



RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y SALUD MENTAL



370

C822

Religiosidad, espiritualidad y salud mental. Mariluz Cano García y Helmer Quintero Núñez (Autores). Sello Editorial SedUnac. 2020.

1. Psicología social. 2. Religión. 3. Salud mental.

157 Páginas: 21,59X27,94 cm.

ISBN: 978-958-52680-7-4

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA-CO /SPA /RDA
SCDD 21 /CUTTER – SANBORN.

Corporación Universitaria Adventista©

Sello Editorial SedUnac©

ISBN: 978-958-52680-7-4

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Rector

Dr. JUAN CHOQUE FERNÁNDEZ

Vicerrector Académico

Dr. SALVADOR POVEDA

Directora Investigación

Dra. ANA CRISTINA ZUÑIGA ZAPATA

Editor

HELMER QUINTERO NÚÑEZ

Autores

HELMER QUINTERO NÚÑEZ

MARILUZ CANO GARCÍA

Sello Editorial SedUnac

procesoseditoriales@unac.edu.co

Corrección de texto: Dr. ENOC IGLESIAS

Diagramación y carátula: HÉCTOR FABIÁN PALACIOS

1a edición: Diciembre de 2020

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema recuperable o transmitida en ninguna forma o por medio electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, u otro, sin haber citado la fuente. Los conceptos expresados en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente corresponden con los de la Corporación Universitaria Adventista.

Este libro es producto de ejercicios investigativos de los autores que aparecen al pie de la firma de cada capítulo; las investigaciones de donde se derivaron se declaran en cada uno de ellos. Este libro resultado de investigación fue sometido a evaluación externa con base en criterios de calidad determinados por Colciencias.

TABLE DE CONTENIDO

Resumen	12
Abstract	13
Introducción	15
1. Planteamiento del problema y justificación	15
1.1 Relevancia social:	15
1.2 Relevancia teórica	17
1.3 Relevancia contextual	18
1.4 Antecedentes	23
1.4.1 Investigaciones actuales sobre espiritualidad-religiosidad y su relación con la salud física y mental: reseñas geográficas	26
1.5. Objetivos	32
1.5.1 Objetivo general	32
1.5.2 Objetivos específicos	32
1.6 Hipótesis	33
1.6.1 Hipótesis de trabajo	33
1.6.1.1 Hipótesis nula	33
1.6.1.2 Hipótesis alterna	33
1.7. Variables	33

2. Marco teórico	34
2.1 Psicología de la religión, diferenciación conceptual	34
2.2 Salud mental	38
2.3 Bienestar psicológico	44
2.4 Espiritualidad y religiosidad	49
2.5 Orientación religiosa	55
3. Metodología	58
3.1 Enfoque metodológico	58
3.2 Diseño	58
3.3. Población, muestra y unidad de análisis	58
3.4 Criterios de inclusión	60
3.5 Criterios de exclusión	60
3.6 Técnica de recolección de información	62
3.7 Aspectos éticos	66
3.8 Procedimiento:	67
3.8.1 Adaptación y validación de la Escala de Orientación Religiosa Age Universal IE 12	72
3.8.2 Caracterización sociodemográfica	73
3.8.3 Pruebas de normalidad y medias de las variables	74
3.8.4 Comparativo de medias poblacionales y por denominación religiosa	74
3.8.5 Correlaciones	75
3.8.6 Modelos de regresión	75
3.8.7 Elaboración del modelo final	76
4. Resultados	77
4.1 Resultado de la validación Age Universal IE	78
4.1.1 Análisis factorial exploratorio Age Universal IE	78
4.1.2 Análisis factorial confirmatorio Age Universal IE	78
4.1.3 Análisis correlacional de factores Age Universal IE	80

4.2 Resultado de la descripción sociodemográfica de la investigación total	80
4.3 Análisis univariados: confiabilidad y medias de las variables observadas	81
4.4 Análisis descriptivo de la media muestral diferenciada por país de procedencia y tipo de religión	83
4.5 Análisis correlacional entre las variables religioso-espirituales y las de salud mental	86
4.5.1 Correlación entre espiritualidad, religiosidad y bienestar psicológico	86
4.5.2 Relación entre orientación religiosa y bienestar psicológico	88
4.6 Correlación entre espiritualidad, religiosidad y salud mental	89
4.6.1 Relación entre orientación religiosa y salud mental	91
4.7 Modelo explicativo de la relación de espiritualidad, religiosidad y la orientación religiosa con el bienestar psicológico	92
4.8 Modelo explicativo de la relación entre espiritualidad-religiosidad y salud mental	97
4.9 Modelo final salud mental y bienestar psicológico explicados por la espiritualidad y la religiosidad	102
5. Conclusiones	104
5.1 Adaptación y validación de la Escala Age Universal	104
5.2 Espiritualidad, religiosidad, orientación religiosa y bienestar psicológico	105
5.3 Espiritualidad, religiosidad, orientación religiosa y salud mental	108
5.4 Modelo final: espiritualidad, religiosidad, orientación religiosa y bienestar psicológico y salud mental	110
5.5 Afiliación religiosa, país de estudio, salud mental y bienestar psicológico	110

6. Discusión	113
7. Limitaciones del estudio	119
8. Referencias	121
9. Anexos	148

Lista de tablas

Tabla 1. Corrientes de la psicología de la religión	37
Tabla 2. Componentes Escala Ryff	47
Tabla 3. Operacionalización de variables	61
Tabla 4. Corrección y reemplazo de errores	70
Tabla 5. Explicativa de cumplimiento de objetivos específicos	77
Tabla 6. Análisis de varianza y confiabilidad	78
Tabla 7. Análisis Factorial Confirmatorio de la Age Universal I-E. Índices de ajuste	80
Tabla 8. Puntajes medios espiritualidad y religiosidad	81
Tabla 9. Puntajes medios salud mental	82
Tabla 10. Puntajes medios escala de bienestar psicológico	83
Tabla 11. Análisis de medias de variables por país	83
Tabla 12. Prueba t por país, nivel de significancia de las diferencias	84
Tabla 13. Análisis de medias diferenciadas por religión	85
Tabla 14. Anova por denominación religiosa	85
Tabla 15. Correlación de espiritualidad, religiosidad y bienestar psicológico	87
Tabla 16. Correlación orientación religiosa y bienestar psicológico	89

Tabla 17. Correlación espiritualidad, religiosidad y salud mental	91
Tabla 18. Correlación orientación religiosa y salud mental	92
Tabla 19. Varianza explicada para el bienestar psicológico	96
Tabla 20. Coeficientes explicativos bienestar psicológico	97
Tabla 21. Varianza explicada para la salud mental	100
Tabla 22. Coeficientes explicativos salud mental	101
Tabla 23. Índice de Bondad de Ajuste	103
Tabla 24. Crisis religiosa diferenciada por religión	112

Lista de figuras

Figura 1. Cristianismo en América Latina (Nivel de importancia que los cristianos le dan a la religión).	22
Figura 2. Modelo estructural Escala Age Universal I-E.	79
Figura 3. Supuesto de linealidad bienestar psicológico.	93
Figura 4. Normalidad variable realización de oración.	93
Figura 5. Normalidad variable crisis religiosa.	93
Figura 6. Normalidad variable religiosidad intrínseca.	94
Figura 7. Normalidad de residuos bienestar psicológico.	94
Figura 8. Relación de residuos bienestar psicológico.	95
Figura 9. Linealidad salud mental.	98
Figura 10. Normalidad variable salud mental.	98
Figura 11. Normalidad variable crisis religiosa.	98
Figura 12. Normalidad variable religiosidad intrínseca.	99
Figura 13. Relación de residuos tipificados.	100
Figura 14. Linealidad de residuos salud mental.	101
Figura 15. SEM salud mental y bienestar psicológico.	103

Dedicatoria

“Si el hombre no tuviese conciencia eterna; si un poder salvaje y efervescente productor de todo, lo grandioso y lo fútil, en el torbellino de las oscuras pasiones, no fuese el fondo de las cosas; si bajo ellas se ocultase el vacío infinito que nada puede colmar, ¿qué sería de la vida si no desesperación?”

Kierkegaard, 2003, p.19

¡A Dios!

RELIGIOSIDAD, ESPIRITUALIDAD Y SALUD MENTAL

Mariluz Cano García¹
Helmer B. Quintero Núñez²

Resumen

El interés principal del estudio lo constituye la relación entre la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa con la salud mental y el bienestar psicológico, en las ciudades de Medellín (Colombia), y Buenos Aires (Argentina). Se estimaron las correlaciones en una muestra de 306 participantes pertenecientes a tres grupos religiosos: pentecostales (trinitarios y unitarios), adventistas y católicos. En la muestra, el 40% fueron hombres y el 60% mujeres, con edades comprendidas entre los 25 y los 80 años ($M=41$ años). Con el fin de conocer las variables predictoras, tanto para la *salud mental* como para el *bienestar psicológico*, se realizó un análisis de regresión múltiple intro y por pasos. Todos los participantes diligenciaron los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico

¹ Doctor (PhD) en Psicología Clínica <https://orcid.org/0000-0002-7911-6051>

² (PhD-C) en Filosofía y (PhD-C) en Teología <https://orcid.org/0000-0001-8068-8893>

co, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, test de salud mental de Goldberg GHQ-12, Escala de Espiritualidad y Religiosidad Aspires, y Escala de Orientación Religiosa Age Universal IE. Los resultados determinaron correlación entre la espiritualidad, la religiosidad, la orientación religiosa con la salud mental y el bienestar psicológico. Al realizar el análisis de regresión múltiple, se identifica un modelo que predice el bienestar psicológico, con un R^2 del 21.5%. La realización de la oración fue predictor del bienestar psicológico, con una proporción de la varianza $\beta = 0.711$, $t = 3.175$, $p = 0.000$), junto con la religiosidad intrínseca ($\beta = 0.78$, $t = 2.719$, $p = 0.000$) y la crisis religiosa ($\beta = -1.79$, $t = -3.687$; $p = 0.000$), explicando inversamente el bienestar psicológico. En el modelo de salud mental dos variables la explicaron ($R^2 = 27\%$), la orientación religiosa intrínseca ($\beta = 0.47$, $t = 6.887$, $p = 0.000$) y la crisis religiosa de manera inversa ($\beta = -0.54$, $t = -4.732$, $p = 0.000$).

El 19% de la muestra poblacional comportaba deterioro de la salud mental. En Colombia se presentaron un mayor bienestar psicológico y religiosidad extrínseca personal. Por país y por denominación religiosa se encontraron algunas leves diferencias.

Palabras clave: espiritualidad, religiosidad, bienestar psicológico, salud mental, religiosidad intrínseca, religiosidad extrínseca, participación religiosa, oración, psicología de la religión.

Abstract

The main interest of the study is the relationship between spirituality, religiosity and religious orientation with mental health and psychological well-being, in the cities of Medellín (Colombia) and Buenos Aires (Argentina). Correlations were estimated in a sample of 306 participants belonging to three religious groups: Pentecostals (Trinitarians and Unitarians), Adventists, and Catholics. In the sample, 40% were men and 60% women, aged between 25 and 80 years ($M = 41$ years). In order to know

the predictor variables for both mental health and psychological well-being, an intro and stepwise multiple regression analysis was performed. All participants filled out the following instruments: sociodemographic questionnaire, Ryff Psychological Well-being Scale, Goldberg GHQ-12 mental health test, Aspires Spirituality and Religiosity Scale, and Age Universal IE Religious Orientation Scale. The results determined the correlation between spirituality, religiosity, religious orientation with mental health and psychological well-being. When performing the multiple regression analysis, a model that predicts psychological well-being is identified, with an R^2 of 21.5%. Prayer performance was a predictor of psychological well-being, with a proportion of variance $\beta = 0.711$, $t = 3.175$, $p = 0.000$), together with intrinsic religiosity ($\beta = 0.78$, $t = 2.719$, $p = 0.000$) and the religious crisis ($\beta = -1.79$, $t = -3.687$; $p = 0.000$), inversely explaining psychological well-being. In the mental health model, two variables explained it ($R^2 = 27\%$), the intrinsic religious orientation ($\beta = 0.47$, $t = 6.887$, $p = 0.000$) and the religious crisis inversely ($\beta = -0.54$, $t = -4.732$, $p = 0.000$).

19% of the population sample showed deterioration of mental health. In Colombia there was a greater psychological well-being and personal extrinsic religiosity. By country and by religious denomination some slight differences were found.

Keywords: spirituality, religiosity, psychological well-being, mental health, intrinsic religiosity, extrinsic religiosity, religious participation, prayer, psychology of religion.

Introducción

Esta investigación justifica el estudio del fenómeno religioso en Colombia, identificando la correlación entre espiritualidad-religiosidad y bienestar psicológico-salud mental. Estudios precedentes refieren que la espiritualidad y religiosidad denotan la importancia de beneficio (Huguellet & Koenig, 2009); otros señalan que la espiritualidad y la religiosidad empeoran la salud mental (Sica, Novara y Sanavio, 2002); y otros estudios asumen la inocuidad (Shenesey, 2009; Vera-Villarroel, Urzua, Beyle, Contreras, Lillo, Oyarzo & Sanín-Posada, 2017). Nuestro estudio pretende un entendimiento de la correlación y explicación localizada en tres comunidades religiosas (adventistas, católicos y pentecostales) de dos ciudades de Latinoamérica (Medellín y Buenos Aires).

1. Planteamiento del problema y justificación

Mariluz Cano García

Helmer B. Quintero Núñez

El ser del símbolo se realiza en las relaciones. Se reconoce y se pretende en ellas. Pero también en ellas se manifiesta. En las relaciones con la naturaleza, con sus pares, y como sostuvo Otto (1917), con lo "numinoso". Las relaciones como declarados ónticos son disposiciones instrumentales para determinar caracterizaciones. Pero hay que denotar que en esas relaciones alternativas existe una que posibilita un desocultamiento evidente: "La religión... es la relación del hombre consigo mismo" (Feuerbach, 2013).

1.1 Relevancia social:

Según datos del centro de estudios públicos y políticos suizo Gallup International (2017), el 71% de los individuos alrededor del mundo creen en Dios, mientras que el 62% se consideran a sí mismos como religiosos. Colombia es considerado el segundo país más religioso de Latinoamé-

rica, con un 82% de población creyente (BBC, 2015). El catolicismo colombiano tuvo una deserción de feligreses (pues pasó de 82% en 1999 a un 70.9% en 2012). Ha habido migración hacia religiones con tintes más emotivos (pentecostalismo: 16.7%); y se ha presentado un incremento de personas que dicen creer en Dios, pero no estar adscritas a ninguna religión (3.5%). Solo el 4.7% de los colombianos son agnósticos o ateos (Beltrán, 2013).

Los indicadores de religiosidad y espiritualidad en Argentina nos dicen que el 79% de la población dice creer en Dios, los evangélicos constituyen el 10% de la población, otras religiones representan el 3%, y el 21% se considera atea o agnóstica. El catolicismo pasó del 87% en 1995 al 66% en 2017 (Latinobarómetro, 2017; Mallimaci, 2008).

Garcés (1985) afirma que las organizaciones religiosas impactan no solo a la sociedad, sino a todas las demás organizaciones sociales en las que las personas religiosas participan. La ideología política, los prejuicios y las decisiones familiares son influenciados por la denominación religiosa a la que se pertenecen (Beyers, 2014).

Keister, McCarthy y Finke (2012) señalan que la religión influye significativamente en la forma en que las personas se educan, educan a sus hijos, manejan su economía y planifican su familia.

Es pertinente que la psicología formalice estudios que permitan la comprensión de las poblaciones religiosas y de los sujetos que las componen (los roles, los comportamientos y las ideologías de grupo). El estudio de la religión desde la psicología es una herramienta hermenéutica.

Los colectivos constituidos desde la ideología y la creencia deberían asumir procesos de entendimiento de la religión en función de la felicidad, el orden, la solidaridad, la justicia y la salud mental. La religión de-

biera no solo exigir la cohesión instrumental, sino también la comprensión funcional.

1.2 Relevancia teórica

La religión, para su comprensión, siempre ha exigido miramientos epistemológicos diversos. Es necesario que otras disciplinas intervengan y otros agentes aporten desde sus criterios, un análisis del papel de la religión en la vida de los creyentes. La psicología de la religión ha hecho importantes análisis relacionales entre la religión y su influencia en la salud mental. Estos análisis nos confirman la necesidad de que la religiosidad y espiritualidad deban ser objeto de investigación en el campo de investigación de la salud mental.

Este estudio pretende ayudar a esclarecer si la espiritualidad y religiosidad influyen o no la salud mental y el bienestar psicológico. La influencia puede ser positiva en tanto proporciona formas alternativas de resolver los conflictos personales, y fomenta estilos de vida que proporcionan bienestar psicológico y social (Seybold & Hill, 2001; Weber & Pargament, 2014). Koenig (2012) en la revisión del estado de la cuestión examinó 3.300 estudios cuantitativos publicados en revistas académicas, desde 1872 hasta 2010. En esta revisión se encontró que la religiosidad-espiritualidad se relacionan positivamente con el afrontamiento, el bienestar, la felicidad, la esperanza, el autocontrol y la autoestima. Estos estudios sugieren que a mayor religiosidad-espiritualidad mejor salud física, mental y conductas que promueven la salud.

Ivtzan Papantoniou (2014) relaciona el ejercicio de la espiritualidad correlacionada positivamente con el bienestar psicológico. La R/S está asociada a mejor curso de la depresión (Braam & Koenig, 2019).

También encontramos investigaciones que refieren que la religiosidad-espiritualidad pueden ejercer una influencia negativa en personas

con enfermedad mental (Pierre, 2001).

Cuando las personas tienen la creencia en un dios castigador se incrementan la ansiedad y la depresión (Lee et al., 2017). La religiosidad también está asociada al radicalismo y actos terroristas (Prats, Raymond and Gasman, 2018). El afrontamiento religioso negativo está asociado a síntomas depresivos, ansiedad y mayor sensación de dolor en pacientes con enfermedades crónicas (Vitorino et al., 2018). El pertenecer a algunas denominaciones religiosas está relacionado con el incremento de las conductas suicidas en personas con cáncer (Moreno-Montoya, Palacios-Espinosa & Gracia-Ruiz, 2017).

Ortiz-Hernández & García (2005) investigaron la población de lesbianas, homosexuales, bisexuales, y las formas en las que se enfrentan a diversas maneras de exclusión social en los países industrializados, y se concluyó que esta población presenta mayor consumo de drogas y de alcohol, suicidios y trastornos mentales que las personas heterosexuales, debido entre otras al rechazo por parte de los religiosos. En Perú, López & Taype (2017) señalan que estudiantes de la ciudad que mostraban mayor compromiso religioso manifestaban más actitudes negativas frente a los homosexuales.

Otros estudios referencian su inocuidad (Shenesey, 2009; Hayward, Krause, Ironson & Emmons, 2016)), o poca relación con la salud mental cuando no existen otras variables moderadoras (Nery, Cruz, Faustino & Santos, 2018).

