceptado, los sujetos logran comprender el porqué de los hechos y se sienten agradecidos con Dios. De esta manera, se centran en lo positivo del evento, lo cual, a su vez, reduce la influencia negativa de este en sus vidas (Park, 2005 como se citó en Wnuck & Marcinkowski, 2014).

En el contexto universitario pocos son los estudios que han investigado la experiencia espiritualidad diaria (DSE), ello podría aludir al desafío que supone lograr una única definición de la espiritualidad o de los aspectos que la integran (Koenig, McCullough & Larson, 2001), así como la falta de acuerdo respecto a si la religión, entendida como el conjunto de creencias o prácticas insertas dentro de un dogma o institución establecida (Koenig, King & Carson, 2012; Pargament et al., 2013), se deslinda o no del constructo espiritualidad. Así, por ejemplo, al hablar de espiritualidad, aparecen constructos como bienestar espiritual, salud espiritual, entre otros (Bhatti, Batool & Riaz, 2011). Sumado a esto, los estudios en población universitaria tienden a hacer referencia, mayormente, a conductas de salud, más que a la salud, en sí misma (Páramo et al., 2012).

Entre las investigaciones revisadas con población universitaria se evidenció que la espiritualidad correlacionaba positivamente con la calidad de vida (Bhatti, Batool & Riaz, 2011). Así, en una muestra de 313 estudiantes de distintas universidades en Pakistán se encontró que el bienestar espiritual, entendido también como salud espiritual, correlacionaba positiva y significativamente con la calidad de vida y con sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental. Se hipotetiza que el bienestar espiritual, al dotar de sentido lo ambiguo y misterioso de la vida, permite que las personas perciban sus vidas como significativas y con propósito, lo cual repercute, a su vez, en la calidad de vida.

En otro estudio con 225 universitarios estadounidenses, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para medir la relación entre bienestar espiritual y calidad de vida relacionada a la salud, encontrándose que los sujetos con niveles más altos de bienestar espiritual, reportaron sentirse física y mentalmente sanos un mayor número de días que aquellos que obtuvieron niveles más bajos de bienestar espiritual (Anye et al., 2013).

En la misma línea, en un estudio realizado con universitarios polacos, se encontró que la experiencia espiritual correlacionaba positivamente con el bienestar psicológico y afecto

positivo. Al parecer, la espiritualidad conduce a los individuos a descubrir el sentido de sus vidas, lo cual a su vez lleva a que estos experimenten bienestar, felicidad y se sientan satisfechos con sus vidas (Wnuk & Marcinkowski, 2014).

Se ha encontrado, además, que la participación en servicios religiosos tiene un efecto protector sobre el uso de sustancias en universitarios. En un estudio llevado a cabo en Brasil con 12 595 universitarios se encontró que durante los últimos 30 días el consumo fue mayor en aquellos estudiantes que no tenían ninguna participación en servicios religiosos, en comparación con los que sí asistían. Estos estuvieron más propensos a consumir alcohol, tabaco, marihuana y por lo menos una droga ilegal. No obstante, no queda del todo claro cuáles son los mecanismos por los cuales la religión ejerce una influencia protectora (Gómez et al., 2012).

Resultados similares se han encontrado en universitarios estadounidenses. Al parecer la espiritualidad disminuiría la probabilidad de inicio en el consumo de tabaco y alcohol. Esta fortalecería a los estudiantes haciéndolos más resistentes ante la presión de sus compañeros (Nelms, Hutchins, Hutchins & Pursley, 2007). En este mismo contexto, se encontró que la espiritualidad fomenta conductas saludables (Anye et al., 2013).

En Perú, solo se ha realizado una investigación que vincula la experiencia espiritual diaria con el sentido de coherencia. En una muestra de 145 universitarios, Dávila (2015) encontró que, a mayor conexión espiritual, mayor sentido de coherencia, de manera específica, mayor capacidad de ver los problemas como retos u oportunidades de crecimiento, logrando, con ello, mayor salud y bienestar. Tras estos hallazgos, el autor sugiere indagar sobre la relación entre salud y experiencia espiritual, pues, al proveer esta, oportunidades de búsqueda de significado de la vida, podría funcionar también como promotora de la salud en los universitarios.

Relacionado a la relevancia del estudio, es necesario añadir que las investigaciones que vinculan espiritualidad y salud se han enmarcado mayoritariamente en situaciones adversas, sea cáncer (Pargament et al., 2013), VIH (Ironson, Stuetzle, y Fletcher, 2006), condiciones médicas (Koenig et al., 2001), así como la espiritualidad vinculada a la calidad de vida cuando se está cerca de la muerte (Chochinov & Cann, 2005), adherencia al tratamiento (Lo et al., 2002) y afrontamiento de problemas (Wnuk & Marcinkowski, 2014). Es decir, las investigaciones han sido llevadas a cabo, principalmente, desde un modelo biomédico, encontrándose evidencia de la relación entre espiritualidad y patología, mas poco se ha ampliado desde un modelo biopsicosocial de la salud (Anye et al., 2013; Bhatti et al., 2011).

En el caso específico del Perú, las investigaciones sobre los beneficios de la espiritualidad son recientes y escasas (Dávila, 2015). Más aun, existe un gran vacío teórico respecto al estudio de la relación espiritualidad - salud en jóvenes universitarios peruanos, lo cual ha llevado a que no se desarrollen intervenciones que promuevan la salud en los estudiantes a partir de la búsqueda del sentido de la propia vida (Dávila, 2015). Por tanto, ante los desafíos y riesgos inherentes a la etapa universitaria (Becerra, 2014; Chau & Saravia, 2014; Consorcio, 2013), el presente trabajo, junto a futuras investigaciones, buscaría ayudar a definir un campo de estudio en el que la espiritualidad sea vista como promotora de la salud en el ámbito universitario y se rescate y fomente su valor en el mismo.

En la actualidad, las concepciones de diversidad se han limitado a incluir cuestiones de etnicidad, orientación sexual o raza, pero dentro de esta, la religión y espiritualidad han quedado de lado. De incluirlas, se estaría cuidando la salud y bienestar de muchos jóvenes que se adscriban a estas, pues si bien se ha encontrado que estos grupos se encuentran protegidos de conductas de riesgo específicas, también son vulnerables a situaciones de estrés únicas (luchas espirituales, por ejemplo). El conocer de cerca a estos jóvenes, no solo brindaría un mayor conocimiento de aquellos patrones de conducta únicos que los caracteriza, sino que también repercutiría en el trabajo terapéutico como en el de promoción de la salud. Cabe resaltar, en ese sentido, que la evidencia emergente demuestra que aquellas intervenciones que incluyen los compromisos religiosos y espirituales de los individuos, o que al menos los validan, serían más efectivas que las que no los incluyen o estigmatizan. Familiarizarse con los antecedentes religiosos y espirituales de un sujeto y además incluir a los otros significativos en intervenciones psicológicas (sacerdotes, pastores, rabinos, entre otros) puede ser de gran consuelo y asistencia para un joven que sufre (Berry, Bass, Shimp-Fassler, & Succop, 2012).

El presente estudio tiene como propósito principal relacionar la experiencia espiritual diaria y la salud, y sus dimensiones, entre un grupo de jóvenes pertenecientes a una universidad privada de Lima Metropolitana. Asimismo, se analizará si existen diferencias según variables socio-demográficas tales como: sexo, edad y creencia en una religión en particular. Para ello, se realizó una investigación de una sola medición, es decir, se aplicaron dos instrumentos psicométricos en un solo momento del tiempo y sin manipulación de variables.

Método

Participantes

El presente estudio contó con 206 estudiantes de una facultad de Ciencias e Ingeniería de una universidad privada de Lima, quienes accedieron a participar voluntariamente de la investigación, previa firma del consentimiento informado. El contacto con los estudiantes se realizó cuidando los procedimientos éticos, recalcándoles, así, el carácter anónimo y voluntario de su participación (Apéndice A). Únicamente se consideraron los cuestionarios de aquellos participantes que se encontraran en el rango de edad especificado y que no hayan dejado en blanco más de 2 ítems de ambas pruebas. Se eliminaron 12 sujetos debido a las condiciones anteriores ($N=194$).

Con respecto a las características sociodemográficas, estas fueron recogidas a través de una ficha de datos diseñada para la presente investigación (Apéndice B) y cuyos resultados se encuentran resumidos en el Apéndice C. La muestra estuvo conformada por 143 hombres (73.7%) y 51 mujeres (26.3%), con edades entre 18 y 30 años ($M=20.89$, $DE=2.12$). Se observó además que la mayoría de estudiantes nació en Lima (66.5%), vive con familiares (82.5%) y no tiene pareja (64.4%). El 67.5 % está cursando los primeros años de facultad, mientras que el 32.5 %, los últimos.