1.3 Relevancia contextual

Como referimos al inicio del documento, en Colombia el desarrollo de la psicología de la religión ha sido incipiente, aunque no desconocido, ya que Mankeliunas realizó estudios que consolidó en su libro *Psicología de la religiosidad* y en varios artículos académicos (Mankeliunas, 1957, 1961).

En 1969, el sacerdote y psicólogo Antonio Hortelano hizo un análisis a la penitencia, la culpa y la psicopatología (Hortelano, 1969), y en 1982 lo hace sobre lo moral (Hortelano, 1982). Las universidades Nacional y Javeriana de Bogotá también han contribuido con aportes esporádicos, pero no menos importantes, conceptualizando desde la psicología de la religión la orientación religiosa (Díaz & Negredo, 2016) y la aplicación de la religión en la vida de las personas (Mafia, 2013). En Medellín, Quiceno y Vinaccia (2009) describieron cómo la religiosidad y la espiritualidad han tenido un impacto en la salud mental. Tamayo y Zapata (2015) detallaron la experiencia mística religiosa desde una perspectiva biológico-experimental, y Puentes, Urrego & Sánchez (2015) construyeron una mirada fenomenológica a la espiritualidad en mujeres con cáncer de mama.

Se encuentran aportaciones esporádicas sin decurso continuo consecuente. Tampoco se concluye en forma determinante la influencia de la religiosidad en la salud mental. Otro hecho que se advierte es que los estudios, aunque hacen análisis psicológicos de la religiosidad y de la espiritualidad, no atienden a comunidades religiosas específicas en el contexto latinoamericano. El presente estudio ostenta la pretensión de reconocer el fenómeno religioso en comunidades determinadas.

- Descripción de las comunidades abordadas: católicos, adventistas y pentecostales (unitarios y trinitarios).

Las comunidades religiosas abordadas muestran también novedad en el presente estudio, ya que en el mundo se encuentran estudios referenciales de denominaciones católicas y protestantes, pero no se hace especificidad subcultural y/o denominacional. Estas comunidades se eligieron atendiendo criterios de representatividad, singularidad dogmática y factibilidad investigativa.

Para fundamentar la representatividad se presenta uno de los estudios más recientes de pluralismo religioso realizados en Colombia. Beltrán (2013) muestra que el catolicismo se encuentra como la religión predominante en Colombia, con un 70%. En segundo lugar, aparecen el pentecostalismo y sus vertientes (unitarios 1.6%, trinitarios o cristiano-evangélicos 14.4%, otros 0.7%). En tercer lugar, se ubican los agnósticos y ateos (4.7%). En cuarto lugar, los que creen en Dios, pero no pertenecen a ninguna institución religiosa (3.5%). En quinto lugar, están los testigos de Jehová (1.3 %). Los adventistas ocupan el sexto lugar (0.5%). Y en último lugar se agrupan otras denominaciones no cristianas, con un 0.2%. Como el presente estudio interviene únicamente población religiosa, excluye a los no creyentes. El presente estudio tampoco vincula a otras comunidades no cristianas debido a la poca representatividad que tienen en Medellín. Los Testigos de Jehová (desde la sede principal de Facatativá, Colombia) negaron el acceso de los investigadores a cualquiera de sus congregaciones localizadas en Medellín para esta investigación.

Las cifras de religiosidad son más o menos coincidentes en Argentina: igual que en Colombia, la religión predominante es la católica (66%), seguida del pentecostalismo (10%), los testigos de Jehová y los mormones (2.5%), y los adventistas (0.3%) (Latinobarómetro, 2017; Mallimaci, 2008).

La singularidad dogmática atiende a que las comunidades religiosas escogidas tienen credos y prácticas religiosas singulares. A continuación, enunciamos algunas de sus principales creencias.

El catolicismo: es la iglesia cristiana más numerosa en Colombia y Argentina (Beltrán, 2013; Latinobarómetro, 2017), cuya doctrina principal es el Credo, que es un resumen del Catecismo de la Iglesia Católica. El principio de revelación es el centro de su doctrina, en la cual incluyen la Biblia y la tradición. Tienen un sumo líder llamado papa, considerado sucesor

de San Pedro y su elección varía en la historia (Schönborn, 2000).

Los pentecostales trinitarios: son los más numerosos después de los católicos, siendo un 14.4% de la población colombiana, y un 10% de la población argentina (Beltrán, 2013; Mallimaci, 2008). Es una de las religiones que más migración han tenido en los últimos años. Aunque se agrupan con diferentes denominaciones sin un liderazgo unificado sobre temas doctrinales y políticos, muchas de ellas promueven el uso del bautismo en el Espíritu, que ellos evidencian en la glosolalia o la manifestación de dones del Espíritu incluyendo la sanación por fe, profetizando y exorcizando. La experiencia extática o salida de sí sigue siendo el elemento unificador del movimiento (*The Columbia Encyclopedia, 6th ed.*).

Los pentecostales unitarios: creen en la doctrina de la unicidad de Dios, o sea, que existe un solo Dios que se ha manifestado de diferentes maneras, y se practica el bautismo en el nombre de Jesús. Cuenta con una membresía aproximada de 600.000 personas (© Iglesia Pentecostal Unida de Colombia [IPUC], 2013), y representan el 1.6% de la población colombiana (Beltrán, 2013). En Argentina, representan junto con los mormones el 2.5% de la población (Mallimaci, 2008).

Los adventistas: se originan en los Estados Unidos de Norteamérica, a mediados del siglo XIX. En la actualidad, cuentan con más de 13 millones de miembros en más de 200 países, se encuentra entre las diez organizaciones religiosas internacionales más grandes del mundo. Tienen un sistema educativo que incluye escuelas primarias, secundarias, colegios, seminarios y universidades en todo el mundo (instituciones de educación superior). También han fundado hospitales, sanatorios y clínicas. Sus principales doctrinas son la creencia en un Dios trino: Padre, Hijo y Espíritu Santo. Que Jesucristo es Dios. Que el cuerpo es templo del Espíritu Santo, por lo tanto, promueven la reforma pro salud y estilos de vida saludables. Además de creer que los diez mandamientos bíblicos tienen vigencia en

la actualidad incluyendo el guardar el sábado y la segunda venida de Jesús. Representan el 0.5% de la población colombiana, y el 0.3% de la población argentina (© Iglesia Adventista del séptimo día [IASD], 2019).

En Buenos Aires se buscó una muestra que representara a las comunidades aquí elegidas para parear la muestra por comunidades religiosas y evaluar si existe contraste entre un territorio considerado “muy religioso”, como es Colombia (4.7% de ateos) con Argentina, que ha sido considerado más secular (21% de ateísmo). También porque la práctica religiosa en los dos países son diferentes, ya que a pesar de que en ambos países el nivel de religiosidad es más del 50%, es verdad que se diferencian en ideologías y condiciones sociopolíticas que influyen el compromiso que las personas tienen con su religión. En una encuesta realizada por el centro de estudios Pew Research (2018) se publica el nivel de importancia que las personas de algunos países de América Latina le dan a la religión. Colombia aparece en los primeros lugares, con un 80%, frente a Argentina, con un 48%.

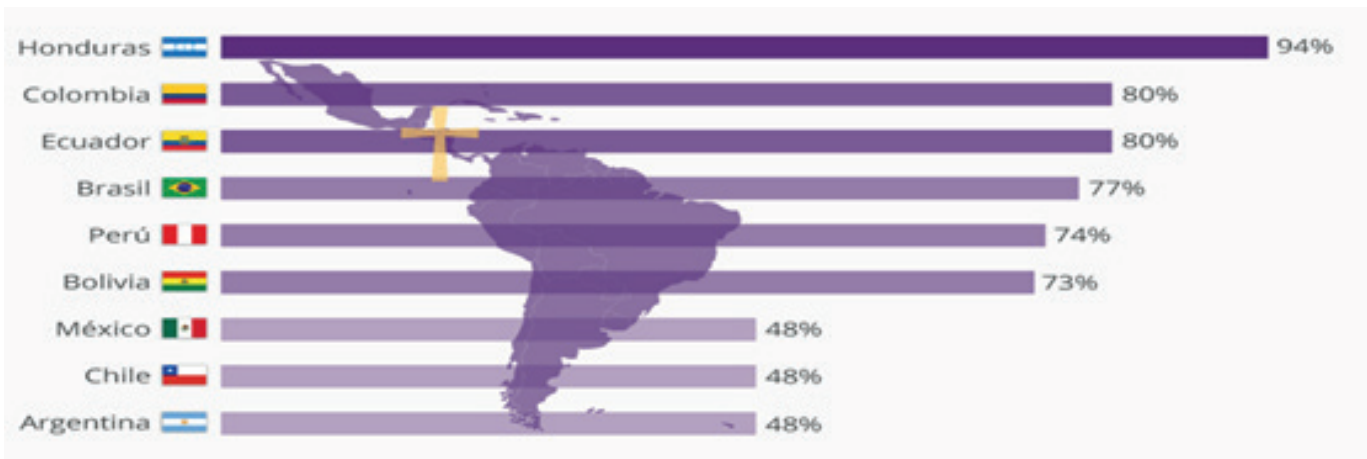


Figura 1. Cristianismo en América Latina (Nivel de importancia que los cristianos le dan a la religión). Fuente: Pew Research (2018).

Es importante señalar que este ejercicio investigativo no consiste en una comprensión patologizante, y tampoco idealizante de la religiosidad y espiritualidad, que es más bien un intento de hacer una lectura psicoló-

gica del hecho religioso (Grom, 2009).

1.4 Antecedentes

La psicología de la religión deviene paralelamente a la psicología. William James planteó el "modelo psicológico experimental", años después escribió el libro *Variedades de la experiencia religiosa* (1902), donde aborda la religiosidad como un modo de expresión que excluye la dinámica organizacional y se centra en la vivencia: "Los actos, las experiencias de hombres particulares en su soledad en la medida en que se ejercitan para mantener una relación con la divinidad" (p. 34).

A nivel empírico fueron apareciendo intereses sobre la psicología de la religión, que poco a poco configuraban su carácter, aunque con constantes saltos de enfoque: antropomórficos (Spinoza, 1955; Hume, 1957; Feuerbach, 1972; Freud, 1964; Horton, 1993); animistas (Wenegrat, 1990), neuroteológicos (McKinney, 1994; Drewermann, 2006), genetistas y neuropsicológicos (Hamer, 2006; Asp, 2012), hasta humanistas (Maslow, 1964). En la actualidad, en vista de la complejidad y las múltiples explicaciones para el fenómeno religioso, este se ha sistematizado y organizado en el campo llamado: las ciencias de las religiones, que se distingue de la filosofía de la religión y engloba varios campos del saber, entre los cuales se destacan historia de las religiones, arqueología de la religión, sociología de la religión, antropología de la religión, fenomenología de la religión, y las de nuestro especial interés: psicología de la religión.

La psicología de la religión en sus inicios tuvo mucho auge debido a los personajes que intentaron definirla y sus concepciones nuevas y/o controversiales. Los aportes de James, Wundt o el mismo Freud formalizaron un interés por los asuntos religiosos. Pero este entusiasmo murió con la época y pasaron décadas sin que se volviese a mencionar el asunto; los teóricos aseveran que por la aparición del conductismo y el afán de la psicología por volverse ciencia positivista (Belzen, 2000), que dejó

atrás todo lo que le recordase su origen en la filosofía, incluyendo lo que tuviera matiz metafísico o poco palpable como el hecho religioso.

Fierro (2011) también responsabiliza al conductismo de tal apatía que de repente adoptó la psicología por el tema de la religión, con el siguiente enunciado: "Entre las ciencias antropológicas quizá ninguna es tan desasistida de precedentes clásicos para el estudio de la religión como la psicología... Los diseñadores tanto del conductismo como de una psicología cognitiva han ignorado los hechos de religión" (p. 30).

En los años 1960 se atisba una reaparición de la atención por lo religioso en la psicología, pero desde una perspectiva psicosocial: estudios sobre la conducta altruista y el prejuicio dibujaban levemente el tema religioso. Allport (1950), psicólogo y filósofo estadounidense de gran influencia por sus aportes en la conceptualización de la personalidad, introduce su libro *El individuo y su religión*, donde describe la religión madura e inmadura y define las formas de vivir la religión en dos vertientes: la religión intrínseca y la extrínseca. Más adelante aparecerán intervenciones en revistas especializadas, como el de Gorsuch sobre revisiones de los sistemas de valores y la compasión (Gorsuch, 1970), además de protestas por la forma como se pretendía investigar la religiosidad en ese tiempo (Gorsuch, 1984). En la contemporaneidad ya presenta un desarrollo y diseño conceptual a través de la producción académica como región de la psicología aplicada. Y aunque la metodología predominantemente encontrada en los estudios es la cuantitativa, dando una declaración positivista que concede primacía a lo experimental, se encuentran también estudios cualitativos que se han desarrollado especialmente en Gran Bretaña, los Países Bajos y Alemania.

La evidencia empírica, generalmente, es de carácter psicométrico, haciendo mediciones, por ejemplo, de espiritualidad, religiosidad y salud mental (Hill & Pargament, 2003; Moreira-Almeida, 2006; Koenig et al.,

2001), bienestar subjetivo y religiosidad (Tay, Myers & Diener, 2014), y la relación de la religiosidad con ansiedad, estrés y depresión (Koenig, 2018).

En la actualidad existen revistas especializadas como *International Journal for the Psychology of Religion*, que empezó a publicarse en 1991, de origen estadounidense; *Psychology of Religion and Spirituality*, publicada por la American Psychological Association [APA] desde el 2009; *The Journal of Spirituality in Mental Health*, que se publica desde 2007, liderada también por Estados Unidos. *Archive for the Psychology of Religion* es el órgano de la Asociación Internacional para la Psicología de la Religión de los Países Bajos (IAPR), que publica estudios cualitativos y cuantitativos desde 1997.

La psicología de la religión agrupa investigadores en eventos como el congreso que celebra la International Association for the Psychology of Religion en Estados Unidos, que tuvo lugar en abril de 2019. También la 20th International Conference on Psychology of Religion and Spirituality, realizada en Sidney, Australia, en octubre de 2018.

La psicología de la religión tiene su propia división en la American Psychological Association [APA], sección treinta y seis (36) llamada: "Society for the Psychology of Religion and Spirituality" (Sociedad para la Psicología de la Religión y la Espiritualidad). Su fundación en 1946, llamada inicialmente ACPA; luego en 1970 se reestructura y cambia propósitos, membresía y posición adoptando el nombre de PIRI (en inglés "Psychologist Interested in Religious Issues", Psicólogos Interesados en Asuntos Religiosos). En 1976 se convierte en una subdisciplina formal de la psicología incluyéndola en la APA para la sección 36; en 1993 cambia de nombre por el de "Psicología de la Religión", y finalmente en 2010 cambia de nombre por Association for the Psychology of Religion and Spirituality (Asociación para la Psicología de la Religión y la Espiritualidad) (Reuder,

1999). Esta división presenta avances investigativos para abordar las formas de religiosidad y espiritualidad desde la psicología, con diferentes paradigmas y metodologías.

En lo sucesivo irán apareciendo escritos de diferentes escuelas psicológicas para consolidar la psicología de la religión como una subdisciplina con varios paradigmas, y estos a su vez con diferentes vertientes que hablan del hecho religioso desde su óptica. Martínez (2011) referencia dos paradigmas: los biológico-experimentales y los ideográficos, que los integran a la vez varias corrientes. Las primeras buscan las bases orgánicas de la religiosidad y han focalizado su estudio en “la investigación de la arquitectura cerebral que sustenta la religiosidad... el propósito no es otro que encontrar a Dios en el cerebro” (p. 54). Las corrientes psicométricas buscan estándares sobre diferentes conceptos que posee la religiosidad y medirlos a través de sus causas y consecuencias por medio de test o pruebas. Las últimas, las corrientes ideográficas, intentan entonces reflexionar sobre la humanidad y las experiencias significativas desde la comprensión y procedimientos que propicien una adecuada hermenéutica.

1.4.1 Investigaciones actuales sobre espiritualidad-religiosidad y su relación con la salud física y mental: reseñas geográficas

Se reseñan algunos de los últimos estudios acerca de psicología de la religión clasificados geográficamente e indexados en bases de datos tales como Scopus, Publimed, Springer, ScienceDirect, Ebsco y Redalyc.org

La revisión de 150 artículos clasificó 50 para el reconocimiento de los temas que relacionan a la religiosidad-espiritualidad (R/S) con la salud mental. Estos artículos fueron publicados entre 2000 y 2019, e incluyen estudios cualitativos y cuantitativos.

- **Estudios en Norteamérica**

Este subcontinente se destaca como precursor importante de la psicología de la religión, donde identifican los vínculos de la salud física y con la salud mental (Koenig, 2018; Pargament, Koenig and Perez, 2000). Los actuales estudios se enfocan en la profundización en conceptos de la subdisciplina desde la perspectiva clínica (Shafranske, 2016), desde la dinámica cultural (Dueck and Johnson, 2016), y desde la experiencia comunitaria (Wesselmann & Desouza, 2015). También se advierte el interés en el análisis de otras creencias y prácticas religiosas diferentes de las del judeo-cristianas (Khan and Watson, 2015).

Un estudio llevado a cabo por la Universidad Bucknell, en Pensilvania, muestra que el tipo de orientación espiritual o religiosa (intrínseca o extrínseca) está relacionado con el nivel de cuidado de la salud en adultos mayores, tales como fumar, hacer ejercicio, responsabilizarse de su propia salud y controlar el estrés (Homan & Boyatzis, 2010).

La Universidad de Wisconsin publicó en 2007 un informe que involucraba a 3.032 adultos de 25 a 74 años, pertenecientes a comunidades religiosas de los Estados Unidos. Este estudio revela que individuos que participan mayormente en actividades religiosas informan mayor bienestar psicológico y mayores niveles de afecto positivo que los que no, además de tener una identidad religiosa más fuerte y un mayor nivel de bienestar psicológico (Greenfield & Marks, 2007).

- **Estudios en Europa**

En esta región prevalecen los estudios del Reino Unido y de los Países Bajos, seguidos por los de Alemania, España y Suiza. En estos países los investigadores parecen estar preocupados por incluir el factor religiosidad o espiritualidad en las terapias.

La Universidad de Witten-Herdecke, Alemania, hizo un estudio con pacientes veteranos de guerra con estrés postraumático. Este estudio mostró que tales pacientes tienen diferentes necesidades psicosociales, existenciales y espirituales. Un enfoque holístico en la terapia resultó más benéfico que aquellos en los que no se tenían en cuenta sus necesidades espirituales (Glavas, Jors, Bössing & Baumann, 2017).

Otra investigación realizada por la Universidad de Viadrina, Alemania, en 2011, remitió la espiritualidad y religiosidad en terapeutas alemanes. Para el 57% de los profesionales la espiritualidad es importante dentro de sus intervenciones terapéuticas (Hofmann & Walach, 2011).

En Macedonia un estudio llevado a cabo por la Universidad de St. Clement of Ohrid sustenta teóricamente que el ser humano es holístico. Que está integrado por las áreas biológica, vital, psicológica y somática. Estas se interrelacionan y hay cierto nivel de dependencia. La psicología religiosa contemporánea reconoce la relación dialéctica y dinámica con Dios como una dimensión importante del ser humano (Ilievski, 2015).

Desde la Universidad de Ámsterdam, Belzen (reconocido por sus aportes a la configuración estructural de la psicología de la religión desde la perspectiva socio-cultural) en 2016 escribió un suplemento para la celebración de los cien años de la Asociación Internacional de Psicología de la Religión (IAPR), para la revista de los Países Bajos (*Archive for the Psychology of Religion*), y el artículo titulado: "A Hundred Years of the IAPR". En este apartado reflexiona acerca de la estructura teórica de la subdisciplina. Se destaca un capítulo denominado "Buscando el Santo Grial: la elusiva identidad de la psicología de la religión" (*Searching for the Holy Grail: The elusive identity of psychology of religion*), donde describe la identidad escurridiza de la subdisciplina y brinda un contexto explicativo para sus orígenes (Belzen, 2016).

- **Estudios en Asia**

Mientras que en Rusia tratan de determinar una psicología más científica y académica (Folieva & Malevich, 2016), en países como China, Pakistán e India se estudian los fenómenos religiosos, fuertemente arraigados a nivel cultural, que permean el escenario clínico y académico.

Un estudio desarrollado en cuatro universidades de Punjab, Pakistán, con 800 estudiantes de las licenciaturas en artes y ciencias reveló que los jóvenes universitarios con hábitos de religiosidad elevada son menos débiles para la depresión, ansiedad y estrés. El estudio concluye que un aumento en conductas religiosas disminuye los síntomas de estrés y ansiedad en los alumnos, y que apoyan la conducta religiosa de los estudiantes, tiene un efecto debilitante del trastorno mental (Nadeem, Ali & Buzdar, 2017).

En Hong Kong se desarrolló un proyecto con 850 estudiantes pertenecientes al Consejo de Enfermería de Hong Kong, y se concluyó que las personas con creencias religiosas reportaron menos síntomas depresivos que los no religiosos, y que la religión puede ser un moderador entre fe, duelo y depresión. La religión es una fuente importante de esperanza en las tradiciones orientales (Cheung, Lee, & Yip, 2017).

- **Estudios en Oceanía**

En Australia, en octubre de 2018 se realizó una conferencia internacional de psicología de la religión, "20th International Conference on Psychology of Religion and Spirituality", que reunió a destacados científicos, académicos e investigadores. Se compartieron las prácticas y productos de investigación sobre psicología de la religión y espiritualidad. En este país varias universidades locales, como The University of Queensland y la University of Sydney, poseen asignaturas e investigaciones en el tema. En 2016 un estudio liderado por el profesor Leslie Francis y realizado por la

Universidad NCLS Research y la Australian Catholic University en North Sydney, vinculó la motivación religiosa extrínseca e intrínseca y la orientación de búsqueda mística y carismática en dos grupos religiosos: católicos y protestantes que participaron en la Encuesta de Vida de la Iglesia Nacional de Australia, 2011. Los datos demostraron niveles satisfactorios de fiabilidad de consistencia interna para las cinco escalas. Las puntuaciones medias de la escala revelaron niveles más altos de religiosidad intrínseca entre los protestantes de la corriente principal, y niveles más altos de religiosidad extrínseca entre los católicos; pero poca variación entre los dos grupos en términos de orientación religiosa de búsqueda, orientación mística u orientación carismática (Francis & Village, 2016).

- **Estudios en África**

Los artículos que se encuentran sobre el tema son escasos. Aparecen universidades en convenio con universidades de Sur África y/o Marruecos, que estudian las religiones africanas desde la psicología.

La Universidad Stellenbosch y la Western Sydney University en 2017, estudiaron la relación entre el apego a Dios y la autenticidad o la falta de autenticidad entre los jóvenes cristianos, asociados con variables socio-demográficas. La muestra fueron 100 jóvenes sudafricanos cristianos. El apego ansioso en relación con Dios se correlaciona positivamente con sentimientos de auto-alienación (poco contacto consigo mismo) y búsqueda de aceptación de la gente (Counted and Moustafa, 2017).

- **Estudios en América del Sur**

En América Latina aparecen Brasil y Argentina liderando investigaciones. Otros aportes provienen de México, Uruguay, Chile, Costa Rica, Puerto Rico y Colombia. En Argentina los estudios inventariados tienen que ver con el afrontamiento religioso y espiritual del duelo (Yoffe, 2014, 2015, 2017); con revisiones del concepto de la subdisciplina (Simkin, 2017a); y con validaciones de escalas religioso-psicológicas en el contexto local

(Simkin & Etchezahar, 2013; Simkin & Etchevers, 2014; Simkin, 2017b). En Uruguay se denotan reportes cualitativos como los de Pizzorno con el análisis de *lo santo* desde la psicología (Pizzorno, 2018). En Brasil se destacan investigaciones acerca de psicología cultural religiosa (Valle, 2017), y los aportes de Moreira-Almeida al énfasis clínico de la psicología de la religión; el más reciente artículo habla sobre la religiosidad como coadyuvante a la adaptación a enfermedades crónicas (Siqueira, Fernandez & Moreira-Almeida, 2018). Otros países latinoamericanos que participan en las discusiones y en el quehacer investigativo son: Puerto Rico, donde se ha analizado la dicotomía ciencia y religión desde la psicología (Scharrón del Río, 2010). Chile ha aportado a la validación de la escala de afrontamiento espiritual (Alvear-Carrasco et al., 2018). En México, aparecen reportes sobre las dimensiones de la religiosidad y la validación de las escalas religioso-psicológicas (Dimitrova & Del, 2017; García, Montero-López, Rivera-Ledesma & Zavala-Jiménez, 2016).

Colombia ostenta investigaciones remitidas a religiosidad, espiritualidad y salud física y mental (Quiceno y Vinaccia, 2009), y espiritualidad y salud física (Puentes, Urrego & Sánchez, 2015). También aparecen estudios de Colombia que explican relación entre la orientación religiosa y la solución de problemáticas sociales y de sujeto (Díaz & Negredo, 2016); estudios que pretenden el reconocimiento de la utilidad de la religión en el individuo (Mafia, 2013) y exploraciones sobre la experiencia mística y su origen en la neurobiología (Tamayo y Zapata, 2015).

El presente estudio pretende la generación de conocimiento y la participación en la discusión sobre la importancia de la religiosidad y la espiritualidad en la salud mental.

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Identificar la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa en relación con el bienestar psicológico y la salud mental de los miembros de comunidades judeo-cristianas en las ciudades de Medellín y Buenos Aires, a saber, los pentecostales, los adventistas y los católicos.

1.5.2 Objetivos específicos

- Reconocer la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa de las comunidades estudiadas.
- Evaluar el bienestar psicológico de los miembros de las comunidades religiosas abordadas.
- Valorar la salud mental general de los miembros de las comunidades abordadas.
- Indagar si están relacionadas la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa con el bienestar psicológico de los miembros de las tres comunidades.
- Evidenciar si están relacionadas la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa con la salud mental de los miembros de las tres comunidades.
- Comprobar si la espiritualidad-religiosidad y la orientación religiosa son variables explicativas de la salud mental y el bienestar psicológico.
- Reconocer si por país y por tipo de afiliación religiosa se distinguen la orientación religiosa, la espiritualidad, la religiosidad, el bienestar psicológico y la salud mental.
- Validar la Escala Age Universal IE en el contexto colombiano con población religiosa.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis de trabajo

Un conjunto de variables espirituales y religiosas incrementa en los individuos la salud mental y el bienestar psicológico.

1.6.1.1 Hipótesis nula

La espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa no están relacionadas con la salud mental y el bienestar psicológico en miembros de tres comunidades religiosas en las ciudades de Medellín y Buenos Aires.

1.6.1.2 Hipótesis alterna

La espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa están relacionadas con la salud mental y el bienestar psicológico en miembros de tres comunidades religiosas en las ciudades de Medellín y Buenos Aires.

1.7. Variables

- Variables de espiritualidad: conectividad, realización de oración y universalidad.
- Variables de religiosidad: participación religiosa y crisis religiosa.
- Variables de orientación religiosa: religiosidad intrínseca, religiosidad extrínseca social y religiosidad extrínseca personal.
- Variables del bienestar psicológico: auto aceptación, autonomía, relaciones positivas, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida.
- Variables de la salud mental: bienestar psicológico, afrontamiento y funcionamiento social.

2. Marco teórico

Mariluz Cano García
Helmer B. Quintero Núñez

2.1 Psicología de la religión, diferenciación conceptual

Esta inducción dialógica no solo resulta pertinente para el ejercicio clínico, sino para ambientes de investigación, pues en algunos estudios publicados, las nominaciones psicología de la religión, psicología religiosa y consejería cristiana, no aparecen distinguidas.

- **Psicología y religión**

Psicología: según la Asociación Americana de Psicología, “La psicología es el estudio de la mente y el comportamiento. La disciplina abarca todos los aspectos de la experiencia humana, desde las funciones del cerebro hasta las acciones de las naciones” (American Association Psychology [APA], 2018).

Religión: del término, Galindo y Valero (1995) sostienen que Cicerón fue el primero en darle interpretación, y lo derivó de la palabra latina relego-ere que significa releer, revisar. Un ser religioso es aquel que con diligencia releo lo relativo al culto de los dioses.

El emplazamiento dialógico entre psicología y religión se denomina “enfoque de psicología y religión”. En este enfoque las dos disciplinas conservan sus identidades y observan desde sus metodologías determinado fenómeno.

- **Psicología religiosa**

Se entiende como la aplicación de conceptos espirituales para intervenir dificultades psicológicas en el ámbito clínico. Estas aplicaciones

son desarrolladas por profesionales de la salud mental o teólogos con formación académica en psicología (Pargament, 2011). Allen, en su libro *Psiquiatría de Dios* (1953), asevera lo siguiente: "La esencia misma de la religión es ajustar la mente y el alma del hombre... Sanar significa traer a la persona a una apropiada relación con las leyes físicas, mentales y espirituales de Dios" (p. 7). Su aplicación se da a través terapia individual, grupal, consejería y conferencias. Existen también artículos y libros de psicología con énfasis espiritual.

- **Psicología de la religión**

Esta es una rama de la psicología, la cual enfoca sus intereses al campo religioso.

Poll (1969) sostiene que "la psicología de la religión se interesa en el estudio de las funciones psíquicas que intervienen en la vida psíquica religiosa, como el sentimiento, el deseo, la voluntad, el pensamiento y la representación mental y también en sus modos unitarios de funcionamiento tal como aparece en múltiples formas de actividad religiosa, las vivencias religiosas y la actitud frente a lo sagrado"(p.16).

Asimismo, Van der Berg (1963) argumenta que la psicología de la religión es la ciencia que se ocupa de la religión en su aspecto de fenómeno psíquico, es decir, de la religión en la medida en que es creencia del individuo o del grupo. Así, la psicología de la religión analiza más los efectos de la religión en los individuos que las causas conceptuales, permitiendo de este modo que el estudio estribe en los actos, emociones, sentimientos y comportamientos perceptibles del ser religioso.

Vergote (1969) resalta que la psicología de la religión "no se pronuncia sobre la realidad religiosa en sí. La observa, la describe, analiza los fenómenos religiosos en tanto que objetos y contenidos de la conciencia y de los comportamientos" (p. 14-15).

Por otro lado, la psicología no estigmatiza al ser por tener un vínculo trascendental en su vida, sino que lo estudia objetivamente, considerando que hay en los seres un deseo de lo metafísico. Así, el ser elige el dogma en el cual cree desde su libertad de razonamiento, pero está sujeto a la realidad que crea la fe en su vida.

Desde la perspectiva de la psicología clínica, Poll (1969) argumenta que "La psicología de la religión quiere analizar las correlaciones entre biología y religiosidad, entre modelos de personalidad y religiosidad, entre procesos de maduración y religiosidad..., preguntándose por las motivaciones que impulsan a algunas personas hacia la adhesión religiosa" (p.16). Esto deja en evidencia que la psicología de la religión no solo se ocupa de expresiones externas, sino también de motivaciones, intentando abarcar el fenómeno religioso en todas las facetas que el ser humano experimenta.

"Ninguna sociedad humana ha tenido un vacío religioso... el comportamiento religioso es inevitable entre los hombres" (Cook, 1994); este pensamiento deja en evidencia que la religión cumple una función muy significativa en la vida del ser humano e influye directamente en su conducta (Mankeliunas, 1957); por esta razón la psicología de la religión se centra en la explicación psicológica de los fenómenos y creencias religiosas en el ser humano (Beit-Hallahmi, 2010), con el fin de entender cada vez más cómo la religión y la espiritualidad afectan en la experiencia humana (McMinn, Hathaway, Woods y Snow, 2008).

Según Martínez (2011), la psicología de la religión posee dos paradigmas de los cuales a su vez se desprenden varias corrientes: el paradigma biologicista y psicométrico, que mide la religiosidad y/o busca encontrar la arquitectura orgánica de la fe en el cerebro.

Y el paradigma, ideográfico siendo este un modelo comprensivo de las particularidades de la experiencia religiosa; en este se destacan las corrientes psicoanalíticas, humanistas, fenomenológicas y socioculturales.

Tabla 1. Corrientes de la psicología de la religión

Corriente	Función
Biológico-experimental	Investiga sobre la morfología de las experiencias religiosas en el cerebro humano. Examina los elementos estructurales de la experiencia religiosa y anatomía de la fe. La sociología y psicología comparada indagan si la religiosidad puede tener una predisposición genética.
Psicométrica	Mide religiosidad a través de test psicológicos y los relaciona con otros fenómenos psicosociales. Halla medidas fiables y precisas, y posibles causas y consecuencias.
Psicoanalítica	Intenta comprender la función de la religión en relación con el sujeto y su cultura.
Fenomenológica	Busca el significado de la experiencia religiosa y su intencionalidad.
Humanista	Considera los efectos positivos de la religión en la salud mental y física.
Socio-cultural	Comprensión histórico genética de las experiencias religiosas.

Fuente: adaptación de Martínez, 2011, pp. 51-67.

La estructura de la experiencia religiosa es descrita por Fraijó (2005) como un conjunto de rasgos característicos en los cuales interviene un sujeto que tiene una experiencia singular y que trasciende su ser y todas sus dimensiones. "Concierne al sujeto y le implica como ninguna otra... jalona su vida" (p. 79). La identificación de la creencia podría significar

también posibilidades de condición o de circunstancias de sujeto, pero también la religiosidad se realiza en el sujeto. Lo determina, lo moviliza. La actitud del sujeto frente a la religión lo localiza en la culpabilidad o en el acierto. En la inhibición de la tendencia o en la estimulación del rasgo psicológico.

2.2 Salud mental

En la actualidad existen múltiples estudios que asocian la salud física con la espiritualidad (Koenig, 1998; Abraído-Lanza, Vásquez & Echeverría, 2004; Jurkowski, Kurlanska & Ramos, 2010), y con la salud mental (Hill & Pargament, 2003; Koenig, 2018; Cheung, Lee & Yip, 2017; Homan & Boyatzis, 2010).

Pero, ¿qué es salud? Según la Organización Mundial de la Salud, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (2016).

La salud mental vista desde la psicología también ha sido difícil de acoger en un solo concepto global, porque depende de las diferentes percepciones subjetivas y enfoques teóricos dentro de la misma. Fromm afirma que “el concepto de salud mental depende de nuestro concepto de la naturaleza del hombre” (Fromm, 1974, p. 72)

El Congreso de la República de Colombia la define como
Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (Ley 1616, 2013).

Otros autores la asocian al bienestar definiéndola como “El completo bienestar físico, mental y social” (Fernández y Espinoza, 2019), o como “un síndrome de síntomas de hedonia y funcionamiento positivo operacionalizado por medidas de bienestar subjetivo de las percepciones y valoraciones que las personas hacen de su vida y de la calidad de su funcionamiento en la vida” (Keyes, 2005 p. 540). También algunos le agregan el componente histórico-social; Campodónico (2019) por ejemplo define salud mental como “Un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (p.44).

Nosotros nos quedamos con la definición de la Organización Mundial de la Salud [OMS], porque creemos que se adapta mejor a este estudio, porque resume un enfoque más positivo de la salud mental describiéndola como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Organización Mundial De La Salud [OMS], 2018, párr. 2).

Esta definición apoya la idea de que el círculo académico comparte que la ausencia de enfermedad mental no significa presencia de su antónimo, sino que implica el manejo de sus miedos, el conocimiento de sus habilidades, competencias y desafíos de la vida diaria, su capacidad de afrontamiento a sus tensiones, y la manera como lleva sus relaciones interpersonales y su autonomía (Walles, 2010).

De acuerdo con este aporte, la salud mental aquí sería presencia de bienestar y capacidad de evaluar el ambiente y hacer frente a él con sus propios recursos (bienestar y afrontamiento). Como el bienestar psicoló-

gico se describirá más adelante reseñaremos entonces el afrontamiento.

Para finalizar el tópico de salud mental se incluyen la definición de enfermedad mental y el screening que se utiliza en este trabajo para detección de enfermedades mentales.

- **Enfermedad mental**

Es una perturbación de tipo emocional, cognitivo y/o comportamental, con afectación a las funciones psicológicas básicas como son la sensación, percepción, memoria, aprendizaje, emoción y cognición, etc., lo que impide al individuo su adaptación al contexto cultural en el que se desenvuelve, desintegrando de alguna forma su bienestar subjetivo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018).

Al inicio de los tiempos se creía que la enfermedad mental tenía causas sobrenaturales. Algunos pueblos pensaban que la enfermedad mental era una posesión demoniaca o fuerza sobrenatural, o que se debía a los dioses (Salaverry, 2012). Estas ideas fueron configurándose en pre-conceptos que dieron lugar a violencia, maltrato y segregación contra el enfermo mental. El siglo XIX fue conocido por los múltiples tratamientos controversiales donde se torturaba a los enfermos. Foucault denuncia estas prácticas en varios de sus libros argumentando que la ciencia médica se había configurado en la juez de lo que era positivo y negativo, lo normal y lo patológico, y catalogaba lo que no encajaba en sus explicaciones como anormal o irracional, lo que era la raíz del prejuicio y rechazo, lo que propiciaba que se encerrara y maltratara a las personas que tenían conductas diferentes, alienándolas y perturbándolas más (Foucault, 1961). En la actualidad la enfermedad mental es clasificada según sus grados, que pueden variar de leve a grave, y tienen múltiples tratamientos según la etiología. En este estudio la prueba utilizada identifica enfermedades mentales leves como la depresión, la ansiedad, la inadecuación social y el estrés, no incluye patologías graves.