Respecto a las características laborales, se encontró que solo el 25.8% de los encuestados trabaja actualmente, de los cuales, la mayoría se encuentran realizando prácticas pre profesionales (72%), siendo el tiempo que dedican a ello entre 9 y 48 horas semanales ($M=26.58$, $DE=10.69$). En relación a las características de salud, el 53.1% de la muestra reportó no haber sufrido alguna enfermedad física o mental durante el último año, mientras que el 46.7% de estudiantes, sí. De estos últimos, el 81.3%, manifestó haber experimentado dos o más enfermedades durante dicho periodo de tiempo. Finalmente, en el aspecto religioso, se encontró que la mayoría de estudiantes reportó ser católico (71.1%).

Medición

La medición de la variable Salud se realizó a través del Cuestionario de Salud SF-36, desarrollada originalmente por Ware y Sherbourne (1992), esta prueba fue diseñada para el uso clínico e investigaciones que median niveles de salud. El cuestionario incluye múltiples definiciones del constructo, entre las cuales se encuentran la función y disfunción, el distrés y

bienestar, valoraciones objetivas y subjetivas, y autovaloraciones positivas y negativas del estado de salud general (Ware & Gandek, 1994).

El SF-36 consta de 36 ítems divididos en 8 escalas: limitaciones en actividades físicas por problemas de salud; limitaciones en actividades sociales por problemas físicos o emocionales; limitaciones en actividades diarias por problemas físicos de salud; dolor corporal; salud mental general, la cual refiere al bienestar y al estrés psicológico; limitaciones en actividades diarias por problemas emocionales; vitalidad, la cual incluye el continuo energía-fatiga; y, percepciones de la salud en general (Ware & Sherbourne, 1992).

La prueba se responde a través de una escala Likert y, en cuanto a la calificación, las puntuaciones van del 0 al 100, donde puntuaciones más bajas significan mayor discapacidad (peor estado de salud) y las puntuaciones más altas menor discapacidad (mejor estado de salud) (Vilagut et al., 2005; Ware & Gandek, 1994). Algunas investigaciones, no obstante, han establecido que los puntajes seguirían una división por quintiles, en la cual del 0 al 19 representaría una calidad de vida “*muy baja*”, del 20-39 “*relativamente baja*”, 40-59 “*promedio*”, del 60 al 79 “*relativamente alta*” y de 80 a 100 “*muy alto*” (Alfaro, 2012; Laos, 2011; Quiceno & Vinaccia, 2011).

En relación a los aspectos psicométricos, se encontró que la versión original de la prueba muestra un alfa de Cronbach mayor a .80 para todas las dimensiones, a excepción de la escala *Función social* (Ware & Gandek, 2004), superando así el estándar propuesto para la fiabilidad (Vilagut et al., 2005). Asimismo, el análisis factorial exploratorio evidencia que el SF-36 tiene una estructura de 2 áreas que engloban las 8 dimensiones: Salud física (PCS) y Salud mental (MCS) (Vilagut et al., 2005; Ware & Gandek, 2004). Con respecto a la validez del instrumento, en un meta-análisis que incluye 17 estudios, se evidenció que el SF-36 correlaciona con otras pruebas que evalúan calidad de vida relacionada con la salud y, a su vez, presenta una correlación moderada con indicadores clínicos como asma, cardiopatías, problemas respiratorios, enfermedades crónicas de tipo cáncer, entre otros (Vilagut et al., 2005).

En el contexto peruano, el estudio de Salazar y Bernabé (2012) realizado con 4344 participantes, evidenció propiedades psicométricas similares a la versión original. Así, los autores encontraron un alfa de Cronbach de .82 para toda la escala. Además, el análisis factorial confirmatorio mostró una estructura de 8 dimensiones y 2 factores globales, siendo esta la representación factorial más adecuada del SF-36, mostrando un mayor ajuste a los datos en comparación con otros modelos.

Es necesario recalcar que este instrumento ha sido utilizado tanto en estudios sobre salud percibida con población sana, como en investigaciones acerca de la calidad de vida en pacientes con condiciones médicas específicas (Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2000). Así, en el Perú, se han desarrollado estudios en pacientes con cáncer (Laos, 2011; Lostaunau & Torrejón, 2014; Rojas, 2016; Torres, 2011), insuficiencia renal (Alfaro, 2012), dolor crónico (Salas, 2009), diabéticos (Romero, 2015), entre otros.

En el presente estudio, al analizar la confiabilidad mediante el coeficiente de consistencia interna, se obtuvieron puntuaciones alfa de Cronbach superiores a .70 en todas las dimensiones, a excepción de la escala Salud mental ($\alpha=.68$). En los componentes físico y mental, el valor de los coeficientes fue mayor a .85 (APÉNDICE E).

Por otro lado, la experiencia espiritual diaria (DSE) fue medida a partir del *Daily Spiritual Experience Scale* (DSES) creado por Underwood (2013), la cual fue diseñada para medir experiencias espirituales de conexión con lo trascendente en la vida diaria. En otras palabras, lo subjetivo de la experiencia espiritual, más allá de lo que se pueda ver o tocar. Incluye constructos como temor, misericordia, gratitud, sentido de conexión con lo trascendente, dar y recibir amor compasivo, profunda paz interior, agradecimiento y sentirse bendecido.

El cuestionario consta de 16 ítems que se responden bajo una escala Likert que va del 1 al 6, desde “muchas veces al día”, “todos los días”, “la mayoría de los días”, “algunos días”, “de vez en cuando” o “nunca”. El último ítem, en cambio, tiene 4 categorías de respuestas: “para nada cercano”, “algo cercano”, “muy cercano”, “tan cercano como es posible”. No hay ítems inversos en la escala y se califican de modo que a menor puntaje, mayor experiencia espiritual (Underwood, 2016).

Con relación a los aspectos psicométricos, la prueba presentó un alfa de Cronbach de .93, esto apoyaba la postura de que la escala mide un grupo de experiencias presentes en el día a día de muchas personas. El análisis factorial exploratorio, por su parte, evidenció un único factor, en el cual los 2 ítems de amor compasivo cargaban con menor fuerza en este factor (Underwood, 2006; Underwood & Teresi, 2002). La autora señala que la prueba ha sido usada en una variedad de grupos, desde adolescentes, niños y adultos. Ha sido traducida en más de 40 idiomas y validada en diferentes contextos como el mexicano (Mayoral, Mejía, Laca & Underwood, 2013), chino (Ng, Fong, Tsui, Au-Yeung & Law, 2009), hebreo (Kalkstein & Tower, 2009), universitarios (Underwood & Teresi, 2002), entre otros, presentando en todos un alfa de Cronbach mayor a .90, con lo cual se evidencia la alta fiabilidad de la prueba (Underwood, 2016).

Con relación a la presente investigación, en el contexto universitario, el estudio de Underwood y Teresi (2002) con 1800 participantes evidenció un alfa de Cronbach de .94 para la escala de 16 ítems y de .91 para la versión abreviada de 6 ítems. Asimismo, respecto a la validez, el DSES mostró correlaciones positivas con calidad de vida ($r=.24$), soporte social percibido ($r=.18$), optimismo ($r=.35$); y correlaciones negativas con consumo de alcohol ($r=.20$), ansiedad ($r=.39$), estrés percibido ($r=.19$), depresión ($r=.22$) y problemas para dormir ($r=.60$).

La presente investigación usó la versión traducida al español de la DSES, validada en un grupo de 206 mexicanos con edades entre 15 y 70 años (Mayoral, Mejía, Laca & Underwood, 2013). Dicha validación mostró aspectos psicométricos similares a la versión original, reportándose así una fiabilidad alta con un alfa de Cronbach de .91. Respecto a la validez, se encontró una relación positiva entre la experiencia espiritual y la satisfacción con la vida ($r=.45$). Finalmente, el análisis factorial exploratorio arrojó, al igual que la versión en inglés, una estructura unidimensional (Mayoral, Mejía, Laca & Underwood, 2013). En el caso de Perú, solo se ha realizado la investigación de Dávila (2015) que relaciona la experiencia espiritual diaria y el sentido de Coherencia. Esta investigación brindó un reporte de consistencia interna de alfa de Cronbach de .94.

En el presente estudio, se encontró una adecuada fiabilidad para la escala con un alfa de Cronbach de .93 para la estructura unidimensional de la prueba (Apéndice F).

Análisis de datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS21. En primer lugar, se procedió a la creación de base de datos. Luego, se analizó la confiabilidad del DSES y las áreas del SF-36 a través del estadístico de alfa de Cronbach. A continuación, se realizó un análisis con estadísticos descriptivos y de frecuencia en base a las variables sociodemográficas del estudio como edad, sexo, facultad a la que pertenece, etc.

Además, debido a que la muestra fue superior a los 50 participantes, se realizó el test de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar si las puntuaciones seguían una distribución normal, el cual indicó que los puntajes de la mayoría de las áreas de la prueba SF-36 seguían una distribución no normal. Sin embargo, según las estadísticas de asimetría y curtosis de Kline (2010), no se evidenció una falta de normalidad severa en ninguna de las dimensiones. Por ello, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para analizar las relaciones entre las dimensiones del SF-36 y el DSES.

Seguido a ello, se realizaron contrastes y correlaciones a través de los estadísticos T de Student, ANOVA de un factor, utilizando el criterio de Scheffé y el análisis post hoc, y el coeficiente r de Pearson, en base a la normalidad de los grupos, para observar si los niveles de los componentes del SF-36 y la DSES diferían según las variables sociodemográficas.



Resultados

A continuación se presentan los hallazgos encontrados en el presente estudio. En primer lugar, se reportarán los resultados descriptivos de la variable salud y de la experiencia espiritual diaria. Se señalarán además, las correlaciones y diferencias significativas según las variables sociodemográficas y de religión. Seguidamente, se presentarán los resultados relacionados al objetivo principal del estudio.

Respecto a los diferentes indicadores de salud evaluados en los universitarios se tomó en cuenta la salud percibida, el IMC, el reporte de enfermedad y su prevalencia, así como las dimensiones y componentes del SF-36.

En relación a la percepción global de salud se encontró que la mayor parte de los estudiantes percibe tener una salud favorable (7.7% Excelente, 36.6% Muy buena, 44.3% Buena, 11.3% Regular), ningún participante reportó percibir su salud como mala. Se halló que la mayoría de estudiantes presenta un peso adecuado (72%); sin embargo, un 25.9% reporta un IMC correspondiente a la categoría sobrepeso y el 2.1% se ubica en la categoría obesidad. Sumado a esto, el 46.9% de los universitarios señala haber padecido alguna enfermedad física y/o mental durante el último año, observándose que pueden llegar a reportar entre 1 y 7 enfermedades simultáneamente ($M= 3.28$, $DE=1.75$). En la Tabla 1 se presenta la prevalencia de enfermedades más comunes en relación al grupo que reportó padecer alguna enfermedad y del grupo total. Puede observarse que las mayores quejas somáticas están ligadas a cuadros dolorosos y problemas vinculados al manejo de emociones negativas como la ansiedad y depresión.

Tabla 1
Prevalencia de enfermedades más comunes

	Frecuencia	% en el grupo con enfermedad	% en el grupo total
Dolor de espalda y cabeza	61	66.30%	31.40%
Tensión	48	52.17%	24.70%
Ansiedad	43	46.73%	22.20%
Problemas Gastrointestinales	33	35.86%	17.00%
Insomnio	24	26.08%	12.40%
Enfermedades Respiratorias	22	23.91%	11.00%
Depresión	20	21.73%	10.30%
Tumores/ Quistes	7	7.60%	3.60%
Migraña	4	4.34%	14.40%
Hipertensión	1	1.08%	0.50%
Otros	12	13.04%	6.20%

N=194

En cuanto a los resultados obtenidos en el Cuestionario SF-36 se pudo apreciar que los dos componentes del SF-36 tienden a niveles positivos de salud dado que superan el punto 50, siendo más elevada la salud física que la mental. La prueba *t* de una muestra fue estadísticamente significativa $t(191)=6,36$; $p= .00$; $d= .43$. Cabe señalar que los alumnos muestran elevados niveles de funcionamiento físico que incluye la capacidad para hacer sus actividades cotidianas sin mayor limitación. Sin embargo, decaen en otras áreas, siendo su desempeño adecuado más no óptimo.

Tabla 2

Descriptivos de las dimensiones y componentes del SF-36

	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Función física	91.25	14.21	5	100
Rol físico	71.52	36.14	0	100
Dolor corporal	66.67	41.42	0	100
Salud general	62.63	16.31	10	100
Vitalidad	69.32	16.15	20	100
Función social	76.18	21.16	0	100
Rol emocional	76.66	20.34	22.5	100
Salud mental	66.53	17.91	20	100
Componente Salud física	76.5	16.83	26.88	100
Componente Salud mental	68.7	18.75	18.75	96.25

Por otro parte, al analizar las diferencias en los componentes y dimensiones del SF-36 según las características sociodemográficas se encontraron diferencias significativas según las variables sexo, edad, con quién vive, tiene trabajo y horas de trabajo. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas según lugar de procedencia, tiene pareja, tipo de trabajo, nivel de carrera ni religión (ver Tabla 3).

Así, se encontró que los hombres obtuvieron mejores puntuaciones en el Componente Salud Física ($M_{hombres} = 78.5$, $DE_{hombres} = 15.3$, $M_{mujeres} = 70.9$, $DE_{mujeres} = 19.6$, $t(71.3) = 2.5$, $d=0.4$) como en las dimensiones salud general ($M_{hombres} = 68.3$, $DE_{hombres} = 16.9$, $M_{mujeres} = 61.5$, $DE_{mujeres} = 19.9$, $t(77.1) = 2.2$, $d = 0.4$) y función física ($M_{hombres} = 93.3$, $DE_{hombres} = 11.2$, $M_{mujeres} = 85.4$, $DE_{mujeres} = 19.5$, $t(60.7) = 2.7$, $d=0.5$), lo cual indicaría que los varones reportan tener un mejor desempeño en sus actividades diarias, menores limitaciones por problemas de salud física y tienen una mejor percepción de su salud que las mujeres.

Respecto a la edad, se halló que a mayor edad, mayor percepción de salud general ($r=.12$, $p=.04$) y mayor la percepción del rol emocional ($r=.13$, $p=.04$), lo que implica que

cuanto mayor es el estudiante mejor percibe su salud y evalúa menos limitaciones en sus actividades cotidianas a causas de problemas emocionales.

Asimismo, en relación a la variable con quién vive, solo se hallaron diferencias significativas en el Componente Salud Física y su dimensión rol físico, apreciándose que aquellos estudiantes que viven solos presentaron mejores puntajes en dicho componente que los que viven con familiares. Además, los universitarios que viven solos reportaron, también, menores problemas en el trabajo u otras actividades diarias a causa de su salud, en comparación con quienes viven con sus familias (ver Tabla 3).

Tabla 3

Contrastes de medias de las dimensiones y los componentes del SF-36 según las variables sociodemográficas

	Rol Físico	Rol Emocional	Salud General	Componente Salud Física
Vive con (agrupado)				
Solo (n = 22)	89.8			81.9
Familiares (n = 160)	69.4			75.7
T-student	3.8*			2.1*
d de Cohen	0.7			0.4
Trabaja				
Sí (n = 50)	59.5	78.0	71.2	
No (n = 144)	75.7	62.7	64.9	
T-student	-2.6*	2.4*	2.2*	
d de Cohen	0.4	0.4	0.4	

*p <0.05

Respecto a la condición laboral se encontró que los universitarios que tenían trabajo reportaban mayores limitaciones en su desempeño laboral a causa de problemas relacionados a su salud física. A pesar de ello, este grupo reportó mejores evaluaciones de su salud que los que no tenían empleo. Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la dimensión rol emocional, observándose que los universitarios que trabajan reportaron menores cantidades de problemas emocionales que interfieran con su empleo u otras actividades diarias. Sumado a ello, se encontró que las horas de trabajo se relacionan positiva y directamente con las dimensiones rol emocional ($r=.13$, $p=.03$) y salud general ($r=.17$, $p=.01$) e inversamente con la dimensión rol físico ($r= -.16$, $p=.02$).

Por lo anterior, se infiere que los que trabajan un mayor número de horas a la semana, presentan menores limitaciones en el trabajo y su vida social a causa de problemas emocionales. Así también, en cuanto a las dimensiones de salud general y rol físico se halló que a mayor número de horas laborales, mayores las limitaciones en las actividades diarias

causadas por problemas de salud. A pesar de ello, se encontró que a mayor número de horas de trabajo, mejor la valoración del estado de salud actual.

Por otra parte, respecto a los indicadores de Experiencia Espiritual Diaria ($M=59.48$, $DE=16.46$, $Min=20$, $Max=89$) se encontró que existían diferencias significativas según el sexo y la religión. No se hallaron diferencias en las otras variables controladas.

En cuanto al sexo, se encontró que las mujeres tienen una mayor cantidad de experiencias espirituales diarias que los hombres ($M_{hombres}=61.3$, $DE_{hombres}=16.7$, $M_{mujeres}=54.4$, $DE_{mujeres}=14.6$, $t(192)=2.6$, $d=0.4$). Por otro lado, respecto a la religión, se encontraron diferencias significativas al comparar los grupos de estudiantes católicos ($N=138$), protestantes ($N=20$) y los que no profesaban ninguna religión ($N=19$) ($F(2) = 7.91$, $p=.001$). Tales diferencias reportaron que los no se adscriben a ninguna religión experimentan menores experiencias espirituales diarias que los católicos ($M_{católicos}=58.2$, $DE_{católicos}=15.8$, $M_{ninguna\ religión}=71.2$, $DE_{ninguna\ religión}=17.9$, $t(155)=-3.30$, $d=0.8$). Sumado a esto, se supo que los universitarios que profesan alguna religión protestante experimentan mayores experiencias espirituales diarias que los que no se adhieren a ninguna religión ($M_{protestantes}=51.5$, $DE_{protestantes}=15.5$, $M_{ninguna\ religión}=71.2$, $DE_{ninguna\ religión}=17.9$, $t(37)=-3.7$, $d=1.2$). No se encontraron diferencias significativas en los niveles de DSE al comparar a los universitarios católicos con los protestantes.