- **Evaluación de la salud mental: cuestionario Goldberg (GHQ-12)**

El General Health Questionnaire es una técnica elaborada por el médico David Goldberg y Blackwell en 1972, en el Hospital Universitario de Mánchester, Inglaterra. Inicialmente el formato lo constituían 60 preguntas para responder con una escala de 1-4 opciones de respuesta. Con el correr de los años el test ha tenido varias modificaciones y aparecieron otras formas de presentación como GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12, que es la versión más reducida del test. El propósito del test es evaluar trastornos mentales menores. El test es autoadministrable y hace un inventario de cuatro patologías importantes: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría, planteadas en dos factores: bienestar psicológico, definido por Victoria y González (2000) como una construcción que "expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social". (p. 588). Y funcionamiento y afrontamiento social definidos como "la autoevaluación sobre la propia percepción de capacidad para atender los asuntos personales, afrontar las preocupaciones, decidir y atender los asuntos de la vida" (ibíd, p. 588). La consistencia interna de esta prueba ha sido buena, con Alfas de Cronbach que se ubican entre 0,82 y 0,86 (Goldberg et al., 1997).

El GHQ -12 evalúa la dimensión general de la salud mental auto observada por el paciente y distingue dos subdimensiones: el bienestar psicológico en los ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12, y el funcionamiento social y afrontamiento, evaluados en los ítems 3, 4, 8, 6, 10 y 11.

Los ítems están bosquejados para responder en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta que van de 0 a 3. Cuando el ítem está expresado de modo que enuncia un síntoma de enfermedad, la respuesta "no, nunca" equivale al valor 0, y la respuesta "más que antes", toma el

valor 3. Pero si el ítem está escrito de forma positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. En la versión de calificación de 0-3 puntos, el valor medio es 13.23, considerándose puntuaciones de 10-16 como normales, y por encima de 16, con deterioro mental. Los puntajes por debajo de 10 son considerados bajos en deterioro mental.

La Escala Goldberg ha sido validada en Colombia por Campo-Arias (2007) en población general; por Villa & Restrepo (2013) en población clínica y por Simancas-Pallares, Arrieta & Arévalo (2017), y en población universitaria, corrigiendo el sesgo de respuesta. Todas mostraron una consistencia interna $> 0,74$, y dos factores que explicaban la varianza entre un 42.5% y un 56.76%, por lo que se demuestra la idoneidad de la prueba.

En el contexto internacional la prueba ha sido validada en Rumania (Brabete, 2014), España (Sánchez & Dresch, 2008, Rocha et al., 2011), India (Kuruvilla, Pothen, Philip, Braganza, Joseph & Jacob, 1999) e Irán (Garmaroudi, Shariati, Harirchi, Montazeri, Ebadi & Fateh, 2003), mostrando adecuadas propiedades psicométricas.

En Latinoamérica encontramos validaciones en Cuba (Victoria, 1999), Chile (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz & Weil, 2003), Brasil (Mari & Williams, 1985), Argentina (Burrone et al., 2015). Además, aparecen estudios que cuestionan la forma de calificación como un estudio realizado en Iberoamérica (Urzúa, Caqueo-Urizar, Bargsted & Irrázaval, 2015).

El Ghq-12 ha sido utilizado en varios contextos clínicos para relacionar salud física con salud mental (Tapia & Masson, 2006), aplicado en adictos a sustancias psicoactivas (Garmendia, 2007), para relacionar salud mental y bienestar psicológico en futbolistas (Romero et al., 2012).

- **La salud mental, religiosidad y espiritualidad**

En la actualidad se ha ido incrementando el interés académico por la relación existente entre la salud mental y física con la religiosidad y espiritualidad (Koenig, 2018; Weber & Pargament, 2014); Siqueira, Fernández & Moreira-Almeida, 2018).

Rodríguez (2016) en su investigación sobre los determinantes sociales de la salud mental en cuanto al rol de la religiosidad hizo una revisión bibliográfica formal llegando a la conclusión de que la religiosidad influye en la salud mental desde tres factores: sentido de valor moral, apoyo de la comunidad de fe y ejercicio de la espiritualidad.

Yoffe (2012), en su investigación doctoral con personas religiosas de distintos credos, comprobó que las oraciones, la meditación y la sanación espiritual favorecen el impulso de estados positivos de bienestar mental, físico y espiritual de los deudos.

Vera et. al (2017) en su estudio valoraron si los credos religiosos moderan el efecto mediador de los afectos positivos sobre la relación salud y optimismo en los países de Colombia y Chile. El estudio llegó a la conclusión de que las creencias religiosas y la espiritualidad no ejercen un efecto significativo en los estados psicológicos.

Díaz y Muñoz (2013) identifican la relación entre la espiritualidad y salud, así como su efecto en la adopción de conductas saludables; llegan a la conclusión de que la espiritualidad está relacionada con la salud mental y física, siendo un factor protector y promotor de conductas saludables.

Aparecen otros estudios que también relacionan estas categorías en diversas poblaciones como los inmigrantes (Freitas, 2013), pacientes con

enfermedades crónicas (Silva, Knevitz da, Passos, Müller Klug & Souza, Días de Mattos, 2015; Bravin, Trettene, Modelli & Popim, 2019), víctimas de desastres (Schafer, 2010), estudiantes universitarios (Hovey, Hurtado, Morales, L. R. A. & Seligman, 2014), adolescentes (Michaelson et al. 2019), población afroamericana y caribeña (Turner, Hastings & Neighbors, 2019; Herren et al., 2019), en donde lo que más se resalta es que ante el riesgo o presencia de enfermedad, la gente se auto percibe más vulnerable; por consiguiente, desarrolla más prácticas religiosas o espirituales, lo cual a su vez incrementa su salud mental.

2.3 Bienestar psicológico

Desde esta perspectiva los investigadores de este proyecto consideran que para evaluar la salud mental es importante traer también el concepto de bienestar psicológico, pues la salud mental no solo implica ausencia de patología (Salaverry, 2012), sino que implica también aspectos positivos como el bienestar, sentido de vida y crecimiento psicológico (Diener, Oishi & Lucas, 2009).

El concepto de *eudaimonía* es una expresión compuesta por el término *eu* que significa bien, y *daimon* que refiere espíritu para los griegos. Sócrates vincula la eudaimonía con la virtud, señalando que una individuo que no es íntegro no puede ser feliz. Aristóteles al referirse al concepto de eudaimonía lo ligó al más alto bien humano: "la suma de todos los bienes", vivir bien. La pregunta que surge es cómo vivir bien. Aristóteles plantea tres formas: una vida de placer, una vida de actividad política y/o una vida filosófica. Aristóteles señala que la eudaimonía es una vida que se vive llena de virtud según la razón. Epicuro la asocia con una vida de placer, coincide con la virtud, pero no meramente ligada a la moral sino a la cualificación, la calidad, la excelencia (Hursthouse, 2007). Los estoicos refuerzan la felicidad ligada a la virtud moral como actuar justamente, ser

honesto, auto-disciplinado, tener coraje, etc. (Baltzly, 2008). Las concepciones que se derivan del término son la búsqueda de felicidad, la calidad de vida, la satisfacción y por supuesto, el bienestar psicológico.

En la actualidad esta noción fue retomada por la psicología humanista con autores como Kurt Goldstein, Carl Rogers y Abraham Maslow, los cuales plantean la auto-realización del ser humano con el logro de ciertas necesidades. Frank (1984) lo define como el propósito de vida, una fuerza interior, una responsabilidad que el hombre tiene de su existencia, por qué existir y qué significado se le da a esa existencia.

El bienestar psicológico se diferencia del bienestar subjetivo, en que el bienestar subjetivo (hedónico) se refiere a la felicidad, satisfacción vital y balance afectivo mientras que el bienestar psicológico (eudaimónico) se refiere a la evaluación del individuo de su desarrollo personal (Keyes, 2006). "La eudaimonía aristotélica es la certidumbre con la que cuenta el hombre para no estar en el mundo a la merced del...el hombre puede hacerse a sí mismo desde su propia praxis" (Romero, 2015, p. 13).

El modelo de bienestar psicológico de Ryff fue uno de los primeros en adoptar el concepto de eudaimonía (1995). Estudios en este ámbito muestran que individuos con más felicidad están primariamente relacionados con disfrutar de una vida placentera, comprometida y con una significancia positiva (Seligman, 2003).

Ballesteros, Medina y Caicedo (2006) nombran el bienestar psicológico como "El esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial" (p. 154). Victoria, G.-V. C. R. & González (2000) señalan que es la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos. El bienestar psicológico implica una fuerza por perfeccionarse, por realizar su potencial y el

pensarse constructivamente.

Díaz et al. (2006) refieren que “el bienestar psicológico ha centrado su atención en el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidas ambas como los principales indicadores del funcionamiento positivo” (p. 572).

Estudios de bienestar psicológico relacionado con espiritualidad y religiosidad

El bienestar psicológico y la espiritualidad-religiosidad (BP y E-R) han sido investigados en población adulta, para conocer el papel de la espiritualidad en el bienestar y el crecimiento psicológico (Klein, Keller, Silver, Hood & Streib, 2016), asociados al compromiso con la naturaleza (Kamitsis & Francis, 2013), examinadas para identificar posible relación entre la espiritualidad-religiosidad y el bienestar físico y psicológico (Blotcher et al., 2016), relacionadas con el propósito en la vida (Schuurmans-Stekhoven, 2019). En España, García y Bernabé (2013) encontraron correlación de la orientación religiosa con bienestar psicológico.

Por otro lado, hay estudios que refieren que la espiritualidad tiene un papel marginal con relación al bienestar psicológico (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2014), o se da de forma negativa: Shilo & Savaya (2012) examinaron los efectos sobre la salud mental de jóvenes israelíes pertenecientes a la comunidad LGTB y el papel de la religiosidad en el apoyo de familiares y amigos en el bienestar de los jóvenes; aquí las religiosidades se asociaron con niveles bajos de bienestar.

Evaluación del bienestar psicológico: Escala de Ryff

La psicóloga Carol Ryff, docente en la Pennsylvania State University y rectora del Institute of Aging, define el bienestar psicológico como un funcionamiento constructivo y socialmente beneficioso que lleva al crecimiento personal (1995). En eudemonismo la motivación primaria del

ser humano es el anhelo de la felicidad. Y el bienestar es el resultado de un esfuerzo por ser perfecto, que es cumplimiento del propio verdadero potencial. Para explicar este aspecto, ella crea un modelo de bienestar psicológico constituido por seis dimensiones, así como una escala para medirlas. La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (1995) evalúa seis dimensiones: auto aceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal.

Tabla 2. Componentes Escala Ryff

Relaciones positivas	Tener relaciones sociales estables y poseer amigos en los que pueda confiar. Ser capaces de amar y de tener un afecto maduro es señal de bienestar.
Dominio del entorno	Capacidad para tener o propiciar entornos favorables para sí mismo. Las personas con un alto señorío de su entorno poseen una mayor representación de control de su mundo y se sienten capaces de intervenir en el contexto que las rodea.
Autonomía	Valora la capacidad de la persona de mantener adecuada individualidad en desemejantes situaciones. Individuos con adecuados niveles de autonomía pueden enfrentar mejor la coacción social y autorregular su conducta.
Propósito en la vida	Se pretende que la persona tenga fines lúcidos y que sea competente para definir sus objetivos de vida. Una alta puntuación en esta subescala revelaría que la persona sabe a lo que aspira en la vida.
Crecimiento personal	Valora la aptitud de la persona para crear escenarios que desarrollen sus potencialidades y para desarrollarse como persona.

Fuente: Ryff, 1995.

Estudios referenciales de bienestar psicológico con la Escala de Ryff

Esta Escala fue utilizada por Anum y Dasty (2016), los cuales compararon la relación entre la carga del cuidador, espiritualidad y bienestar psicológico en padres de pacientes talasémicos paquistaníes. En esta investigación se encontró que el bienestar psicológico se correlaciona positivamente con la espiritualidad mientras que negativamente entre las variables de carga del cuidador y bienestar psicológico. Trigwell, Francis y Bagot (2014) realizaron su investigación tratando de comprobar la relación entre los entornos ecológicos y el bienestar psicológico, y se llegó a la conclusión de que la espiritualidad es una variable mediadora entre el bienestar y la naturaleza. En Francia se utilizó esta Escala en adultos mayores para conocer un poco más el bienestar espiritual de ellas, aplicada por parte de Velasco-González y Rioux (2014). Esta investigación postuló cómo el bienestar psicológico y sus componentes serían predictores del bienestar espiritual. En España se aplicó la Escala de Ryff por López, Jódar y MacDonald (2017), para validar una adaptación del Inventario de Expresiones de Espiritualidad Revisado (ESI-R).

En Latinoamérica la Escala de Ryff ha sido validada en sus propiedades psicométricas en varios países, entre los cuales se encuentran: Chile, en población universitaria (Veliz, 2012), Colombia (Pineda-Roa, Castro-Muñoz y Chaparro-Clavijo, 2018), Perú, con pre-profesionales (Figueroa, 2016). México, con universitarios (Jurado García et al., 2017), en Puerto Rico, en adultos mayores (Arroyo, 2014), en Argentina, con estudiantes (Aranguren e Irrazabal, 2015), en Chile, en población general (Chitgian-Urzúa, Vera-Villarroel & Alfonso, 2013), mostrando en todas adecuadas propiedades psicométricas.

2.4 Espiritualidad y religiosidad

Antes de definir estas dos concepciones definiremos la religión con la clásica definición de Geertz (1996), quien la definió como

Un sistema de símbolos que obra para establecer vigorosos, penetrantes y duraderos estados anímicos y motivaciones en los hombres formulando concepciones de un orden general de existencia y revistiendo estas concepciones con una aureola de efectividad tal que los estados anímicos y motivaciones parezcan de un realismo único (p.89).

Una de las distinciones entre religiosidad y espiritualidad está determinada por el nivel de trascendencia, donde la espiritualidad presenta un nivel mayor de trascendencia frente a la religiosidad (Behar & Arancibia, 2015; Etchezahar & Simkin, 2013; Gonzales-Rivera, Veray-Alicea & Rosario-Rodríguez, 2017; Hussain, 2011; Krmpotic, 2016; Rivera-Ledesma & Montero, 2005; Simkin, 2017a). Sin embargo, para reseñar una mayor diferenciación se presentan las descripciones de ambas categorías.

Ha habido movilidad en cuanto a la concepción de ser humano por parte de la psicología, pero desde que la psicología se asume como ciencia, el sentimiento religioso aparece como parte del psiquismo de los sujetos. William James, considerado el padre de la psicología en Estados Unidos, en su libro *Principios de psicología*, en los capítulos X y XI propone que el ser humano, además de su yo material (su cuerpo físico) y social (contexto inmediato y cultural), posee un yo espiritual, formado en sus facultades mentales. Esta formación de yo espiritual vincula todas las facultades, desde las más superficiales (sensación y percepción), hasta las de mayor desarrollo como lo son la emotividad y el sentimiento espiritual (James & Barnes, 1945). James también enfatiza la espiritualidad como integrante del psiquismo en su libro *Variedades de la experiencia religiosa*

(1902), donde aborda la religiosidad como un modo de expresión que excluye la dinámica organizacional y se centra en la vivencia: “Los actos, las experiencias de hombres particulares en su soledad en la medida en que se ejercitan para mantener una relación con la divinidad” (p. 34).

En la actualidad las definiciones de ser humano están cambiando, y en las modificaciones se advierte la recuperación de las categorías sentimiento religioso y sentimiento espiritual. Hoy en día este cambio se evidencia no solo en teorías que clásicamente se han conocido, sino establecer la participación de la sobre materialidad como la corriente humanista (Frank, 2012); también se muestran la aparición de técnicas cognitivas con un enfoque más experiencial y con la participación de la espiritualidad, y la técnica terapéutica *mindfulness* (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006). Y en la psicología en general fue necesario crear un renglón aparte que estudiara espiritualidad y religiosidad en las comprensiones coetáneas de humanidad, como en el ordenamiento epistémico del saber advertido en la psicología de la religión. Se diferencian entonces dos categorías que inicialmente fueron una sola.

- **Religiosidad**

La condición de religiosidad presenta tres ideas de distinción general. La primera se remite a la experiencia individual, hay otra concepción que comporta lo social, y la tercera se circunscribe a los sistemas dogmáticos (Mendoza-Nápoles, 2017).

William James fue uno de los representantes de la concepción individual (James, 1902), cuando expresó que la religiosidad agrupa sentimientos, actos y experiencias del sujeto en relación a lo divino. Clark (1958) se refirió a la religiosidad como “la experiencia interna del individuo cuando siente un más allá, especialmente como lo demuestra el efecto de esta experiencia en su comportamiento cuando se activa en el intento de armonizar su vida con el más allá” (p. 22).

Jung (1969) habla de la religiosidad como aquello que se refiere a la conexión de la humanidad con poderes más grandes o dinámicos (Dios, espíritus), los cuales inspiran reverencia y devoción. Batson, Schorenrade y Ventis (1993) afirman que la religiosidad se admite como los mecanismos del sujeto para enfrentarse a aquellas preguntas sobre la conciencia de vivir y de morir: el buscar un sentido hacia lo claramente inminente.

Las implicaciones sociales de la religiosidad derivan de investigaciones como la realizada en México por Rivera-Ledesma y Montero (2005). La religiosidad "se concibe como un paso intermedio de socialización durante el cual el creyente se nutre del saber que dirigirá sus conductas en la búsqueda de la experiencia de lo divino" (p. 52).

En principio, la religiosidad se vive en lo social como una entidad de sapiencias, comportamientos, ceremonias, normas y valores que rigen la vida de sujetos interesados en vincularse con lo divino. La religiosidad posee un carácter directivo, al dotar al sujeto con los conocimientos necesarios fundamentales para ir en busca de lo divino (no necesariamente tras la experiencia de lo divino), a través del adoctrinamiento y la congregación con otros. La religiosidad es de naturaleza esencialmente social; hace las veces de contenedor de lo espiritual, de protector; es un soporte socio-cultural (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2005).

La religiosidad es también observada por Cordero y Guerrero Rodríguez (2018) como "un sistema de creencias, prácticas, rituales y símbolos que facilita la cercanía con lo trascendente" (p. 169). Argyle y Beit-Hallahmi (1975) comparten esta posibilidad afirmando que la religiosidad es "un sistema de creencias en un poder divino o sobrehumano, y prácticas de culto o rituales hacia dicho poder" (p. 1).

- **Espiritualidad**

Foucault (1987) habla en estos términos de la espiritualidad:

Denominaremos por tanto espiritualidad al conjunto de estas búsquedas, prácticas y experiencias entre las cuales se encuentran las purificaciones, la ascesis, las renunciaciones, las conversiones de la mirada, las modificaciones de la existencia que constituyen, no para el conocimiento sino para el sujeto, para el ser mismo del sujeto, el precio por pagar para tener acceso a la verdad (p. 38).

La anterior comprensión de espiritualidad tiene condiciones remitidas a la religiosidad. Este es un hecho que en la actualidad no se asume, pues las dos categorías han tomado independencia conceptual. La espiritualidad se ha venido apropiando de manera exclusiva del nivel individual-trascendente.