Finalmente, respondiendo al objetivo principal de la investigación, se efectuaron las correlaciones entre las dimensiones del SF-36 y la DSES (ver Tabla 4). Se observó que el Componente Salud Física se relaciona significativamente con la DSES, encontrándose correlaciones pequeñas y directas con las dimensiones de función física, rol físico y dolor corporal. Por su parte, la única dimensión del Componente Salud Mental que evidenció relaciones significativas con la DSES fue el área de vitalidad. Se encontró, en ese sentido, que esta mantenía relaciones pequeñas e inversas con la experiencia espiritual diaria.

Tabla 4
Correlaciones entre las dimensiones del SF-36 y el DSES

	DSES
Función física	.16**
Rol físico	.14*
Dolor corporal	.13*
Vitalidad	-.16*
Componente Salud Física	.14*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Discusión

Una preocupación que concierne a las instituciones educativas y a quienes trabajan con adultos jóvenes radica en aquellos factores que ponen en riesgo la salud de los universitarios como aquellos que la protegen (Consortio, 2013; MINSA, 2015; Muñoz & Cabieses, 2008). Las investigaciones encuentran que la fe y, de manera específica, el compromiso espiritual conllevan a respuestas positivas de salud (Underwood, 2006; 2011). Ante tal efecto protector, esta variable ha sido pensada como potencial recurso para el desarrollo de intervenciones que promuevan la salud en los adultos jóvenes (Berry, Bass, Shimp-Fassler, & Succop, 2012). Es por ello, que en la presente investigación se recalca la importancia del estudio de la salud en los universitarios y los recursos utilizados por estos para sobrellevar con éxito las demandas de esta nueva etapa, como lo podría ser la experiencia espiritual.

Bajo ese enfoque, el presente estudio tuvo como propósito principal analizar la relación entre la salud y la experiencia espiritual diaria en un grupo de jóvenes universitarios de Lima. Los análisis realizados encuentran asociaciones, principalmente, con el componente global de la salud física y con tres dimensiones específicas, función física, rol físico y dolor corporal. Tales relaciones nos indican que la experiencia espiritual diaria estaría relacionada con menores limitaciones físicas o el decremento de bienestar físico, así como con menores limitaciones a causa de dolencias. Consistente con este hallazgo, la literatura sostiene que los sujetos con niveles más altos de espiritualidad reportan sentirse mejor físicamente (McCullough et al., 2000; Musick, Traphagan, Koeing & Larson, 2000) y sanos un mayor número de días que aquellos con niveles más bajos de bienestar espiritual (Anye et al., 2013).

Ello podría deberse a que una persona con un compromiso espiritual entiende su cuerpo como sagrado. En ese sentido, el cuidado de la salud adquiere importancia (Hill & Pargament, 2008; Maton & Pargament, 2000) y se traduce en un trabajo activo por regular la vida realizando mayores conductas saludables (Musick et al., 2000) como ir al médico, cuidar el sueño, comer saludable, realizar actividad física, y abandonando ciertas conductas de riesgo, como el abuso de alcohol y las relaciones sexuales promiscuas (Seybold & Hill, 2001).

Sumado a lo anterior, se sabe que las experiencias espirituales diarias de conexión con Dios vienen acompañadas de sensaciones de profunda paz interior (Underwood, 2006; 2011). Al promover, entonces, respuestas de relajación, la espiritualidad guardaría relación con la salud física en tanto repercute en la disminución de la tensión muscular (Idler et al., 2003). La

reducción de respuestas de estrés, específicamente, de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y de los niveles de oxigenación, así como de la actividad cerebral (Idler et al., 2003) conllevaría a mejores reportes en esta dimensión de la salud.

Otro aspecto importante del componente físico de la salud es la sintomatología dolorosa. A este respecto, los estudios sugieren que cuando las personas experimentan dolor recurren a la religión o a la espiritualidad en busca de consuelo y fortaleza para afrontarlo. Así, cabe pensar que cuando los universitarios experimentan niveles de dolor que pudiesen ser limitantes, la cercanía con lo sagrado jugaría un rol significativo en el afrontamiento de este, pues está relacionada con el aumento de la tolerancia al mismo (Baetz & Bowen, 2008; McCauley, Tarpley, Haaz, & Bartlett, 2007). De este modo, se hipotetiza que cuando los estudiantes tienen mayores experiencias espirituales, reportarían menor dolor y/o limitaciones por el mismo, repercutiendo ello, simultáneamente, en una mejor salud física.

A la luz de lo anterior, tiene sentido pensar que los universitarios que viven su espiritualidad, estarían más propensos a buscar estilos de vida saludables y que promuevan el bienestar, en tanto que esto representa una muestra de gratitud con aquel con quien desean tener un vínculo más cercano (Underwood, 2006; 2011), lo cual, a su vez, desencadenaría en mejores desempeños cotidianos, menores reportes de limitaciones físicas en las actividades diarias y menor sintomatología dolorosa.

Por otro lado, respecto al componente mental de la salud, se encontró correlaciones significativas únicamente con la dimensión vitalidad. De esta manera, se halló que cuando los universitarios se sienten llenos de energía y con mayor vigor, advierten menores experiencias espirituales diarias, y que a mayor sensación de cansancio y de agotamiento, reportan mayores experiencias espirituales diarias. Las investigaciones sugieren que cuando los individuos se sienten agotados y con poca energía para lidiar con el día a día, buscan experimentar a un Dios más cercano en quien aliviar su fatiga (Holland & Neimeyer, 2005). Esto se explicaría en que en condiciones desfavorables, las personas experimentan una sensación de pérdida de control, lo cual las llevaría a buscar un poder superior en quien refugiarse (Koenig, George & Siegler, 1988).

A su vez, este acercamiento con su espiritualidad, les permitiría a los universitarios entrar en contacto con sus propios recursos, les devolvería la confianza en su capacidad para solucionar los problemas y experimentarían, nuevamente, niveles más altos de vitalidad (Yoffe, 2012). Al contar con la energía necesaria para lidiar con el día a día ya no buscarían experimentar a lo sagrado en la cotidianidad, por lo que se entendería que cuando los niveles de vitalidad son más altos, las experiencias espirituales diarias descenderían.

Llama la atención que el presente estudio encontrara correlaciones específicas entre el componente físico de la salud y la experiencia espiritual diaria, mas solo con una dimensión del componente salud mental. Ante ello, se podría pensar que relaciones significativas entre estas variables serían más evidentes cuando existe patología, dado que las personas en busca de respuestas recurren a Dios. De ahí que el presente estudio, en población sana, no habría mostrado relaciones estadísticamente significativas entre la DSE y el aspecto mental de la salud, salvo con una dimensión.

Sumado a lo anterior, se sabe que los estudiantes de ingeniería suelen presentar una menor percepción de vulnerabilidad en su salud mental en comparación con otras carreras (Amezquita & Zuluaga, 2003 como se citó en Saravia, 2011). Se podría pensar, en ese sentido, que al pertenecer todos los estudiantes a dicha facultad, la relación entre salud mental y experiencia espiritual diaria no sería tan evidente, dada la menor probabilidad a identificar problemáticas de este tipo.

Por otro lado, las relaciones halladas en este estudio, si bien son significativas, son de magnitud pequeña. Ello podría deberse a que la mayor parte de los estudios revisados encuentran relaciones fuertes entre la salud con el constructo espiritualidad y no con la experiencia espiritual diaria, aspecto contenido en la misma (Bhatti, Batool & Riaz, 2011; Ironson et al., 2006; Jaramillo et al., 2005; Park, 2007; Quiceno & Vinaccia, 2011; Stewart, 2001; Wnuk & Marcinkowski, 2014). Esto llevaría a pensar que quizá al vincular un aspecto global como la salud debería tomarse en cuenta el constructo global de espiritualidad, en otras palabras, incluir también las creencias y las prácticas asociadas a dicho compromiso. Quizá, de esta manera, la relación sería más evidente y se aclararía la ausencia de relaciones significativas con las otras dimensiones del componente salud mental.

Es importante mencionar también que la mayor parte de estudios que han utilizado la escala DSES lo han realizado con población que se encuentra atravesando por situaciones adversas, las cuales podrían requerir un Dios más cercano, que les conforte en el día a día y dé fuerzas en sus luchas espirituales (Asby, Heads & Dickson, 2016; Bennett & Shepherd, 2012; Syukrowardi, Wichaikull & Bormann, 2017). No sucede necesariamente así en población que no esté atravesando por alguna crisis evidente que remita a cuestionamientos últimos sobre el sentido de su vida, como lo es la etapa universitaria. Estos estudiantes, en cambio, perciben su salud como buena o muy buena la mayor parte del tiempo (Consortio, 2013), por lo que los aspectos cotidianos no evidenciarían relaciones tan fuertes con su salud.

Específicamente, en nuestro estudio se encontró que, en su mayoría, los universitarios reportaban tener una salud favorable y ninguno una desfavorable. No obstante, cuando se les

pide detallar la presencia de alguna enfermedad o se indaga sobre el IMC se observan problemáticas. Es así que, el 28% de estos señalan un peso inadecuado y el 47 % considera que ha sufrido alguna enfermedad física y/o mental, llegando a experimentar entre 1 y 7 síntomas y estando, la mayoría de estos cuadros, asociados al dolor y problemáticas vinculadas al manejo de los afectos negativos y el estrés.

Cabe pensar entonces, que es posible que los estudiantes estén manejando la percepción global de su salud desde una perspectiva biologicista cartesiana, por lo cual se encuentran menos conscientes de cómo aspectos ligados al bienestar y, particularmente, a la salud mental empiezan a deteriorarse (Amigo, Fernández & Perez, 2003; 2009; Oblitas, 2004). Aspecto que es importante pues cuando se analiza la diferencia entre componentes de la salud, la salud física es mejor evaluada que la mental. Ello refuerza la noción de la poca valoración de este aspecto en la vida universitaria y que el modelo biomédico continúa presente (Amigo, Fernández & Perez, 2003; 2009; Oblitas, 2004).

Quizá si se conectara la experiencia espiritual diaria directamente con dolencias específicas o el peso en los universitarios sería más evidente el vínculo entre ambas variables. Por lo que se sugiere que estudios a futuro tomen en cuenta aspectos de la salud más vinculados a la realidad de los estudiantes como lo podrían ser el estrés académico, por ejemplo.

Por otra parte, para lograr una comprensión global de los hallazgos encontrados, es necesario responder a los objetivos específicos de la investigación, siendo necesario analizar las diferencias significativas encontradas según las variables sociodemográficas y de religión.

De este modo, se observó, en primer lugar, que la salud difería según el sexo, de modo que los varones reportaban tener mejor salud que las mujeres; específicamente, mejor desempeño en el día a día, menores limitaciones físicas y una mejor percepción de su salud. Esto último coincide con la mayoría de investigaciones en las que se concluye que los hombres reportan con mayor frecuencia tener una mejor salud que las mujeres (ACHA, 2015; El Ansari & Stock, 2016; Jiménez, Arismedy & Gómez, 2014; Latas, Milovanovic, Stojkovic, Ralic, & Jovanovic, 2013; Paro et al., 2010; Schmidt et al., 2012).

Se explica que es posible que las mujeres reporten una peor salud, dado que suelen estar más pendientes de esta área, llegando a ser más sensitivas con sus disfunciones físicas y mentales, a manifestar con más facilidad mayores síntomas y quejas de salud y a experimentar mayores niveles de estrés que los hombres, así también, las mujeres tienden a reportar el haber estado tan enfermas que han tenido que quedarse en cama (El Ansari, 2016; Lema et al., 2009; Saravia, 2013). A diferencia de ellas, se ha encontrado que los hombres

suelen exteriorizar sus síntomas a través de conductas como el consumo de alcohol y drogas o actos violentos (Rosenfield & Mouzon, 2013). Todo lo anterior, llevaría a las mujeres a realizar mayores conductas saludables tales como asistir a servicios de salud y realizar menos conductas de riesgo (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003; Boullosa, 2013; Eckermann, 2000).

Respecto a la edad, se encontró que cuanto mayor es el estudiante mejor percibe su salud y evalúa menos limitaciones en sus actividades cotidianas a causas de problemas emocionales (rol emocional). A la luz de los resultados, cabe señalar que son pocas las investigaciones que estudian la diferencia según la edad en el afrontamiento de estresores y las realizadas en población joven postulan que el afrontamiento que realizan suele ser activo, es decir, aquel que busca resolver el problema (Seiffge-Krenke, 2013). De igual modo, Cassaretto et al. (2003) encontraron que a mayor edad, mayor uso de estrategias focalizadas en el problema y por ende menores niveles de estrés. Al experimentarse con mayores recursos que en la adolescencia (Cassaretto et al., 2003), el universitario podría lidiar de manera más efectiva con las dificultades emocionales que sobre él recaen y, de este modo, no habría interferencia de problemas de este tipo en sus actividades diarias, lo cual tiene sentido al ser los universitarios evaluados de los últimos años de pregrado.

Respecto a la condición laboral se encontró que los universitarios que tenían trabajo reportaban mayores limitaciones en su desempeño laboral a causa de problemas relacionados a su salud física (rol físico); sin embargo, reportaron mejores evaluaciones de su salud (salud general) y menores cantidades de problemas emocionales que interfieran con su empleo u otras actividades diarias (rol emocional) que los que no tenían empleo. Por su parte, los que trabajaban un mayor número de horas a la semana, manifestaron menores limitaciones en el trabajo y su vida social a causa de problemas emocionales. Así también, se halló que a mayor número de horas laborales, mayores las limitaciones en las actividades diarias causadas por problemas físicos en la salud (rol físico). A pesar de ello, se encontró que a mayor número de horas de trabajo, mejor la valoración del estado de salud actual.

En relación a esto, se sabe que el trabajo constituye una actividad importante en la construcción de la identidad adulta por la sensación de autonomía que otorga (Gini, 2013) y porque permite al joven aproximarse a la meta de independencia económica de los padres (De Jesus & Ordaz, 2006). Se ha encontrado, en esta misma línea, que en los universitarios la satisfacción laboral estaría relacionada con el bienestar subjetivo y esto, a su vez, con la salud general (Loughlin & Barling, 2001; Pavot & Diener, 2004). De ahí que los universitarios que trabajan reporten una mejor salud física. Así también, dado que el trabajo ha enriquecido sus relaciones sociales, ha exigido de ellos el aprendizaje de nuevas habilidades para solucionar

problemas (Gini, 2013) y, con esto, han logrado a experimentarse a sí mismos con mayores recursos, tiene sentido pensar que los universitarios que trabajan reporten menor interferencia de problemas de tipo emocional en su vida diaria, en comparación con los que no trabajan.

Sin embargo, la carga de trabajo y estudio tendría como costo cierto nivel de fatiga, siendo así que a pesar de los beneficios que el trabajo tiene, por los niveles de estrés que supone, estaría relacionado también con problemáticas físicas (Loughlin & Barling, 2001), como lo reporta el resultado hallado en la presente investigación. No obstante, dado que estos jóvenes no tendrían que preocuparse, necesariamente, por cuestiones como sustentar a una familia o mantener un trabajo (Menéndez, 2013), se podría pensar que las limitaciones no llegarían a ser extremas. Cabe mencionar, así también, que estas correlaciones halladas fueron pequeñas, por lo que habría que tomar con prudencia dicho resultado.

Por su parte, en relación a la variable con quién vive, se hallaron diferencias significativas en la salud, apreciándose que los universitarios que viven solos reportaban menores problemas en el trabajo a causa de su salud física (rol físico), mejor funcionamiento físico y una mejor valoración de la salud física (CSF), en comparación con quienes viven con sus familias.

A este respecto, se sabe que dentro de los estresores de mayor peso durante la adolescencia y la adultez temprana se encuentran los conflictos familiares (El Ansari & Stock, 2010; El Ansari et al., 2011) en torno a la búsqueda de autonomía de las restricciones parentales (Seiffge-Krenke, 2013). Es por ello que podría pensarse que al vivir solos, los universitarios ya no tendrían que responder a las exigencias puestas sobre ellos por parte de sus padres, disminuyendo así los niveles de estrés (Manzi, Vignoles, Regalia & Scabini, 2006). Ello repercutiría en mayores niveles de bienestar físico y menores limitaciones físicas en el día a día, en comparación de quienes viven con su familia.

Por otro lado, con relación a la DSE se evidenciaron, en primer lugar, diferencias según el sexo, con mayores experiencias espirituales diarias para las mujeres. Este resultado coincide con la investigación realizada por la Encuesta Social General de Estados Unidos (Maselko & Kubzansky, 2006) en el que un mayor nivel de DSE para las mujeres se relacionaba con un mayor bienestar. No obstante, no sucede así para la mayoría de estudios realizados, en los que no se encuentran diferencias significativas según sexo para la variable experiencia espiritual diaria (Mayoral, Mejía, Laca & Underwood, 2013; Ng et al., 2009). Previamente, en nuestro contexto, tampoco se evidenciaron diferencias significativas en los niveles de DSE según sexo (Dávila, 2015).

Dada la cualidad emocional de los ítems de la prueba, tiene sentido pensar que en aquellas culturas en las que sea más aceptable que las mujeres reporten sus emociones, como lo es el contexto peruano, sean estas quienes reporten mayores experiencias espirituales en comparación con los estudiantes varones (Underwood, 2011). Una segunda hipótesis radicaría en los esquemas relacionales de hombres y mujeres. Se piensa que estas últimas buscarían relaciones de conexión más cercanas con Dios, lo cual repercutiría en mayores experiencias espirituales diarias, en tanto que los hombres tienden a vivir su espiritualidad desde un mayor involucramiento en prácticas religiosas, mas no necesariamente en experiencias espirituales (Bryant, 2007).