Las denotaciones y énfasis de lo privado se localizan en autores como Vaughan (1991), quien se refiere a la espiritualidad como "una experiencia subjetiva de lo sagrado" (p. 105). En otras apropiaciones de sentido también se habla de la salida del plano formal de denominaciones, ritos y creencias doctrinales organizadas, afirmando que el acceso a la espiritualidad se da a través de medios de auto transformación no estrictamente racionales (Forman, 2004), que a su vez permiten al ser humano tener una apertura a su espíritu mismo, en la cual no se necesita estar ligado a alguna denominación religiosa para experimentarlo (Comte-Sponville, 2006); y que no solamente necesita elementos religiosos, sino también se cree que se puede alcanzar a través de elementos seculares (Koenig, 2008). La visión teológica de la cristiandad habla de la espiritualidad como una función integradora de la identidad de la persona, en la cual intervienen las experiencias de fe, una vida espiritual y contacto con el mundo exterior (Gamarra, 1994).

Peter Holmes (2007) habla de la espiritualidad ya desligado no solo del plano organizacional, sino como una necesidad que supera la física corpórea humana:

La espiritualidad puede entenderse de forma genérica como la búsqueda relacional de significado del ser humano, lo que “para muchos [...] hoy incorpora una dimensión sobrenatural o sobre corpórea que sugiere que muchos de nosotros hemos descubierto que somos más que nuestra biología física” (p. 25).

- **Religiosidad y espiritualidad según Piedmont**

Piedmont (2012) afirma que la espiritualidad es una motivación inherente del ser humano, que orienta y guía el comportamiento con la voluntad de edificar un sentido más amplio de significado personal más allá de la muerte, y la creencia de que existe un orden en el universo que trasciende el pensamiento humano.

La religiosidad en cambio la entiende como un conjunto de procedimientos, dogmas, prácticas y valores explícitamente pautados e inmersos en determinadas tradiciones sociales o marcos institucionales, dependientes del contexto cultural.

Según Piedmont, la espiritualidad es un rasgo innato y universal del ser humano, mientras que la religiosidad es un sentimiento que por fuerte que sea es susceptible, a cambio, de acuerdo con el contexto cultural. Esta es la síntesis de las definiciones anteriores que también apuntaban a definir la espiritualidad como una tendencia innata del ser humano y la religiosidad como el ejercicio de esa tendencia en el marco social, institucional y cultural.

- **Evaluación de la espiritualidad y la religiosidad: Escala de Evaluación de Sentimientos Espirituales y Religiosos (ASPIRES)**

Piedmont (1999) fue uno de los pioneros en relacionar psicología y religión, afirmando que es importante el modelo de personalidad del *big five* para entender cómo se desarrollan la espiritualidad y la religiosidad, y cómo se entrelazan en la persona. Propone un sexto factor para la evaluación de la personalidad llamado espiritualidad. Para este objetivo desarrolla la Escala de Evaluación de Sentimientos Espirituales y Religiosos (ASPIRES), con el propósito de evaluar a personas de diferentes religiones, como así también personas no religiosas o agnósticas. ASPIRES evalúa dos dimensiones: (1) Sentimientos Religiosos (SR) y (2) Trascendencia Espiritual (TE). SR se compone de dos dominios. El dominio (1) Religiosidad, participación en rituales y actividades religiosos, así como la importancia que estas actividades presentan para la persona. El dominio (2) Crisis Religiosa, revisa dificultades o conflictos con Dios o con su comunidad religiosa. Por su parte, la trascendencia espiritual es definida por Piedmont como "La capacidad de las personas para mantenerse al margen de su sentido inmediato del tiempo y lugar para ver la vida desde una perspectiva más amplia y objetiva" (1999, p. 988). TE representa un constructo motivacional que refleja el esfuerzo del individuo por crear un sentido personal más amplio para su vida. Presenta tres dominios intercorrelacionados. (1) Realización en la oración se define como la habilidad para crear un espacio personal que permite sentir una conexión con una realidad más amplia. (2) Universalidad representa la creencia de que existe un sentido de la vida más amplio del que conocemos. (3) Conectividad se define como el sentimiento de pertenencia y de responsabilidad con una realidad humana más amplia que atraviesa diferentes grupos y generaciones (Simkin & Etchevers, 2014).

Las propiedades psicométricas de ASPIRES han resultado adecuadas en el contexto internacional (Piedmont, 2004), y en el contexto latinoamericano.

americano (Simkin, 2017b).

ASPIRES ha sido usada en Estados Unidos para espiritualidad y religiosidad con diferentes variables como el uso de psicofármacos (Griffiths et al., 2018), angustia y depresión (Fox, Cashwell & Picciotto, 2017), correlacionada con sentido de vida y depresión en alcohólicos (Kleftaras & Katsogianni, 2012), con salud y bienestar en población universitaria (Jordan, Masters, Hooker, Ruiz & Smith, 2014), también para evaluar los cambios en los puntajes de la Escala de acuerdo con la edad y el género (Brown, Chen, Gehlert & Piedmont, 2013) y para distinguir la religiosidad y espiritualidad como predictores de elementos de salud mental (Wilkins, Piedmont & Magyar-Russell, 2012).

En otros escenarios del mundo ha sido utilizada en contextos muy religiosos como Polonia, para identificar la religiosidad y espiritualidad en la mujer (Skrzypińska, 2017). En India, para medir los efectos de la espiritualidad en la salud y el bienestar (Braganza & Piedmont, 2015). En Latinoamérica la Escala ha sido utilizada para corroborar si la espiritualidad es un factor más de personalidad (Simkin, 2014; Lemos & Oñate, 2018) y validada al español en el contexto argentino (Simkin, 2017b). Anotamos que a pesar de que esta Escala ha sido utilizada en diversos ámbitos, son pocos los estudios en poblaciones religiosas específicas (Simkin, 2014), lo cual será un aporte del presente estudio.

2.5 Orientación religiosa

Allport (1966) y Allport y Ross (1967) crearon la teoría de la orientación religiosa. Allport conceptualizó dos orientaciones o motivaciones que tenemos los seres humanos a nivel espiritual; una que denominó *religiosidad intrínseca* y otra que llamó *religiosidad extrínseca*. Según Allport (1966), el modelo distingue entre los feligreses cuya motivación religiosa

tenía otros fines no religiosos (*religiosidad extrínseca*) y los feligreses para quienes la religión es un fin en sí mismo (*religiosidad intrínseca*).

Un año más tarde, Allport y Ross (1967) hicieron descripciones adicionales de estas dos orientaciones, argumentando que los individuos con *religiosidad extrínseca* usan la religión utilitariamente para satisfacer sus necesidades de seguridad, protección, consuelo, sociabilidad, distracción, poder o auto justificación. El credo abrazado se sostiene o ligera o selectivamente en pro de la satisfacción de sus necesidades más primarias. En la orientación intrínseca, las personas están motivadas por la religión en sí misma, y las demás necesidades quedan supeditadas a esta por muy fuertes que sean, pues se ponen en armonía con las creencias y prescripciones religiosas. Cuando abraza un credo, la persona intenta internalizarlo y seguirlo. "Los intrínsecos encuentran su motivación principal en la religión" (p. 434).

La motivación religiosa extrínseca ha sido correlacionada con comportamientos negativos como el prejuicio (Batson et al., 1986), la culpa, miedo a morir y angustia (Batson, Schoenrade & Ventis, 1993), relación positiva entre *religiosidad extrínseca* y esquizotipia (Maltby & Day, 2002), asociación entre *religiosidad extrínseca* y culpa poco saludable (Maltby, 2005). Investigaciones coetáneas aparecieron que tomaron la orientación religiosa para comparar protestantes y católicos (Francis & Village, 2016). También la han relacionado con la salud física y mental: la *religiosidad extrínseca* figura relacionada con menor cuidado de la salud física, y religiosidad intrínseca con comportamientos responsables en el autocuidado y manejo del estrés (Homan & Boyatzis, 2010). La religiosidad intrínseca ha sido coligada al dogmatismo (Mora, Stavrinides & McDermut, 2014); además, refieren estudios que los religiosos intrínsecos podrían tener motivaciones utilitarias al igual que los extrínsecos (Lavrič & Sergej, 2011). Algunos estudios sugieren que la religiosidad intrínseca y extrínseca personal están muy relacionadas (Gonçalves, Fagulha y Ferreira, 2016)

y/o que podrían ser una sola (Flere & Lavrič 2008; Mora, Stavrinides & McDermut, 2014).

- **Escala Age Universal IE**

La Escala Age Universal I-E fue creada por Allport y Ross, compuesta por 12 ítems, los cuales estaban agrupados en tres factores: orientación intrínseca, Orientación extrínseca social y Orientación extrínseca personal.

La Age Universal ha sido validada con niños y adolescentes (Gorsuch & Venable, 1983), también en muestras occidentales como Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda del Norte y República de Irlanda, en población religiosa, no religiosa; adultos y escolares (Maltby, 1999); aplicada a población clínica (Maltby & Day, 2002), también para relacionar orientación religiosa y la culpa patológica (Maltby, 2005), aplicada en contextos religiosos católicos, orientales, islámicos y griegos ortodoxos (Flere & Lavrič, 2008; Mora, Stavrinides & McDermut, 2014), población carcelaria (Adler, Burnside, Loucks & Viki, 2008) y validada en el contexto griego (Darvyri et al., 2014).

En Latinoamérica se encuentran estudios que han acreditado la Escala en el entorno argentino, con estudiantes universitarios (Simkin & Etchezahar, 2013), también ha sido validada en México (García, Montero-López, Rivera-Ledesma & Zavala-Jiménez, 2016), utilizada para indagar relación entre la orientación religiosa, centralidad de la religión y autoritarismo, en Argentina (Brussino & Etchezahar, 2015), para analizar la vinculación de orientación religiosa y religiosidad con fundamentalismo, en México (González & Reyes, 2015) y para relacionar orientación religiosa y depresión en adultos mayores, en Perú (Acosta & Sánchez, 2017).

3. Metodología

Mariluz Cano García
Helmer B. Quintero Núñez

3.1 Enfoque metodológico

En concordancia con los objetivos presentados en la investigación, se parte de un enfoque empírico analítico, pues llevamos a cabo la observación del fenómeno y se tomaron datos a través de test que luego fueron estadísticamente analizados. El alcance de la medición fue desde la toma de la muestra hasta la regresión explicativa entre los factores religiosos y espirituales con las variables dependientes, que fueron la salud mental y el bienestar psicológico.

3.2 Diseño

Es un estudio descriptivo, porque representa una realidad y los factores asociados a ella. Correlacional, porque asocia las variables de estudio; de corte transversal, porque se realiza una sola medición en el tiempo. Analítico, porque se establece una relación entre variables de asociación no causal (Montero & León, 2007), en primera instancia; luego se busca una posible relación de predicción.

3.3. Población, muestra y unidad de análisis

Muestra: 306 participantes (153 participantes colombianos y 153 participantes argentinos). El tamaño de la muestra para el análisis factorial exploratorio toma a Hair, Black, Babin y Anderson (2010), quienes recomiendan como mínimo 100 participantes. Pero el tamaño ideal está en-

tre 300 y 400 colaboradores, para minimizar anacronismos. En este caso seleccionamos 306 participantes divididos de la siguiente manera: 153 personas de las comunas 10, 12 y 16, de la ciudad de Medellín, Colombia. 51 personas son feligreses activos de la Iglesia Católica Santa Gema, del barrio Laureles; 51 personas son feligreses activos de la denominación religiosa pentecostal, de los cuales 25 son trinitarios de la Iglesia Bautista Prado Centro, mientras de 26 son pentecostales unitarios (IPUC) del barrio Belén La Palma, de la ciudad de Medellín; y 51 feligreses adventistas del séptimo día de la Iglesia Universitaria UNAC, de la ciudad de Medellín. 153 personas son feligreses activos de Buenos Aires, Argentina, de los barrios Palermo y Bella Vista. Se escogieron 51 feligreses católicos activos de la Iglesia San Francisco Javier y Parroquia Sagrada Eucaristía del barrio Palermo. 51 feligreses de la Iglesia Adventista del Séptimo Día de Palermo; y 51 feligreses de la denominación pentecostal: 27 feligreses de la Iglesia Bautista de Palermo y El Rey Jesús; y 24 feligreses de la Iglesia Pentecostal Unida de la Argentina Fuertes Batallas, ubicada en el barrio Bella Vista.

Tipo: intencional, ya que como sostienen Hernández, Fernández y Baptista (2014), los elementos escogidos son la base del criterio del investigador.

Población: feligreses de tres comunidades religiosas (católicos, adventistas, pentecostales unitarios y trinitarios), ubicados en los barrios Laureles, Prado - Centro, Belén La Palma, en Medellín. Barrios Palermo y Bella Vista en Argentina. La tramitación para la selección de los participantes fue de tipo no probabilístico por conveniencia, es decir, que las muestras no son representativas por el tipo de elección y se basan en supuestos generales sobre la distribución de las variables en la población (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Las personas son ubicadas en las respectivas iglesias y se les solicita

su participación de forma voluntaria, Antes de responder el instrumento de evaluación, se informa a los participantes que los datos procedentes de esta investigación se utilizan con fines exclusivamente académicos, bajo la Ley 1581 de 2012, de protección de los datos personales, y se les entrega el formato de condiciones éticas.

3.4 Criterios de inclusión

Los criterios de selección de la muestra fueron de pertenencia, conveniencia, oportunidad y disponibilidad, es decir:

- Ser mayor de 25 años de edad.
- Tener la capacidad de leer en español.
- Ser residente en Medellín (Colombia) y en Buenos Aires (Argentina).
- Que pertenecieran a los grupos de cualquiera de los tres grupos religiosos de confesión judeo-cristiana seleccionados (católicos, pentecostales unitarios y trinitarios, y adventistas).
- Asistencia a eventos religiosos formales con regularidad.
- Que quisieran participar en el estudio y fuera fácil el acceso a ellos.

3.5 Criterios de exclusión

- Ser menor de 25 años.
- Residir en ciudades diferentes de Medellín (Colombia) o Buenos Aires (Argentina).
- No querer participar voluntariamente en el estudio.
- Tener diagnóstico de enfermedad mental.

Tabla 3. Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Tipo de variable	Nivel de medición	Valores-Variable
Sexo	Cualitativa	Nominal	1: Hombres
			2: Mujeres
País	Cualitativa	Nominal	1: Argentina
			2: Colombia
Afiliación religiosa		Escala	1: católica
			2: pentecostal unitario
			3: adventista
			4: pentecostal bautista
Espiritualidad y religiosidad Test ASPIRES	Cualitativa	Escala	Participación religiosa
			Baja: <18
			Alta: >36
			Crisis religiosa
			Alta: >15
			Baja: <9
			Universalidad
			Alta: >25
			Baja: <17
			Conectividad
			Baja: >14
			Alta: >22
			Realiz. oración:
			Baja: <24
			Alta: >35
			Trascendencia Espiritual
Baja: <56			
Alta: >79			

Orientación religiosa Test Age Universal	Cuantitativa	Escala	Relig. intrínseca
			20 > Alta
			< 12 Baja
			Relig. extrínseca social
			< 6 Baja
			> 12 Alta
			Relig. extrínseca personal
			< 6 Baja
> 12 Alta			
Salud mental Test de Goldberg	Cuantitativa	Escala	Salud mental total
			Normal: 10-16 ptos.
			Deterioro SM: > 16 ptos.
			Sujetos sanos: < 10 ptos.
Bienestar psicológico	Cuantitativa	Escala	Bienestar psicológico total
			Bp elevado: 176 ptos.
			Bp Alto: 141-175 ptos.
			Bp Modera: 117-140 ptos.
			Bp Bajo: < 116 puntos

3.6 Técnica de recolección de información

Se emplean mediciones de auto-informe mediante una batería de instrumentos de evaluación que contiene los siguientes instrumentos:

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Creada en 1989 y redactada al español por Díaz y et al. (2006). En este trabajo utilizamos la versión validada en Colombia por Pineda-Roa, Castro-Muñoz y Chaparro-Clavijo (2018); tenía una buena consistencia interna, pues el Índice Omega McDonald fue >0.60 (0.93).

Esta traducción conserva las seis escalas, y compuesta por 39 ítems:

- Autoaceptación: Ítems 1, 7, 19 y 31. Ítems inversos 13 y 25.

- Relaciones positivas: Ítems 14 y 32. Ítems inversos 2, 8, 20 y 26.
- Autonomía: Ítems 3, 10 y 21. Ítems inversos 4, 9, 27, 15 y 33.
- Dominio del entorno: Ítems 11, 16, 28 y 39. Ítems inversos 5 y 22.
- Crecimiento personal: Ítems 24, 35, 37 y 38. Ítems inversos 30, 34 y 36.
- Propósito en la vida: Ítems 6, 12, 17, 18 y 23. Ítem inverso 29.

El método de escalamiento de tipo Likert, con seis opciones de respuesta desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo, lo cual sumado será un total de 234 puntos como máximo. Puntuaciones mayores de 176 en el total señalan un BP elevado; entre 141 y 175, BP alto; entre 117 y 140 puntos, BP moderado; e inferiores a 116 puntos, BP bajo. También al efectuar análisis en cada dimensión se puede considerar la predominancia de los afectos positivos sobre los afectos negativos. Autoaceptación: puntaje máximo: 36, alto: >27, medio: 18-26, bajo: <25; Relaciones positivas: puntaje máximo: 36, alto: >27, medio: 18-26, bajo: <25; Autonomía: puntaje máximo: 48, alto: >36, medio: 24-35, bajo: <23; Dominio del entorno: puntaje máximo: 36, alto: >27, medio: 18-26, bajo: <25; Crecimiento personal: puntaje máximo: 42, alto: >32, medio: 21-31, bajo: < 20; Propósito en la vida: puntaje máximo: 36, alto: >27, medio: 18-26, bajo: < 25. El Anexo 2 identifica el formato.

ASPIRES (Assessment of Spirituality and Religious Sentiments Scale)

Escala de Evaluación de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos. En el presente trabajo utilizamos la versión adaptada al español por Simkin (2017b), cuya consistencia interna de los factores estuvo entre 0.57 y 0.91. Esta misma Escala fue validada en el contexto iberoamericano por Simkin (2016), mostrando buenas propiedades psicométricas. La Escala ASPIRES es un cuestionario auto aplicable de 35 ítems que valora dos dimensiones: Sentimientos religiosos (religious sentiments [RS]): se compone de dos dimensiones: a) participación religiosa (religious involvement [RI]) (ítems

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8), y b) crisis religiosa (religious crisis [RC]) (ítems 9, 10, 11 y 12). Trascendencia espiritual (spiritual transcendence [ST], se compone de tres dimensiones: a) realización en la oración (prayer fulfillment PF) (ítems 16, 20, 24, 29, 31 y 33) (ítems inversos 13,14, 23 y 30), b) universalidad (universality [U]) (ítems 15, 17, 18, 25, 27, 28 y 32), ítems inversos 25 y 27, y conectividad (connectedness [C]) (ítems 19, 21, 22 y 34). Ítems invertidos 26 y 35. Ítems invertidos: 13, 14, 15, 19, 23, 25, 26, 27, 30 y 35.