También se encontró que aquellos estudiantes que se identificaban con alguna religión particular, en el presente caso, católica o protestante, evidenciaban mayores niveles de experiencias espirituales diarias que los que no profesaban ninguna religión, lo cual guarda relación con otros estudios realizados en población universitaria (Anye et al., 2013) y con el estudio previo realizado por Dávila (2015) en Lima. Respecto a ello, es necesario añadir que en la búsqueda de relación con Dios, la persona necesita valerse de medios que le permitan internalizar el nuevo estilo de vida que lleva, lo cual involucraría a los estudiantes en prácticas que los ayuden a alcanzar sus metas espirituales, como podría ser la adherencia a alguna religión (Hakney & Sanders, 2003). Sin embargo, este resultado debe analizarse con prudencia, pues los grupos son desproporcionados y es importante un reporte más fino acerca de la adherencia a una religión particular.

Concluimos presentando las limitaciones del presente estudio. Se debe señalar que, en la línea de lo sugerido por Dávila (2015) con relación a una aproximación más profunda a los dogmas de los participantes, se plantearon dos preguntas de forma abierta, qué religión profesa y cuán practicante es de su religión (Apéndice B). No obstante, dada la diversidad de respuestas y la complejidad causada en los estudiantes, se pensó que no era del todo posible evaluarlas. Por lo que se sugiere que a futuro puedan usarse métodos como entrevistas o focus group, a fin de obtener un análisis cualitativo del espectro espiritual-religioso que complemente la investigación.

Se debe mencionar también que el presente trabajo utilizó a estudiantes de una misma universidad. Dada la particularidad de esta muestra no se podría saber cómo funcionaría la relación entre ambas variables en otras poblaciones, por lo que no se podrían generalizar estos resultados a la población universitaria. Se sugiere, entonces, que este estudio sea replicado en otras instituciones de Lima y provincia a fin de observar diferencias según el contexto.

Además, debe señalarse que la mayor parte de la muestra fue conformada por hombres, de una única facultad (Ingeniería). Tal desbalance podría estar influyendo en los resultados del trabajo. En ese sentido, se sugiere que futuras investigaciones en contextos similares incluyan estudiantes de otras carreras y tengan en cuenta que el número de mujeres y hombres sea lo más equiparable posible. Ello permitiría resultados más precisos entre los niveles de espiritualidad y salud.

Sumado a lo anterior, según Underwood (2006; 2011) la escala DSES, al tomar en cuenta las percepciones espirituales particulares y plasmarlas en su construcción, lograría abarcar estas diferencias en los estudiantes. A pesar de ello, es necesario añadir que esta escala, al medir experiencias espirituales diarias, no logra abarcar la totalidad del constructo espiritualidad. Por lo cual, se sugiere que en posteriores investigaciones se tome en cuenta también las características cognitivas y conductuales de la espiritualidad, como lo son las creencias y las prácticas asociadas a la misma.

Asimismo, dada la ausencia de correlación con las otras dimensiones del componente salud mental, se sugiere que a futuro la escala DSES sea vinculada a aspectos más específicos de la salud y más evidentes para la población universitaria como podrían serlo el estrés o sintomatología ansiosa y depresiva.

A modo de conclusión, se ha podido observar que la experiencia espiritual diaria tiene relaciones, principalmente, con la salud física. En ese sentido, esta podría ser un recurso protector de la salud física en tanto está relacionada con la búsqueda de estilos de vida saludables. Esto llevaría a pensar acerca de la posibilidad de brindar espacios en donde los estudiantes puedan discutir abiertamente acerca de sus creencias espirituales y se fomente su importancia en el ámbito universitario (Dávila, 2015). A través de la búsqueda de sentido que la espiritualidad permite, se podría, además, vincular a los universitarios con los aspectos mentales de su salud, de los cuales, aparentemente, no están siendo conscientes. Todo ello repercutiría no solo en conductas más saludables, sino que permitiría, también, conocer de cerca aquellos aspectos sagrados en la vida de la población universitaria.

Referencias

- Alfaro, P. (2012). Calidad de vida relacionada a la salud y locus de control de la salud en un grupo de pacientes con tratamiento de hemodiálisis. (Tesis de licenciatura). Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1287>
- Amigo, I. Fernández, C. y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- American College Health Association (2012). National College Health Assessment. [Adobe Digital Editions versión] Recuperado de: http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHA-II_UNDERGRAD_ReferenceGroup_ExecutiveSummary_Spring2011.pdf
- American College Health Association (2015). National College Health Assessment. [Adobe Digital Editions versión] Recuperado de: <http://www.acha-ncha.org/docs/NCHA-II%20FALL%202015%20REFERENCE%20GROUP%20EXECUTIVE%20SUMMARY.pdf>
- Anye, E., Gallien, T., Bian, H., & Moulton, M. (2013). The relationship between spiritual well-being and health-related quality of life in college students. *Journal of American College Health*, 61(7), 414–421.
- Arrivillaga, M., Salazar, I. C., & Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia médica*, 34(4).
- Asby, A. T., Heads, A. M. B., & Dickson, J. W. (2016). Living With Maternal HIV: Spirituality, Depression, And Family Functioning. *American Journal of Health Sciences*, 7(1), 15.
- Baetz, M., & Bowen, R. (2008). Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. *Pain research and management*, 13(5), 383-388.
- Barraza, A. (2003). El estrés académico en los alumnos de postgrado de la Universidad Pedagógica de Durango. Memoria electrónica del VII Congreso Nacional de Investigación Educativa, Guadalajara, México.
- Barraza, A. (2005). El estrés académico de los alumnos de Educación Media Superior. Memoria electrónica del VIII Congreso Nacional de Investigación Educativa, Hermosillo, México.
- Barraza, A. (2007). Estrés académico: un estado de la cuestión. *Revista Electrónica Psicología científica.com*. Disponible en:

- <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-232-1-estres-academico-un-estado-de-lacuestion.html>
- Barraza, A. (2007). Propiedades psicométricas del Inventario SISCO del Estrés Académico. *Revista Electrónica Psicologiacientifica.com*. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-248-1-propiedadespsicometricas-del-inventario-sisco-del-estres-ac.html>
- Barraza, M. (2007). El estrés académico en alumnos de maestría y sus variables moduladoras: un diseño de diferencia de grupos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 270-289.
- Barraza, A. & Silerio, J. (2007). El estrés académico en los alumnos de educación media superior. Un estudio comparativo. *Investigación Educativa Duranguense*, (7), 48-65.
- Bennett, K. S., & Shepherd, J. M. (2013). Depression in Australian women: The varied roles of spirituality and social support. *Journal of health psychology*, 18(3), 429-438.
- Berry, D., Bass, C., Shimp-Fassler, C., & Succop, P. (2012). Risk, religiosity, and emerging adulthood: description of Christian, Jewish, and Muslim university students at entering the freshman year. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(7), 1-16. DOI:10.1080/13674676.2012.715145
- Becerra, S. (2013). Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología (PUCP)*, 31(2), 287-314.
- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 34(2).
- Bhatti, M., Batool, N., & Riaz, M. (2011). Relationship between spiritual wellness and quality of life among university students. *Pakistan Journal of Psychology*, 42(2), 57-65.
- Blázquez, B. O., Sarto, S. B., & del Hoyo, Y. L. (2011). Estrés y otros factores psicológicos asociados en estudiantes de fisioterapia. *Fisioterapia*, 33(1), 19-24.
- Boullosa, G. I. (2013). *Estrés académico y afrontamiento en un grupo de estudiantes de una universidad privada de Lima*. (Tesis de inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Bryant, A. N. (2007). Gender differences in spiritual development during the college years. *Sex roles*, 56(11-12), 835-846.
- Bussema, K. E., & Bussema, E. F. (2000). Is there a balm in Gilead? The implications of faith in coping with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 117.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología*, 21(2), 363-392.

- Chau, C. B., & Saravia, J. C. (2014). Adaptación Universitaria y Su Relación con la Salud Percibida en Una Muestra de Jóvenes de Perú. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(2).
- Chau, C. & Van der Broucke, S. (2005). Consumo de alcohol y sus determinantes en estudiantes universitarios limeños: un estudio de focusgroup. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 23 (2), 267-291.
- Chau, C., & Vilela, P. (2017). Variables asociadas a la salud física y mental percibida en estudiantes universitarios de Lima. *LIBERABIT: Revista Peruana de Psicología*, 23(1), 89-102.
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of Palliative Medicine*, 8(supplement 1), s-103.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of clinical oncology*, 23(24), 5520-5525.
- Consortio de universidades (2013). *Perfil de los estudiantes del consorcio de universidades. Resumen y análisis*. Encuesta realizada por el grupo de opinión pública de la Universidad de Lima. Recuperado de <http://www.consortio.edu.pe/wp-content/uploads/2014/04/Guia-Universidades-Saludable-2013.pdf>
- Cook, C. C. (2004). Addiction and spirituality. *Addiction*, 99(5), 539-551.
- Dávila, M. (2015). *Sentido de coherencia y experiencia espiritual en estudiantes universitarios de Lima*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- De Jesús, M., & Ordaz, M. (2006). El significado del trabajo: estudio comparativo entre jóvenes empleados y desempleados. *Revista de psicología*, 25(2), 64-77.
- Eckermann, L. (2000). Gendering indicators of health and well-being: Is quality of life gender neutral?. *Social Indicators Research*, 52(1), 29-54.
- El Ansari, W., & Stock, C. (2010). Is the health and wellbeing of university students associated with their academic performance? Cross sectional findings from the United Kingdom. *International journal of environmental research and public health*, 7(2), 509-527.
- El Ansari, W., & Stock, C. (2016). Explaining the gender difference in self-rated health among university students in Egypt. *Women & health*, 56(7), 731-744.

- El Ansari, W., Stock, C., John, J., Deeny, P., Phillips, C., Snelgrove, S., ... & Mabhala, A. (2011). Health promoting behaviours and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK. *Central European journal of public health*, 19(4), 197.
- Garratt, A. M., Schmidt, L., Fitzpatrick, R., & Mackintosh, A. E. (2000). Instruments for diabetes: a review report from the Patient-reported Health Instruments Group (formerly the Patient-assessed Health Outcomes Programme) to the Department of Health.
- Gini, A. (2013). *My job, my self: Work and the creation of the modern individual*. Routledge.
- Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima (2009). *III Encuesta Anual sobre Situación de la Salud en el Perú. Resumen y análisis*. Lima y Callao. Recuperado de [http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D8994F2F05256E630017BD4C/\\$file/barometro_social_abr_2009b.pdf](http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D8994F2F05256E630017BD4C/$file/barometro_social_abr_2009b.pdf).
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the scientific study of religion*, 42(1), 43-55.
- Hill, P., & Pargament, K. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(1), 3-17. DOI: 10.1037/1941-1022.S.1.3.
- Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2005). Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: The role of daily spiritual experiences and training. *Palliative & supportive care*, 3(3), 173-181.
- Hospital Nacional Cayetano Heredia. (2010). Análisis de situación de salud del Hospital Cayetano Heredia 2010. Extraído de: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/images/stories/epidemiologia/AnalisisdeSituaciondeSalud_2010.pdf
- Idler, E., Musick, M., Ellison, C., George, L., Krause, N., Ory, M., Pargament, K., Powell, L., Underwood, L., & Williams, D. (2003). Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: Conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Research on Aging*, 25(4), 327-365.
- Ironson, G., Stuetzle, R., & Fletcher, M. A. (2006). An increase in religiousness/spirituality occurs after HIV diagnosis and predicts slower disease progression over 4 years in people with HIV. *Journal of general internal medicine*, 21(S5), S62-S68.
- Jaramillo V., D.E., Ospina M., D.E., Cabarcas I., G. y Humphreys, J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista de Salud Pública*, 7(3), 281-292.

- Jiménez, L. M. P., Arismey, M. Z., & Gómez, J. H. D. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, 2013. *Medicina UPB*, 33(2).
- Kalkstein, S., & Tower, R. B. (2009). The Daily Spiritual Experiences Scale and well-being: Demographic comparisons and scale validation with older Jewish adults and a diverse internet sample. *Journal of Religion and Health*, 48(4), 402-417.
- Kelley, M. M., & Chan, K. T. (2012). Assessing the role of attachment to God, meaning, and religious coping as mediators in the grief experience. *Death Studies*, 36(3), 199-227.
- Kline, R. (2010). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3era ed. New York: Guilford Press.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- 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., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oup Usa.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). A history of religion, science and medicine. *Handbook of religion and health*, 24-49.
- Latas, M., Milovanovic, S., Stojkovic, T., Ralic, T., & Jovanovic, S. (2013). Gender specific study of medical students' health-related quality of life. *European Psychiatry*, 28, 1.
- Laos Manrique, K. (2010). *Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2001). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of social and clinical psychology*, 19(1), 102-116.
- Lema Soto, L. F., Salazar Torres, I. C., Varela Arévalo, M. T., Tamayo Cardona, J. A., Rubio Sarria, A., & Botero Polanco, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento psicológico*, 5(12).
- Lo, B., Ruston, D., Kates, L. W., Arnold, R. M., Cohen, C. B., Faber-Langendoen, K., ... & Schreiber, S. (2002). Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *Jama*, 287(6), 749-754.
- Lostanau, A. V., & Torrejón, C. S. (2014). *Estrés, afrontamiento y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis inédita de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Loughlin, C., & Barling, J. (2001). Young workers' work values, attitudes, and behaviours. *Journal of occupational and organizational Psychology*, 74(4), 543-558.
- Manzi, C., Vignoles, V. L., Regalia, C., & Scabini, E. (2006). Cohesion and enmeshment revisited: differentiation, identity, and well-being in two European cultures. *Journal of Marriage and Family*, 68(3), 673-689.
- Martin, I. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 25(1), 87-99.
- Maselko, J., & Kubzansky, L. D. (2006). Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social science & medicine*, 62(11), 2848-2860.
- Mayoral, E. G., Underwood, L. G., Laca, F. A., & Mejía, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of Underwood's Daily Spiritual Experience Scale in Mexico. *International Journal of Hispanic Psychology*, 6(2), 191.
- 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 Care & Research*, 59(1), 122-128.
- McConnell, K.M., Pargament, K.I., Ellison, C.G. y Flannelly, K.J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1469-1484.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health psychology*, 19(3), 211-222.
- Menéndez, M. D. C. (2013). *Estrés agudo y características de cólera y hostilidad en estudiantes universitarios de Ciencias e Ingeniería*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., El Ansari, W., Naydenova, V., Stock, C., Ilieva, S., ... & Nagyova, I. (2008). Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(2), 105-112.
- Mikolajczyk, R. T., Maxwell, A. E., Naydenova, V., Meier, S., & El Ansari, W. (2008). Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), 19.

- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2015). Orientaciones técnicas para promover universidades saludables.. Lima: Autor.
- Muñoz, M., & Cabieses, B. (2008). Universidades y promoción de la salud:¿ cómo alcanzar el punto de encuentro?.
- Musick, M. A., Traphagan, J. W., Koeing, H. G., & Larson, D. B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development*, 7(2), 73-86.
- Nelms, L., Hutchins, E., Hutchins, D., & Pursley, R. J. (2007). Spirituality and the health of college students. *Journal of Religion and Health*, 46(2), 249-265.
- Ng, S.-M., Fong, T. C. T., Tsui, E. Y. L., Au-Yeung, F. S. W., & Law, S. K. W. (2009). Validation of the Chinese Version of Underwood's Daily Spiritual Experience Scale— Transcending Cultural Boundaries? *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(2), 91–97. DOI: 10.1007/s12529–009–9045–5.
- Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. *Revista de Psicología*, 21(2), 363-392.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf [Consulta: 2007, Octubre 14]
- Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente y práctica (documento PDF). Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Extraído de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2012). Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Organización Mundial de la salud. Extraído de: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
- Páramo, M. D. L. Á., Straniero, C. M., García, C. S., Torrecilla, N. M., & Gómez, E. E. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 7-21.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9 (1), 3–16. DOI:10.1207/s15327582ijpr0901_2.
- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press.

- Pargament, K. (2007). *Spiritually integrated psychotherapy. Understanding and addressing the sacred*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. (2013). Spirituality as an irreducible human motivation and process. *International Journal for the Psychology of Religion*, 23(4), 271– 281. DOI: 10.1080/10508619.2013.795815.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K., & Mahoney, A. (2005). Sacred matters: sanctification as a vital topic for the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion*, 15(3), 179–198. DOI: 10.1207/s15327582ijpr1503_1.
- Pargament, K., Mahoney, A., Exline, J., Jones, J., & Shafranske, E. (2013). Envisioning and integrative paradigm for the psychology of religion and spirituality. *APA Handbook of Psychology, Religion, and Spirituality (Vol 1): Context, Theory, and Research, 1*, 3–19. DOI: 10.1037/14045–000.
- Pargament, K. I., & Maton, K. I. (2000). Religion in American life. In *Handbook of community psychology* (pp. 495-522). Springer US.
- Pargament, K., Magyar-Russell, G., & Murray-Swank, N. (2005). The sacred and the search for significance: religion as a unique process. *Journal of Social Issues*, 61(4), 665–687. DOI: 10.1111/j.1540–4560.2005.00426.x.
- Park, C. L. (2007). Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. *Journal of behavioral medicine*, 30(4), 319-328.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- Paro, H. B., Morales, N. M., Silva, C. H., Rezende, C. H., Pinto, R., Morales, R. R., ... & Prado, M. M. (2010). Health-related quality of life of medical students. *Medical education*, 44(3), 227-235.
- Pumalpa, J., & Alexander, L. (2014) *Validación de la escala DSES (Daily Spiritual Experience Scale) en español para Colombia* (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia).
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). The health in the mark of the psychology of the religion and the spirituality. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336.