La Escala presenta un formato de respuesta tipo Likert, con de 5 -7 anclajes de respuesta en función del grado de acuerdo con los participantes. Cuando la pregunta está planteada positivamente, va de 5-1, equivaliendo 5 a fuertemente de acuerdo. Y cuando está planteada la pregunta de forma negativa, la respuesta va de 1-5, siendo 5 muy en desacuerdo.

Age Universal Escala “Age Universal” I-E-12 (Maltby, 2002)

La versión utilizada en el presente estudio es la versión validada al español en el contexto argentino por Simkin y Etchezahar (2013); validada en Colombia también en el presente estudio con población colombiana, la cual obtuvo una ordenación distribuida en tres factores, con una varianza total que representó el 73.07% de la muestra y un Alfa de Cronbach total de 0.826, lo cual la hace idónea para la aplicación. El Anexo 3 identifica la prueba.

La Age Universal IE está compuesta por 12 ítems, seis de los cuales evalúan la orientación religiosa intrínseca, tres la extrínseca personal, y tres, la orientación extrínseca social.

- Orientación intrínseca: 1, 2, 3, 4 y 5.
- Orientación extrínseca-social: 6, 7 y 8.
- Orientación extrínseca-personal: 9,10 y 11.

Escala de evaluación de opinión y actitud de Likert: Se utiliza como formato de respuesta con cinco opciones de respuesta, que van desde 5:

Totalmente de acuerdo, a 1: Totalmente en desacuerdo.

Escala de Goldberg

El cuestionario es una adaptación al español del General Health Questionnaire (GHQ12) y está formado por doce ítems, siendo seis de ellos sentencias positivas y seis sentencias negativas. El GHQ -12 evalúa la dimensión general de la salud auto observada por el paciente, pero, además, permite diferenciar dos subdimensiones:

- bienestar psicológico, en sus ítems 1, 2, 5, 7, 9 y 12. Ítems inversos: 2, 5 y 9.
- funcionamiento social y afrontamiento evaluados en los ítems 3, 4 y 8. Ítems inversos 6, 10 y 11.

Los ítems deben ser respondidos escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas a la persona en escala Likert.

Cuando el ítem está formulado de manera que expresa un síntoma de enfermedad, la respuesta "no, nunca" equivale al valor 0, y la respuesta "más que antes", toma el valor 3. Pero si el ítem está redactado de manera positiva, los valores para calificar cada categoría se invierten. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3). La puntuación total puede fluctuar entre 0 y 36. Para Latinoamérica el punto de corte para trastornos mentales comunes puede ser 11 o 12. Un puntaje normal se establece entre 10 y 16, con deterioro de la salud mental >16 , y sujetos sanos <10 puntos.

En este trabajo utilizamos la validación colombiana en población general de Campo-Arias (2007), cuya consistencia interna fue de 0.779, y dos factores que explicaban 42.5% de la varianza; el Anexo 5 es el formato que diligenciaron los participantes.

Técnicas de procesamiento de información

Para cumplir los objetivos subrayados en la investigación se manejan medidas estadísticas descriptivas y modelos multivariantes. Para ello se trabaja con el software estadístico SPSS 25, con el fin de trabajar con estadística descriptiva e inferencial. También se utiliza el software EQS 6.3 para la realización del análisis confirmatorio y el modelo final.

3.7 Aspectos éticos

A continuación, se refieren los aspectos que cada persona participante en la investigación conoció y firmó:

- **Secreto profesional:** Es un juramento de confidencialidad, que se imputa por la necesidad de que exista una absoluta confianza entre el investigador y quienes acuden a él. Es una forma de asegurar, proteger y no revelar una información que se ha obtenido a través de una relación de confianza, y su origen se encuentra en la necesidad del ser humano de compartir voluntariamente situaciones propias, y que se conoce como intimidad y confidencialidad.
- **Derecho a la *no participación*:** el participante tiene plena libertad para participar o no en las pruebas, siempre que medie la información requerida.
- **Derecho a la información, devolución de resultados y rectificación:** los participantes tienen todo el derecho de pedir toda la información alusiva a la investigación en lo que concierne a su participación, así como tienen derecho a la devolución de los resultados y a la rectificación de información personal engañosa, falsa o que lleve a equívocos sobre su participación.
- **Remuneración:** los fines de la investigación son académicos y en ese sentido, no recibirán remuneración alguna por su participación.

- Acompañamiento: los investigadores contarán con el acompañamiento de un asesor, quien verificará que la realización de las pruebas es correcta.
- Respeto a la intimidad: en todo momento se respetará la intimidad de los participantes en el proyecto de investigación, no se publicarán datos personales, que protegen la información personal y tendrán el cuidado debido de las bases de datos, con el fin de no revelar información que pueda ser sensible, regidos bajo la Ley 1581 de 2012 de protección de los datos personales.

3.8 Procedimiento:

- a. Se hace revisión de literatura con respecto al tema de investigación y se construye una base de datos con 150 artículos válidos, que fuesen del periodo 2000 – 2019, ubicados en las principales bases de datos. Con esa base de datos se hace la construcción de antecedentes y se escriben un artículo de revisión publicado en la Revista *Pensamiento Americano*, llamado: "Psicología de la religión: revisión teórica y panorama investigativo", y un capítulo de un libro de la Corporación Universitaria Adventista (UNAC), llamado: "Neuro-teología y educación de la certeza".
- b. Visita de observación participante a las diferentes denominaciones religiosas. Se habló con los líderes religiosos, mostrándoles la carta de autorización de la Institución, para el estudio, los protocolos éticos y el consentimiento informado.
- c. Los líderes religiosos se reunían con sus respectivos comités y aprobaban o desaprobaban los ingresos de las personas que realizarían los test y las entrevistas.
- d. Se decide cambiar de metodología por la premura del tiempo y la desconfianza de algunos líderes para permitir el ingreso de las personas para hacer entrevistas. Se contaba con la Iglesia de los Testigos

de Jehová, pero se excluyó del estudio por negativa de los líderes de la sede nacional para el estudio.

e. Se identifica la validación de las pruebas por utilizar en los respectivos países. Se identifica que la prueba Age Universal IE no tiene validación en población colombiana, lo cual se constituye en otro objetivo del presente estudio, tomando la muestra colombiana (n:153). Se escribe un artículo de validación aprobado para publicación en la *Revista PSOCIAL* de la Universidad de Buenos Aires.

f. Se verifican los criterios de inclusión y exclusión de la muestra: para elegir a las personas participantes se hacía el abordaje en los cultos públicos, si querían o no participar en el estudio; posteriormente, si la persona aceptaba voluntariamente, se le informaba el objetivo de la investigación y se le hacía firmar el consentimiento informado después de leerlo, y se aplicaba la batería de pruebas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión; una vez recogidos los datos, se continuaba con el proceso.

g. Aplicación de pruebas: se le entregan a cada persona cuatro test: dos que miden religiosidad y espiritualidad y dos que miden salud mental y bienestar psicológico (ASPIRES, Age Universal IE, Escala de Goldberg y Escala de Ryff). La aplicación de las pruebas se hace inicialmente en Buenos Aires, Argentina. 153 personas llenan sin errores las pruebas: 135 de forma presencial y 18 la envían por correo electrónico (10 de la Iglesia Bautista y ocho de la Iglesia Católica). Los líderes religiosos (el sacerdote y el pastor) toman las pruebas y luego las envían por correo electrónico y físico. En Colombia, un grupo de estudiantes de psicología de la Universidad de San Buenaventura, acompañados por un grupo de estudiantes de teología de la UNAC, ambos grupos de últimos niveles, ayudan a la aplicación de las pruebas.

h. Defectos en la toma de los datos: se identifica que dos de las pruebas son muy largas para la población elegida, y al hacerse al salir de los servicios religiosos se mostraban un poco cansados ya por la

mitad de las pruebas. Inicialmente se había planteado una muestra más grande, pero por la dificultad para tener encuestas completas se decide reducir el tamaño muestral, ya que el tiempo de estadía con que se contaba en Buenos Aires era relativamente corto para una sola persona tomar todos los datos y hacer desplazamientos a las respectivas comunidades religiosas.

j. Después de construir la base de datos y depurar los errores, se realizaron los análisis psicométricos de confiabilidad de cada prueba. Luego se procede a hacer las correlaciones, la verificación de supuestos y las regresiones múltiples. Los análisis se realizaron utilizando el programa estadístico SPSS-SP (versión 25). Para el análisis confirmatorio de la prueba Age Universal IE se utiliza el software EQS 6.3, al igual que para la creación del modelo final.

Control de errores y sesgos

Para esto se sometieron los procedimientos a los criterios de inclusión propuestos.

a. Sesgo de información en la respuesta del test: se controló, explicando adecuadamente el objetivo de la investigación y dedicando tiempo a responder las preguntas de los encuestados con respecto a ítems que se presentaban confusos. Algunos líderes escogían a la población encuestada, por lo que fue necesario buscar más informantes con la ayuda de la técnica bola de nieve o por remisión, que pertenecieran a la misma comunidad religiosa.

b. Encuestador: se verificó que los estudiantes fueran de últimos niveles de psicología y teología que tuvieran pleno conocimiento del objetivo de la investigación. Se hizo un entrenamiento previo y se despejaron dudas con respecto a los criterios de inclusión y de exclusión.

c. Instrumentos: se revisaron los instrumentos que hubiesen sido validados en los contextos de aplicación y que fueran los favorables para hacer la medición requerida.

d. Errores de digitación: se contrató a un estudiante de ingeniería de sistemas para hacer la digitación de los datos, y luego se hicieron revisiones aleatorias por los investigadores para contrastar los datos físicos con los sistematizados, y se corrigieron los errores donde los ítems no fueron respondidos, o llenados inadecuadamente, y se reemplazan por la media.

Luego se procede a corregir errores en la base de datos y reemplazar valores perdidos por la mediana como se observa en la Tabla 4.

Tabla 4. Corrección y reemplazo de errores

# de ítem en prueba	Mediana	Caso	Ítem prueba	Mediana	Caso	Ítem prueba	Mediana	Caso
Aspires04	3	5	Bienpsi26	2	9	Goldberg01	3	16
Aspires15	4	8	Bienpsi27	2	16	Goldberg02	4	14
Age01	2	15	Bienpsi28	4	8	Goldberg03	2	16
Bienpsi05	2	10	Bienpsi29	2	8	Goldberg04	3	11
Bienpsi09	2	1	Bienpsi3	2	12	Goldberg05	4	14
Bienpsi11	4	3	Bienpsi31	5	11	Goldberg06	4	29
Bienpsi15	3	2	Bienpsi32	4	10	Goldberg07	2	31
Bienpsi20	3	4	Bienpsi33	2	7	Goldberg08	2	33
Bienpsi21	4	2	Bienpsi34	2	10	Goldberg09	4	29
Bienpsi22	2	2	Bienpsi35	4	9	Goldberg10	3	35
Bienpsi19	5	6	Bienpsi36	2	15	Goldberg11	3	22
Bienpsi16	5	12	Bienpsi37	5	16	Goldberg12	2	23
Bienpsi23	5	5	Bienpsi38	5	16			
Bienpsi24	5	11	Bienpsi39	5	16			
Bienpsi25	2	10						

Después de hacer la limpieza de la base de datos se procede a realizar la validación de la Escala Age Universal IE.

Inicialmente realizamos la adaptación y validación de la Escala Age Universal IE (Maltby, 2002) y adaptada al español por Simkin y Etchezahar

(2013) al contexto local colombiano. Se llevaron a cabo los análisis descriptivos, el análisis exploratorio (AFE) y el análisis confirmatorio (AFC).

Se ubicó a las personas en los cultos religiosos desarrollados en sus iglesias y fueron invitados a participar en el estudio de manera voluntaria; se les explicó en qué consistía la investigación, y se les suministró el protocolo ético donde se les informaba que estaban en libertad de abandonar la prueba si no deseaban terminarla; se garantizó que el estudio era solo con fines académicos regidos bajo la ley 1581 del 2012 de protección de los datos personales, que tenían oportunidad de recibir retroalimentación de los resultados si así lo deseaban y que esta investigación implicaba el mínimo riesgo, como se establece en los parámetros de la Resolución n. 008430 de 4 de octubre de 1993, emanada del Ministerio de Salud, en cuanto a la investigación con mínimo riesgo realizada en humanos.

Después de construir la base de datos y depurar los errores, se realizaron los análisis psicométricos de confiabilidad y validez de la prueba de tres factores y 12 ítems. El análisis se realizó utilizando el programa estadístico SPSS-SP 25 y el software EQS 6.3. Se realizó un análisis univariado para establecer las medidas de tendencia central y análisis y multivariado para medir el grado de confiabilidad y validez de la prueba. La fiabilidad de la escala se midió con el coeficiente Alfa de Cronbach, el cual mostró una buena consistencia interna >0.826 . Al obtener un análisis de óptimo de las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y de esfericidad de Bartlett se procedió a hacer el análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC). Se realizó el análisis factorial exploratorio con rotación VARIMAX con un valor >1 y el intervalo de confianza se estimó que fuese del 95%. Para el análisis factorial confirmatorio se analizaron los Índices de Ajuste No Normalizado (NNFI), el Índice de Ajuste Comparativo (CFI), el Índice de Ajuste Incremental (IFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA).

Después de realizar la validación de la Escala Age Universal se procede a hacer la descripción de la población, los análisis univariados de las escalas, la población religiosa y el país. Luego se hicieron las correlaciones entre las variables de espiritualidad, religiosidad y las variables dependientes salud mental y bienestar psicológico. La realización de correlaciones bivariadas se hace mediante el coeficiente r de Pearson entre las puntuaciones arrojadas en cada uno de los factores de cada prueba. Luego mediante regresiones múltiples se procede a verificar que variables resultan predictoras de salud mental y bienestar psicológico. Para terminar, con la información aportada por las regresiones se construye el modelo explicativo final.

3.8.1 Adaptación y validación de la Escala de Orientación Religiosa Age Universal IE 12

Uno de los intereses del presente estudio se relaciona con la valoración de las propiedades psicométricas de la Escala Age Universal I-E 12 en Colombia, lo cual constituye el objetivo específico 3.2.8.

Método: participaron tres comunidades religiosas ($n=153$): adventistas (33.3%), católicos (33.3%), pentecostales: (33.3%), el 60 % fueron mujeres, el 40% fueron hombres con una edad promedio de 31 años (DE: 12). El instrumento utilizado fue el Age Universal IE (Maltby, 2002), se realizó un análisis psicométrico a través de un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Resultados: se obtuvo una ordenación distribuida en tres factores, con una varianza total que representó el 73.07% de la muestra y un Alfa de Cronbach total de 0.826.

Método

Participantes.

Se trabajó con un muestreo no probabilístico intencional en el que participaron 153 individuos de las tres religiones más representativas de la

ciudad de Medellín (Beltrán, 2013), adventistas (33.3%), católicas (33.3%) y pentecostales (33.3%), de ambos sexos (40% hombres y 60% mujeres) con un rango etario de 25 a 80 años ($M = 31$, $DE = 12$).

Instrumento.

Los datos fueron recolectados a través de un instrumento de evaluación de índole autoadministrable, compuesto por la Escala Age Universal I-E (Maltby, 2002).

La Age Universal I-E es un cuestionario autoadministrable compuesto por 12 ítems que evalúan dos orientaciones religiosas en población adolescente y adulta: Orientación Religiosa Intrínseca (*Intrinsic Religious Orientation*) (1, 2, 3, 4 y 5), y Orientación Religiosa Extrínseca (*Extrinsic Religious Orientation*) (ítems 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12). A su vez, esta segunda orientación incluye dos facetas: la Orientación Religiosa Extrínseca Personal (ítems 9, 10 y 11) y la Orientación Religiosa Extrínseca Social (ítems 6, 7 y 8). La Escala presenta un formato de respuesta tipo Likert con cinco anclajes que oscilan entre 1 = "Totalmente en desacuerdo", 2 = "En desacuerdo", 3 = "Neutral", 4 = "De acuerdo" y 5 "Totalmente de acuerdo". Para la evaluación de las orientaciones religiosas se empleó la escala validada en el contexto argentino por Simkin y Etchezahar (2013), debido a que no se encuentran diferencias idiomáticas con el lenguaje empleado en Colombia, al igual de lo que se informa en las adaptaciones de México y Perú (Cruzado & Sánchez, 2017; Rivera-Ledesma, Zavala Jiménez & Montero-López, 2016).

3.8.2 Caracterización sociodemográfica

Después de hacer la validación de la Escala de Orientación Religiosa se procede a hacer el análisis descriptivo de la población. Se eligen como ciudades para aplicar la batería de pruebas, Medellín, Colombia, y Buenos Aires, Argentina. Las comunidades religiosas elegidas son las principales denominaciones de cada ciudad: adventistas, católicos y pentecostales.

De esta última población por la diversidad dogmática dentro de la misma, la toma muestral se subdivide en dos: pentecostales de corte unitario y pentecostales trinitarios llamados también evangélicos. La denominación seleccionada en ambos países que representó a los trinitarios fue la Iglesia Bautista.

3.8.3 Pruebas de normalidad y medias de las variables

Se procede entonces a hacer los análisis univariados para establecer las medidas de tendencia central y análisis, y multivariados para medir el grado de confiabilidad de las pruebas. La fiabilidad de las escalas se midió con el coeficiente Alfa de Cronbach. Prueba de normalidad de las pruebas según Kolmogorov-Smirnov todos los ítems de las pruebas se comportaron de manera normal (>0.05). El análisis de medias se obtuvo mediante el programa SPSS 25 estadísticos descriptivos.

3.8.4 Comparativo de medias poblacionales y por denominación religiosa

Para comparar las medias de las variables entre los dos grupos poblacionales se utilizó la prueba t de Student, que calcula el estadístico de contraste de manera diferente dependiendo de si las varianzas son o no iguales. Y verifica que las diferencias de medias que se dan son o no estadísticamente significativas, es decir, si se deben o no a la variable independiente, que en este caso es el país.

Para el contraste de medias por denominación religiosa utilizamos una Anova que busca el mismo fin que la t de Student, pero con más de dos variables independientes; en este caso son tres las denominaciones religiosas contrastadas. También se agrega la prueba post hoc para verificar diferencias intergrupales. En la sección de resultados se describen hallazgos.

3.8.5 Correlaciones

Para contribuir con el desarrollo de nuevo conocimiento con evidencias válidas, se procedió a la realización de correlaciones bivariadas mediante r de Pearson en el SPSS 25, entre las puntuaciones arrojadas en cada uno de los factores de cada prueba tanto de espiritualidad-religiosidad, orientación religiosa, bienestar psicológico y salud mental.

3.8.6 Modelos de regresión

Para la estimación de un modelo que permitiera analizar los determinantes o predictores del *bienestar psicológico y la salud mental* de este estudio se recurrió al análisis de regresión múltiple, que según Rodríguez (2001) nos ayuda a construir la correspondencia que se origina entre una variable dependiente y un conjunto de variables independientes (X_1, X_2, \dots, X_k). Este se diferencia del análisis de regresión simple en que se acerca más a la realidad, puesto que los fenómenos sociales son complejos y requieren explicarse no solo por una sino por diversas variables que influyen primaria o secundariamente.

El análisis de regresión múltiple es una mejor versión del análisis de regresión simple cuando queremos tener una mejor predicción de la variable dependiente y cuando tenemos más de dos variables. La fórmula de regresión múltiple es:

$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n + e$. Y es la variable por predecir y a, b_1x_1, b_2x_2 y b_nx_n son parámetros desconocidos. "e" es el error en la estimación de esos parámetros (Rodríguez, 2001). Para el modelo del presente estudio. "Y" son las variables dependientes bienestar psicológico y salud mental, β es la cifra que refiere si se da o no la relación lineal y en qué grado, y ϵ es el error del modelo. Para la estimación del modelo se requirió el cumplimiento de las premisas de linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad y no colinealidad (Pertega-Díaz & Pi-

ta-Fernández, 2000), como también se siguieron los pasos para efectuar la regresión (Rodríguez, 2001).

Como se tenían dos variables dependientes se hicieron dos modelos de regresión. En primer lugar, se seleccionaron las variables dependientes; en este caso iniciamos con la variable dependiente *bienestar psicológico*, y las variables independientes: *espiritualidad* y sus cuatro factores, *religiosidad* y sus dos factores, y *orientación religiosa* y sus tres factores; se realizó un gráfico de dispersión de puntos para predecir qué tanto la *espiritualidad-religiosidad* predecían el *bienestar psicológico* y la *salud mental*, respectivamente.

3.8.7 Elaboración del modelo final

Con el programa EQS 6.3 (Structural Equation Program) se realiza el AFC para verificar la oportunidad del modelo y la correlación de variables latentes: *espiritualidad (realización de oración)*, *religiosidad (crisis religiosa)* y *orientación religiosa (religiosidad intrínseca)* con *salud mental* (Goldberg total) y *bienestar psicológico (bienestar psicológico total)*. Las variables *realización de oración*, *religiosidad intrínseca* y *crisis religiosa* se consideraron predictores del *bienestar psicológico*, mientras que la *religiosidad intrínseca*, *participación religiosa* y *crisis religiosa* como predictoras de la *salud mental*. Los análisis fueron llevados a cabo con el método ML de máxima verosimilitud.

4. Resultados

Mariluz Cano García
Helmer B. Quintero Núñez

En la Tabla 5 se resume el logro de los objetivos específicos reseñados por páginas para mejor ubicación del lector.

Tabla 5. Explicativa de cumplimiento de objetivos específicos

Objetivos específicos	Cumplimiento
Reconocer la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa de las comunidades estudiadas.	Se verifican mediante el resultado de las pruebas, la religiosidad, la espiritualidad y la orientación religiosa. Pág. 71.
Evaluar el bienestar psicológico de los miembros de las comunidades religiosas abordadas.	Se verifica mediante el resultado de la prueba de bienestar psicológico (Escala de Ryff). Págs. 72 y 73.
Valorar la salud mental general de los miembros de las comunidades abordadas.	Se verifica mediante el test de salud mental de Goldberg. Pág. 72.
Indagar si están relacionadas la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa con el bienestar psicológico de los miembros de las tres comunidades.	Se verifica correlación entre las variables independientes y dependientes. Págs. 76-79.
Evidenciar si están relacionadas la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa con la salud mental de los miembros de las tres comunidades.	Se verifica correlación entre las variables independientes y dependientes. Págs. 79-81.
Comprobar si la espiritualidad- religiosidad y orientación religiosa son variables explicativas de la salud mental y el bienestar psicológico.	Se encuentran tres variables espirituales y o religiosas explicativas de la salud mental y el bienestar psicológico. Ver págs. 86, 89, 92 y 93.

Reconocer si por país y por tipo de afiliación religiosa se distinguen la orientación religiosa, la espiritualidad, la religiosidad, el bienestar psicológico y la salud mental.	A través de pruebas t se comprueba que por país y por religión hay explicación significativa en algunas variables. Ver págs.73-75.
Validar la Escala Age Universal IE en el contexto colombiano con población religiosa.	Se valida la prueba Age Universal con adecuadas propiedades psicométricas. Pág. 65-69.

4.1 Resultado de la validación Age Universal IE

4.1.1 Análisis factorial exploratorio Age Universal IE

El análisis factorial exploratorio se realizó con los 12 ítems de la prueba. La medida de adecuación de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin mostró adecuado comportamiento, siendo > 0.60 , y la prueba de esfericidad de Bartlett demostró significancia estadística al estar por debajo de 0.05, lo cual avaló el análisis factorial ($KMO = 0.864$; Bartlett $p=0.000$).

La prueba en el componente de matriz rotada conservó su estructura factorial y sus 12 ítems, ya que todos mostraron índices por encima de 0.40; se encontró una adecuada carga factorial que hacía visibles los tres factores planteados por la teoría. En el análisis se obtuvo un 73.99% de varianza total explicada en tres sus tres factores principales y un Alfa de Cronbach adecuado, identificado en la tabla 6.

Tabla 6. Análisis de varianza y confiabilidad

Factor	% de varianza	% acumulado	Alfa de Cronbach
1	35.057	35.057	0.87
2	20.076	55.133	0.85
3	18.862	73.995	0.82

Método de extracción: análisis de componentes principales.

4.1.2 Análisis factorial confirmatorio Age Universal IE

Luego de analizar los resultados del AFE, se procede a realizar un AFC con el fin de comprobar el modelo trifactorial propuesto por Maltby (2002). Se calculan los estimadores para las variables observables de cada una de las variables latentes y se observan las correlaciones de las variables latentes entre sí con sus respectivos errores de medidas. En la Tabla 7 se muestran los índices, y en la Figura 2 se observa el modelo estructural con sus respectivos valores.

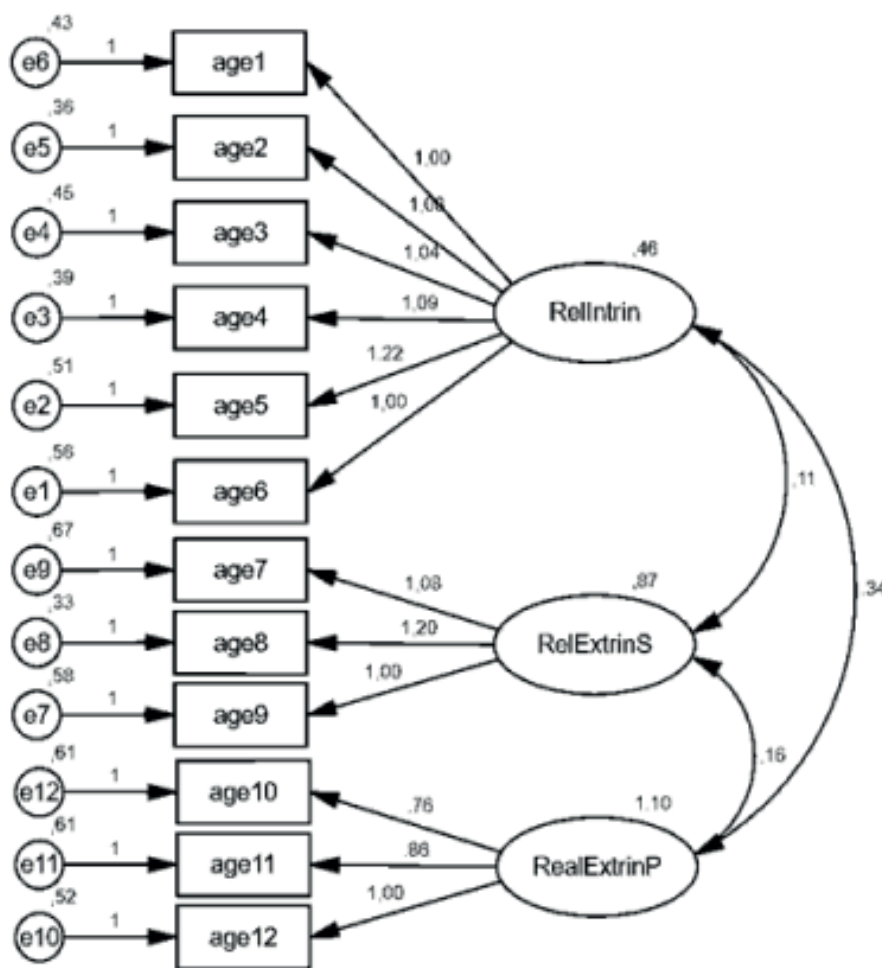


Figura 2. Modelo estructural Escala Age Universal I-E.

Tabla 7. Análisis Factorial Confirmatorio de la Age Universal I-E. Índices de ajuste

Prueba	X ² (gl)	NFI	NNFI	CFI	IFI	RMSEA (IC)
I-E*	120.67/51	0.86	0.92	0.94	0.94	0.063 (0.035-0.087)

* Modelo trifactorial.

4.1.3 Análisis correlacional de factores Age Universal IE

Seguidamente se evalúan las correlaciones de los factores, donde se identifica una buena correlación entre la orientación intrínseca y la orientación extrínseca personal ($r = .40$), mientras que la orientación extrínseca personal y la extrínseca social se relacionaron de manera baja ($r = .16$), la orientación extrínseca social no tuvo correlación con la religiosidad intrínseca.

4.2 Resultado de la descripción sociodemográfica de la investigación total

La muestra la conformaron 306 personas: 153 personas de Argentina y 153 personas de Colombia, de las cuales el 40 % son hombres (124) y el 60% mujeres (182), con edad promedio de 41 años (DE 14.16), siendo la mínima 25 años y la máxima 80 años, distribuidas de la siguiente manera: 35% jóvenes de 25-29 años, 37% adultos jóvenes de 30-45 años, 21% adultos intermedios de 46-64 años, 7% adultos mayores de 65-80 años.

4.3 Análisis univariados: confiabilidad y medias de las variables observadas

La Escala Age Universal IE, en la religiosidad intrínseca obtuvo una media de 25.43, con una desviación estándar de 5.2, lo cual refiere de la muestra poblacional una orientación intrínseca alta. En cuanto a la *religiosidad extrínseca social*, la media fue de 6.54, con una desviación estándar de 2.7, lo cual refiere una religiosidad extrínseca social baja. En el caso de la *religiosidad extrínseca personal* la media fue de 12, con una desviación estándar de 2.1, lo cual indica una orientación extrínseca personal alta.

ASPIRES (Escala de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos): la consistencia interna de la prueba fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, y fue adecuada para todos los factores, ya que estuvo entre 0.67 y 0.84, siendo el factor de conectividad el que mostró dificultad, ya que se ubicó por debajo del promedio sugerido por la literatura >0.60 . El Alfa de Cronbach total para esta Escala fue de 0.79. La media obtenida de la participación religiosa de la muestra fue de 42.0, mostrando un grado alto de participación religiosa. La media para la crisis religiosa fue de 7.0, lo cual nos indica una baja crisis religiosa (ver Tabla 8).

Tabla 8. Puntajes medios espiritualidad y religiosidad

Test Aspires	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach total	# de elementos
Participación religiosa	42.0	6.9	13	49	0.79	35
Crisis religiosa	7.0	3.0	4	19		
Espiritualidad	85.0	12.1	28	112		

Test de Goldberg G-12 (salud mental): la consistencia interna de la prueba fue adecuada para todos los factores, ya que estuvo entre 0.84 y 0.91. El Alfa de Cronbach total para esta Escala fue de 0.87. La media ob-

tenida de la muestra para el factor de bienestar psicológico en este factor fue de 5 puntos, lo que indica una alta autopercepción de bienestar psicológico. Para el funcionamiento y afrontamiento social la media fue de 3 puntos, lo cual indica también alta percepción de la población en este factor. El puntaje total de esta prueba obtuvo una media de 8 puntos, lo cual refiere que la población evaluada según el test son sujetos sanos (ver Tabla 9).

Tabla 9. Puntajes medios salud mental

Test de Goldberg	Media	DE	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach total	# de elementos
Bienestar psicológico	5.7	3.7	0	15		6
F y afrontamiento social	4.2	3.5	0	16		6
Salud mental total	9.9	6.7	0	30	0.87	12

Nota: DE= Desviación estándar.

Escala de Ryff (bienestar psicológico): la consistencia interna de la prueba fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, que fue adecuada para todos los factores, ya que estuvo entre 0.64 y 0.95. El Alfa de Cronbach total para esta Escala fue de 0.90. Las medias obtenidas de auto aceptación, dominio del entorno, propósito de vida y relaciones positivas fueron 26, 27, 28 y 27, respectivamente, lo cual ubica a la muestra poblacional en el puntaje medio-alto para estos factores. El crecimiento personal obtuvo una media de 33 puntos, lo cual señala un alto propósito en la vida auto percibido por la muestra. Para el bienestar psicológico total la muestra obtuvo un puntaje medio de 173.5, lo cual refiere que la población evaluada se auto percibe con un bienestar psicológico alto (ver Tabla 10).

Tabla 10. Puntajes medios escala de bienestar psicológico

Escala de Ryff	Media	DE	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach total	# de elementos
Auto aceptación	26	5.0	11	36		39
Dominio del entorno	27	4.6	14	36	0.90	
Propósito de vida	28	5.3	12	36		
Crecimiento personal	33	5.5	14	42		
Relaciones positivas	27	5.4	9	27		
Bienestar psicológico total	173.5	24.8	107	228		

Nota: DE= Desviación estándar.

4.4 Análisis descriptivo de la media muestral diferenciada por país de procedencia y tipo de religión

A continuación, en la Tabla 11 se muestra el resultado de la prueba t, donde identificamos las diferencias de medias poblacionales y comprobamos si esas diferencias se dan o no por el país de origen.

Tabla 11. Análisis de medias de variables por país

País	Medida	Bienestar psicológico	Crisis religiosa	Participación Religiosa	Espiritualidad	Religiosidad intrínseca	R. extrínseca social	R. extrínseca personal	Salud mental
Argentina	Media	168.2	7.0	40.4	83.7	24.6	6.3	11.2	10,7
	D.E.	24.6	3.2	7.1	12.2	5.4	2.7	3.1	6,4
Colombia	Media	178.7	7.0	39.8	85.1	26.3	6.5	12.0	9,2
	D.E.	24.1	2.8	5.9	10.1	4.4	2.6	3,0	7,0
Diferencia de medias	-10.5	0.0	0.6	-1.4	-1.6	-0.2	-0,8	-1,7	

Tabla 12. Prueba t por país, nivel de significancia de las diferencias

Variables	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Crisis religiosa	2.11	0.15	-0.13	304	0.9	-0.05	0.35
Participación religiosa	0.85	0.36	0.79	304	0.43	0.6	0.75
Espiritualidad	1.81	0.18	-1.13	304	0.26	-1.44	1.28
Bienestar psicológico	0.08	0.78	-3.77	304	0	-10.5	2.78
Religiosidad intrínseca	6.08	0.01	-2.9	292.29	0	-1.64	0.57
Relig. extrínsecas. social	0.2	0.66	-0.58	304	0.56	-0.18	0.3
Relig. extrínsecas. personal	0.36	0.55	-2.26	304	0.03	-0.78	0,35
Salud mental	0.26	0.61	-2.27	304	0.02	-1.65	0.73

Con esta prueba identificamos con el estadístico F y su nivel de significancia asociado, que se cumple la igualdad de varianzas en todas las variables, a excepción de la religiosidad intrínseca, para lo que se toma el estadístico que no asume la igualdad de variables. Al analizar el estadístico t y su nivel de significancia nos informa que las diferencias de medias de las variables que son estadísticamente significativas (<0.05), o sea, que se debe a la influencia del país de origen y no al azar u otras variables, son: bienestar psicológico (diferencia de 10.5 puntos), religiosidad intrínseca (diferencia de 1.64 puntos), religiosidad extrínseca personal (diferencia de 0.68 puntos) y salud mental (diferencia de 1.65 puntos), todas estas donde Colombia obtuvo más altos puntajes, exceptuando la salud mental, puesto que en este caso fue más alto el puntaje para Argentina.

En la Tabla 13 se observan las medias totales de las variables principales diferenciadas por denominación religiosa, y se realiza una Anova (Tabla 14) para verificar si las diferencias son o no estadísticamente significativas ($p < 0.05$), es decir, si se dan por la influencia de la religión o son

debido al azar o a otras influencias; también agregamos la prueba post-hoc Tukey-b para comparar los grupos.

Tabla 13. Análisis de medias diferenciadas por religión

Afiliación religiosa	Crisis religiosa	Participación religiosa	Espiritualidad	Bienestar psicológico	Religiosidad intrínseca	R. extríns. social	R. extríns. personal	Salud mental
Católico	7.0	37.0	88.5	168.0	25.5	6.5	12.0	10.0
Pentecostal	6.3	42.5	83.0	174.0	28.5	6.0	12.0	6.5
Adventista	6.0	43.0	85.0	174.0	26.5	6.0	12.0	8.0

Tabla 14. Anova por denominación religiosa

Variable	F	Sig.
Crisis religiosa	0.86	0.46
Participación religiosa	15.91	0.00
Espiritualidad	3.57	0.01
Bienestar psicológico	0.16	0.93
Religiosidad intrínseca	4.51	0.00
Religiosidad extrínseca social	2.11	0.10
Religiosidad extrínseca personal	4.66	0.00
Salud mental	4.19	0.01

Al analizar el estadístico F y su nivel de significancia, se observa que las diferencias de medias de las variables que son estadísticamente significativas (<0.05), o sea, que se debe a la influencia de la denominación religiosa y no al azar u otras influencias, son: la participación religiosa, espiritualidad, religiosidad intrínseca y salud mental.

La prueba de Tukey-b muestra que en la variable de crisis religiosa no hay diferencias significativas entre los grupos religiosos, lo mismo que para el bienestar psicológico, la religiosidad extrínseca personal y la religiosidad extrínseca social. En la participación religiosa hay diferencias significativas entre los católicos (37 puntos), los adventistas (43 puntos) y los pentecostales (42 puntos). En la espiritualidad, los pentecostales (83 puntos) se apartan significativamente de los adventistas (85 puntos)

y católicos (88 puntos). Sobre la religiosidad intrínseca y la religiosidad extrínseca personal, se observa que no hay diferencias significativas entre católicos, adventistas y pentecostales. En la salud mental los pentecostales (6.5 puntos) se apartan de los adventistas (8 puntos) y católicos (10 puntos).

4.5 Análisis correlacional entre las variables religioso-espirituales y las de salud mental

4.5.1 Correlación entre espiritualidad, religiosidad y bienestar psicológico

Las relaciones que observamos entre los factores de espiritualidad, que según el valor $p \leq .05$, tienen una significativa correlación con los factores de bienestar psicológico, son:

Realización de la oración (ARO) se correlaciona de manera positiva con: autoaceptación ($r=.284$, $p=.01$), relaciones positivas ($r=.265$, $p=.01$), autonomía ($r=.224$, $p=.01$), dominio del entorno ($r=.331$, $p=.01$), crecimiento personal ($r=.337$, $p=.01$), propósito en la vida ($r=.382$, $p=.01$) y con el bienestar psicológico total ($r=.389$, $p=.01$).