- Rojas, R. (2016). *Calidad de vida relacionada a la salud y afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Romero, C. (2015). *Percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. (Tesis inédita de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rosenfield, S., & Mouzon, D. (2013). Gender and mental health. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 277-296). Springer Netherlands.
- Salas, G. G. (2009). *Calidad de vida y estilos de personalidad en pacientes con dolor crónico*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Salazar, F. R., & Bernabé, E. (2015). The Spanish SF-36 in Peru Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(2), NP2372-NP2380.
- Saravia, J. C. (2011). *Sentido de coherencia en pacientes limítrofes y estudiantes de ingeniería*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Saravia, J. C. (2013). *Factores psicológicos y conductuales de la salud en un grupo de universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis inédita de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Schmidt, S., Vilagut, G., Garin, O., Cunillera, O., Tresserras, R., Brugulat, P., Mompert, A., Medina, A., Montse, F., & Alonso, J. (2012). Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. *Medicina Clínica*, 139(14), 613-625.
- Seiffge-Krenke, I. (2013). *Stress, coping, and relationships in adolescence*. New York: Psychology Press.
- Stewart, C. (2001). The influence of spirituality on substance use of college students. *Journal of Drug Education*, 31(4), 343-351.
- Seybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 21-24.
- Syukrowardi, D. A., Wichaikull, S., & von Bormann, S. (2017). Spirituality as an internal protective factor of resilience in children after exposing flood. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 5(4), 1474-1479.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ta ed). España: McGraw-Hill Interamericana.

- Torres, J. (2011). *Relación entre calidad de vida relacionada con la salud y soporte social en pacientes con cáncer de mama*. Tesis para optar por el título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Underwood, L. G. (2006). Ordinary spiritual experience: Qualitative research, interpretive guidelines, and population distribution for the Daily Spiritual Experience Scale. *Archive for the Psychology of Religion*, 28(1), 181-218.
- Underwood, L. G. (2011). The daily spiritual experience scale: overview and results. *Religions*, 2(1), 29-50.
- Underwood, L. G., & Teresi, J. A. (2002). The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 22-33.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta sanitaria*, 19(2), 135-150.
- Ware, Jr, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 23(2), 49-73.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- Wnuk, M., & Marcinkowski, J. T. (2014). Do existential variables mediate between religious-spiritual facets of functionality and psychological wellbeing. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 56-67. DOI: 10.1007/s10943-012
- Yoffe, L. (2012). Beneficios de las prácticas religiosas/espirituales en el duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.
- Zinnbauer, F., & Pargament, K. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology religion and spirituality* (1st ed.). New York: The Guilford Press.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of personality*, 67(6), 889-919.



APÉNDICES

APÉNDICE A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Susan Gonzales, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú. El propósito de este estudio es realizar una aproximación a lo que consideras tus experiencias vinculas a la salud y espiritualidad.

Si accede a participar de esta investigación, se le pedirá responder una ficha de datos sociodemográficos y dos cuestionarios, lo cual le tomará 15 minutos aproximadamente. Su participación en este estudio es voluntaria y ninguna de las pruebas aplicadas serán perjudiciales para usted. La información que se recoja será anónima y confidencial, y no podrá ser usada para fines que escapen a esta investigación.

Si usted decide participar del proyecto, podrá retirarse en cualquier momento, si así lo desea. Asimismo, si tuviese alguna pregunta, podrá realizarla en cualquier momento. Se le agradece de antemano su participación.

Habiendo leído toda esta información, ¿acepta participar?

Sí

No

Firma (opcional)

Firma investigadora

Este estudio se realiza bajo la supervisión de la Mg. Mónica Cassaretto (mcassar@pucp.edu.pe, 6262000 anexo 4598), profesora del Departamento de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

FICHA DE DATOS (APÉNDICE B)

I. DATOS PERSONALES

1. Sexo: Hombre Mujer 2. Edad: _____
3. Lugar de Nacimiento: _____
 a. En caso de haber nacido en provincia, tiempo de residencia en Lima en años: _____
4. ¿Con quiénes vives actualmente? (marcar solo una opción)
- Solo Con familiares y amigos Con amigos y otros
 Con familiares Con familiares y otros Otros
 Con amigos
5. ¿Tiene pareja? Sí No
6. ¿Usted trabaja actualmente? Sí No

Si su respuesta es SÍ, indique el número de horas promedio por semana que trabaja: _____
 y el tipo de actividad u oficio que realiza: _____

7. Religión: _____ En una escala del 1 al 5, cuán practicante es de su religión? _____

II. DATOS ACADÉMICOS

1. ¿A qué facultad y carrera pertenece? _____
2. Nivel de estudios en el que se ubica (marca con una X):

Mitad de la carrera Primeros años en facultad	Fines de la carrera Últimos años en facultad

III. DATOS SOBRE SALUD

1. Talla aproximada: _____ 2. Peso aproximado: _____
3. ¿Ha presentado en el **ÚLTIMO AÑO** algún tipo de enfermedad física y/o mental?
 SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, marque cuál (Puede marcar más de una opción):

Dolores de espalda y cabeza _____	Molestias estomacales _____
Tensión en el cuello y/o espalda _____	Migraña _____
Enfermedades respiratorias _____	Hipertensión _____
Ansiedad _____	Depresión _____
Insomnio _____	Tumores/Quistes _____
Otros (indique cuál): _____	

APÉNDICE C

Resultados descriptivos de la Ficha Sociodemográfica

	<i>f</i>	<i>%</i>		<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo			Lugar de nacimiento		
Mujeres	51	26.3	Lima	129	66.5
Varones	143	73.7	Provincia	65	33.5
Facultad de Pertenencia			Años de estudio		
I. Industrial	72	37.1	Primeros años	131	67.5
I. Civil	54	27.8	Últimos años	63	32.5
I. Mecánica	23	11.9			
I. Minas	17	8.8	Trabaja actualmente		
I. Mecánica	2	1	Sí	50	25.8
I. Geológica	4	2.1	No	144	74.2
No está seguro	14	7.2			
Vive con			Tipo de trabajo		
Solo	22	11.3	Prácticas pre	37	19.1
Familiares	160	82.5	Otros	13	6.7
Otros	122	6.1	Ninguno	144	74.2
Tiene Pareja			Religión (agrupado)		
Sí	68	35.1	Católica	138	71.1
No	125	64.4	Protestante	20	10.3
			Ninguna	19	9.8
¿Ha sufrido alguna enfermedad física o mental durante el último año?					
Sí	91	46.9			
No	103	53.1			

	<i>M</i>	<i>De</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	20.89	2.12	18	30
Horas de trabajo a la semana	26.58	10.69	4	48
Número de enfermedades	3.28	1.75	1	7
IMC	23.48	2.8	17.15	32.27

APÉNDICE D

Confiabilidad de las escalas y componentes del Cuestionario SF-36

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Corregidas del SF-36

E s c a	Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento	Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento
Escala Función Física $\alpha = .86$			Escala Salud General $\alpha = .79$	
S3	.54	.86	S1	.67
S4	.67	.84	S33	.47
S5	.68	.84	S34	.60
S6	.56	.85	S35	.45
S7	.52	.86	S36	.69
S8	.53	.85	Escala Rol Físico $\alpha = .82$	
S9	.70	.84	S13	.58
S10	.70	.84	S14	.58
S11	.61	.85	S15	.69
S12	.36	.86	S16	.71
Escala Vitalidad $\alpha = .79$			Escala Dolor Corporal $\alpha = .77$	
S23	.54	.75	S21	.65
S27	.59	.72	S22	.65
S29	.56	.74	Escala Función Social $\alpha = .73$	
S31	.65	.69	S20	.57
Escala Salud Mental $\alpha = .68$			S32	.57
S24	.39	.78	Escala Rol Emocional $\alpha = .85$	
S25	.68	.67	S17	.74
S26	.46	.76	S18	.70
S28	.68	.68	S19	.72
S30	.51	.74		

N=194

APÉNDICE E

Confiabilidad de las escalas y componentes del Cuestionario SF-36

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Corregidas del SF-36

C P o	Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento	Correlación ítem-test corregido	Alfa si se elimina el elemento	
Componente Salud Física $\alpha = .87$			Componente Salud Mental $\alpha = .86$		
S1	.51	.86	S17	.59	.86
S3	.57	.86	S18	.63	.85
S4	.52	.86	S19	.62	.85
S5	.51	.86	S20	.56	.85
S6	.42	.86	S23	.46	.86
S7	.35	.87	S24	.37	.86
S8	.36	.86	S25	.57	.85
S9	.56	.86	S26	.51	.86
S10	.54	.86	S27	.57	.86
S11	.50	.86	S28	.66	.85
S12	.21	.87	S29	.45	.86
S13	.56	.86	S30	.62	.85
S14	.41	.87	S31	.52	.86
S15	.47	.86	S32	.57	.85
S16	.57	.86			
S21	.57	.86			
S22	.65	.86			
S33	.41	.86			
S34	.49	.86			
S35	.31	.87			
S36	.55	.86			

N= 194

APÉNDICE F

Confiabilidad de la escala DSE

Confiabilidad por Consistencia Interna y correlaciones corregidas del DSES

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
DSES = .93		
DSES1	0.79	0.93
DSES2	0.45	0.93
DSES3	0.81	0.93
DSES4	0.79	0.93
DSES5	0.79	0.93
DSES6	0.29	0.94
DSES7	0.80	0.93
DSES8	0.86	0.92
DSES9	0.83	0.93
DSES10	0.78	0.93
DSES11	0.53	0.93
DSES12	0.63	0.93
DSES13	0.35	0.94
DSES14	0.18	0.94
DSES15	0.76	0.93
DSES16	0.76	0.93

N= 194