La universalidad (AU) se correlacionó de manera significativa con: autoaceptación ($r=.207$, $p=.01$), relaciones positivas ($r=.164$, $p=.01$), dominio del entorno ($r=.166$, $p=.01$), crecimiento personal ($r=.255$, $p=.01$), propósito en la vida ($r=.214$, $p=0.1$) y con el bienestar psicológico total ($r=.234$, $p=.01$).

La espiritualidad total se correlacionó de manera significativa con: autoaceptación ($r=.285$, $p=.01$), relaciones positivas ($r=.212$, $p=.01$), dominio del entorno ($r=.261$, $p=.01$), crecimiento personal ($r=.299$, $p=.01$), propósito en la vida ($r=.315$, $p=0.1$), con el bienestar psicológico total ($r=$

.320, $p=.01$) y con autonomía ($r=.134$, $p=.05$). Se deduce que a mayor espiritualidad mayor percepción de bienestar psicológico.

En cuanto a las variables religiosas encontramos que los factores de religiosidad que se correlacionaron significativamente según el valor $p \leq .05$, fueron: participación religiosa se correlacionó de manera significativa con: Autoaceptación ($r=.207$, $p=.01$), relaciones positivas ($r=.181$, $p=.01$), autonomía ($r=.224$, $p=.01$), dominio del entorno ($r=.299$, $p=.01$), crecimiento personal ($r=.247$, $p=.01$), propósito en la vida ($r=.269$, $p=0.1$) y con el bienestar psicológico total ($r= .304$, $p=.01$).

La crisis religiosa se correlacionó negativamente de manera significativa con: autoaceptación ($r= -.286$, $p=.01$), relaciones positivas ($r= -.300$, $p=.01$), autonomía ($r= -.309$, $p=.01$), dominio del entorno ($r= -.266$, $p=.01$), crecimiento personal ($r= -.323$, $p=.01$), propósito en la vida ($r= -.255$, $p=.01$) y con el bienestar psicológico total ($r= -.375$, $p=.01$). (Ver Tabla 15). Los valores reportados se traducen en que mayor crisis religiosa como sentirse abandonado por Dios o por su comunidad religiosa genera menor bienestar psicológico (ver Tabla 15).

Tabla 15. Correlación de espiritualidad, religiosidad y bienestar psicológico

FACTORES	1.RO	2.U	3.AC	4.APR	5.CR	6.E	7.BAA	8.BRP	9.BPA	10.DE	11.CP	12.PV	13.BT
1. Realización oración	1												
2. universalidad	.607**	1											
3. Conectividad	0.0779	.290**	1										
4. Participación religiosa	.513**	.370**	-0.067	1									
5. Crisis religiosa	-.476**	-.363**	-0.016	-.479**	1								
6. Espiritualidad	.860**	.853**	.474**	.432**	-.433**	1							
7. Auto-aceptación	.284**	.207**	0.108	.207**	-.286**	.285**	1						
8. Relaciones positivas	.265**	.164**	-0.033	.181**	-.300**	.212**	.458**	1					
9. Autonomía	.224**	0.090	-0.110	.224**	-.309**	.134*	.506**	.460**	1				

10. Dominio del entorno	.331**	.166**	-0.003	.299**	-.266**	.261**	.612**	.486**	.483**	1			
11. crecimiento personal	.337**	.255**	-0.001	.247**	-.323**	.299**	.554**	.466**	.431**	.607**	1		
12. Propósito de vida	.382**	.214**	0.008	.269**	-.255**	.315**	.662**	.448**	.418**	.726**	.630**	1	
13. Bienestar psicológico total	.389**	.234**	-0.013	.304**	-.375**	.320**	.805**	.713**	.719**	.825**	.790**	.824**	1

* $p < .05$, ** $p < .01$ bilateral.

4.5.2 Relación entre orientación religiosa y bienestar psicológico

La religiosidad intrínseca en esta muestra se correlacionó de manera positiva y significativa con: autoaceptación ($r = .312$, $p = .01$), relaciones positivas ($r = .208$, $p = .01$), autonomía ($r = .219$, $p = .01$), dominio del entorno ($r = .314$, $p = .01$), crecimiento personal ($r = .297$, $p = .01$), propósito en la vida ($r = .287$, $p = .01$) y con el bienestar psicológico total ($r = .348$, $p = .01$).

La orientación religiosa extrínseca personal se correlacionó con: auto aceptación ($r = .134$, $p = .05$), dominio del entorno ($r = .140$, $p = .05$), crecimiento personal ($r = .129$, $p = .05$), propósito en la vida ($r = .135$, $p = .05$), con el bienestar psicológico total de una manera moderada ($r = .127$, $p = .05$) y no se correlacionó con relaciones positivas y autonomía.

Mientras que la religiosidad extrínseca social se correlacionó de manera negativa con: auto aceptación ($r = -.235$, $p = .01$), relaciones positivas ($r = -.234$, $p = .01$), autonomía ($r = -.275$, $p = .01$), dominio del entorno ($r = -.283$, $p = .01$), crecimiento personal ($r = -.263$, $p = .01$), propósito en la vida ($r = -.260$, $p = .01$) y con el bienestar psicológico total ($r = -.333$, $p = .01$).

Estos hallazgos muestran que la orientación religiosa intrínseca se correlaciona altamente con los factores del bienestar psicológico. La *religiosidad extrínseca personal* tiene una moderada correlación con algunos factores del bienestar y con este en su totalidad, mientras que la *religio-*

idad extrínseca social presenta una correlación negativa con el bienestar psicológico en su totalidad y con todos sus factores, reseñando entonces que a mayor orientación religiosa intrínseca y extrínseca personal mayor bienestar psicológico, y que a mayor *religiosidad extrínseca social* menor percepción de bienestar psicológico (ver Tabla 16).

Tabla 16. Correlación orientación religiosa y bienestar psicológico

FACTORES	1.RI	2.RES	3.REP	4.BPA	5.BRP	6.BA	7.BDE	8.BCP	9.BPV	10.BT
1. Religiosidad intrínseca	1	-.520**	.478**	.312**	.208**	.219**	.314**	.297**	.287**	.348**
2. Religiosidad extrínseca social		1	-.210**	-.235**	-.234**	-.275**	-.283**	-.263**	-.260**	-.333**
3. Religiosidad extrínseca personal			1	.134*	0.06	0.01	.140*	.129*	.135*	.127*
4. Autoaceptación				1	.458**	.506**	.612**	.554**	.662**	.805**
5. Relaciones positivas					1	.460**	.486**	.466**	.448**	.713**
6. Autonomía						1	.483**	.431**	.418**	.719**
7. Dominio del entorno							1	.607**	.726**	.825**
8. Crecimiento personal								1	.630**	.790**
9. Propósito vida									1	.824**
10. Bienestar psicológico total										1

* $p < .05$, ** $p < .01$ bilateral

4.6 Correlación entre espiritualidad, religiosidad y salud mental

Las correlaciones significativas identificadas entre los factores de *espiritualidad* con *salud mental* con un valor $p \leq .05$, son:

Realización de la oración (ARO) se correlaciona de manera positiva con: *Funcionamiento y afrontamiento social* ($r=.329, p=.01$), *bienestar psicológico* ($r=.260, p=.01$) y *salud mental total* ($r=.316, p=.01$).

La *universalidad (AU)* se correlacionó de manera significativa con: *funcionamiento y afrontamiento social* ($r=.181, p=.01$), *bienestar psicológico* ($r=.149, p=.01$) y *salud mental total* ($r=.177, p=.01$).

La *espiritualidad total* se correlacionó de manera significativa con: *funcionamiento y afrontamiento social* ($r=.253, p=.01$), *bienestar psicológico* ($r=.190, p=.01$) y *salud mental total* ($r=.237, p=.01$). Se deduce que a mayor *espiritualidad* mayor percepción de *salud mental*.

En cuanto a las variables religiosas encontramos que los factores de religiosidad que se correlacionaron significativamente según el valor $p \leq .05$, fueron:

Participación religiosa se correlacionó de manera significativa con: *funcionamiento y afrontamiento social* ($r=.323, p=.01$), *bienestar psicológico* ($r=.317, p=.01$) y *salud mental total* ($r=.344, p=.01$).

La *crisis religiosa* se correlacionó negativamente de manera significativa con: *funcionamiento y afrontamiento social* ($r= -.363, p=.01$), *bienestar psicológico* ($r= -.395, p=.01$) y *salud mental total* ($r= -.407, p=.01$).

Estos valores reseñan que cuanto más alta es *la participación religiosa* mayor *salud mental* reportada, pero en cambio que a mayor la *crisis religiosa* menor percepción de *salud mental* (ver Tabla 17).

Tabla 17. Correlación espiritualidad, religiosidad y salud mental

FACTORES	1.RO	2.U	3.C	4.PR	5.CR	6.E	7.AS	8.GBP	9.SMT
1. Realización de oración	1	.607**	0.078	.513**	-.476**	.860**	.329**	.260**	.316**
2. Universalidad		1	.290**	.370**	-.363**	.853**	.181**	.149**	.177**
3. Conectividad			1	-0.068	-0.016	.474**	-0.047	-0.076	-0.066
4. Participación religiosa				1	-.479**	.432**	.323**	.317**	.344**
5. Crisis religiosa					1	-.433**	-.363**	-.395**	-.407**
6. Espiritualidad						1	.253**	.190**	.237**
7. Funcionamiento y afrontamiento social							1	.732**	.927**
8. G. bienestar psicológico								1	.934**
9. Salud mental total									1

**p<.01 bilateral

4.6.1 Relación entre orientación religiosa y salud mental

La *religiosidad intrínseca* en esta muestra se correlacionó de manera significativa con: *funcionamiento y afrontamiento social* ($r=.426$, $p=.01$), *bienestar psicológico* ($r=.392$, $p=.01$) y *salud mental total* ($r=.439$, $p=.01$).

La orientación religiosa *extrínseca personal* se correlacionó con: *funcionamiento y afrontamiento social* ($r=.198$, $p=.01$) y *salud mental total* ($r=.159$, $p=.01$).

Mientras que la *religiosidad extrínseca social* se correlacionó de manera negativa con: *funcionamiento y afrontamiento social* ($r= -.307$, $p=.01$), *bienestar psicológico* ($r= -.344$, $p=.01$) y *salud mental total* ($r= -.350$, $p=.01$).

Estos hallazgos nos refieren que la *orientación religiosa intrínseca* se correlaciona significativamente con los factores de la salud mental. Que la *religiosidad extrínseca personal* se correlaciona con *funcionamiento y afrontamiento social*, pero no tiene correlación con el *bienestar psicológico*.

co según esta prueba, mientras que la *religiosidad extrínseca social* presenta una correlación negativa con todos los factores de la prueba de *salud mental*, especificando que a mayor *orientación religiosa intrínseca* y *extrínseca personal* mayor salud mental, y que a menor religiosidad extrínseca social mayor percepción de *bienestar psicológico* (Ver Tabla 18).

Tabla 18 Correlación orientación religiosa y salud mental

Factores	1.RI	2.RES	3.REP	4.GFAS	5.GBP	6.GT
1. Religiosidad intrínseca	1	-.520**	.478**	.426**	.392**	.439**
2. Religiosidad extrínseca social		1	-.210**	-.307**	-.344**	-.350**
3. Religiosidad extrínseca personal			1	.198**	.099	.159**
4. Funcionamiento y afrontamiento social				1	.732**	.927**
5. Bienestar psicológico					1	.934**
6. Salud mental total						1

**p<.01 bilateral

4.7 Modelo explicativo de la relación de espiritualidad, religiosidad y la orientación religiosa con el bienestar psicológico

Verificación de supuestos:

Linealidad: como se observa en la Figura 3, se cumple el supuesto de linealidad, ya que los datos tienen una tendencia a agruparse sobre la línea con una inclinación hacia la derecha si la correlación se da positivamente, como es el caso de *realización de oración y bienestar psicológico* y *religiosidad intrínseca y bienestar psicológico*, y/o hacia la izquierda, como es el caso de *crisis religiosa y bienestar psicológico total*. La correlación entre *religiosidad intrínseca con realización de oración* y *con crisis religiosa* nos sugiere riesgo de multicolinealidad.

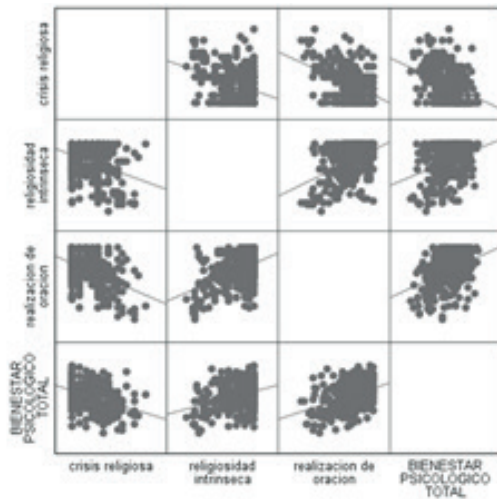


Figura 3. Supuesto de linealidad bienestar psicológico.

Normalidad: se verifica que los datos de las variables se ajusten al normal esperado. Como se identifica en las figuras 4, 5 y 6, todas las variables presentan una distribución aceptable.

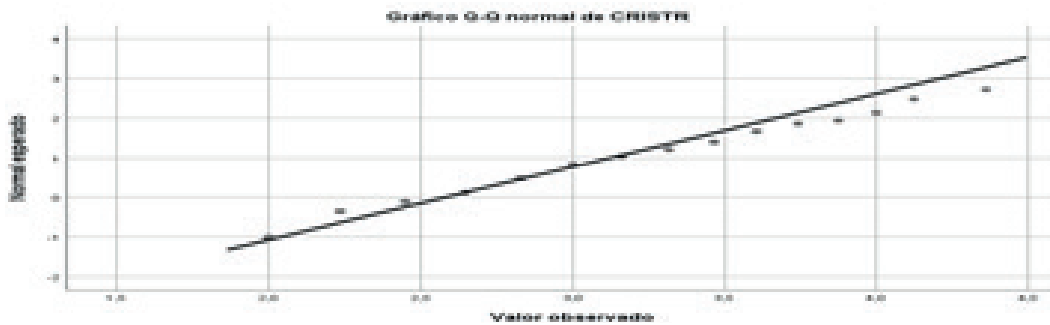


Figura 4. Normalidad variable realización de oración.



Figura 5. Normalidad variable crisis religiosa.

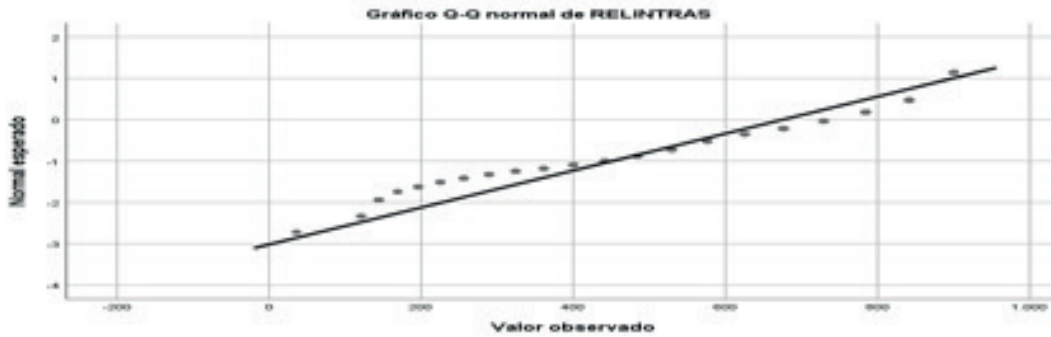


Figura 6. Normalidad variable religiosidad intrínseca.

Para verificar la normalidad de los residuos tipificados, se contrastó mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, con gráficos de normalidad tipo P-P, el Gráfico de Probabilidad Normal de tipo P-P: que representa las proporciones acumuladas de la variable esperada (en negro) con respecto a las proporciones acumuladas de la variable observada (en gris). Como se observa, se encontró normalidad en los residuos (Figura 7).

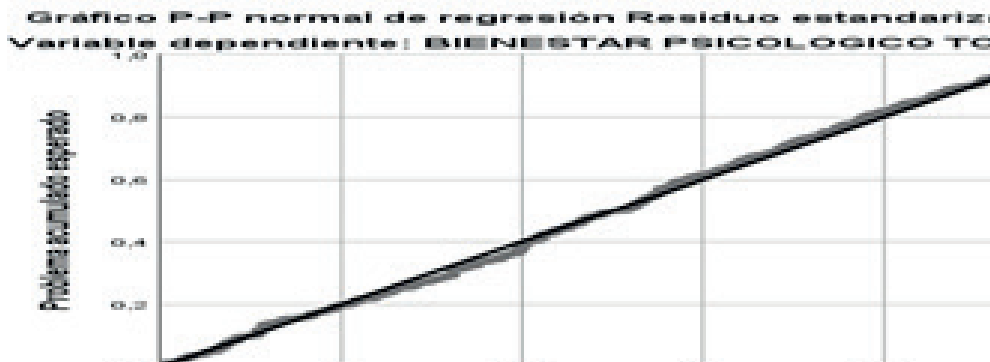


Figura 7. Normalidad de residuos bienestar psicológico.

En la prueba de Durbin-Watson decimos que hay total independencia de residuos cuando el estadístico toma un valor de 2; en este caso el valor fue de 1.72, lo que indica que se cumplió el supuesto de independencia de errores, ya que valores inferiores a 1.5 o superiores de 2.5, nos refieren que los residuos están vinculados por una dependencia lineal (cercano a cero positiva y cercano a 4 negativa).

El factor de varianza inflada indica que se cumple el supuesto de no multicolinealidad, ya que ningún valor debe estar en total por encima de 10, y cada factor debe estar cercano a 1. (VFI: entre 1.323 y 1.537).

Se verifica que el modelo es adecuado cuando se demuestra que existe dependencia lineal entre las dos variables. De la tabla 20 de los coeficientes vemos que $b=.753$ es distinto de cero, por lo que se verifica que hay una relación lineal. Las dos primeras variables son positivas, por lo que la relación es directa. La última variable regresiva es negativa, lo que indica que la relación es inversamente proporcional.

Para la homocedasticidad relacionada con la constancia de la varianza de los errores a lo largo del tiempo, fue aplicado la prueba Levene, junto a los gráficos de dispersión ZPRED y ZRESID (Figura 8); el estadístico F estimó si existe relación lineal significativa entre la VD y las VI; el valor P puede valorar la relación como significativa. Para comprobarlo, el método de regresión realizó el contraste donde el coeficiente de correlación poblacional es significativamente distinto de cero. El valor de $F = 27.572$ tiene un P valor igual a $0.000 < 0.05$, por lo que se concluye que la dependencia lineal es estadísticamente significativa. Por lo tanto, el modelo fue adecuado.

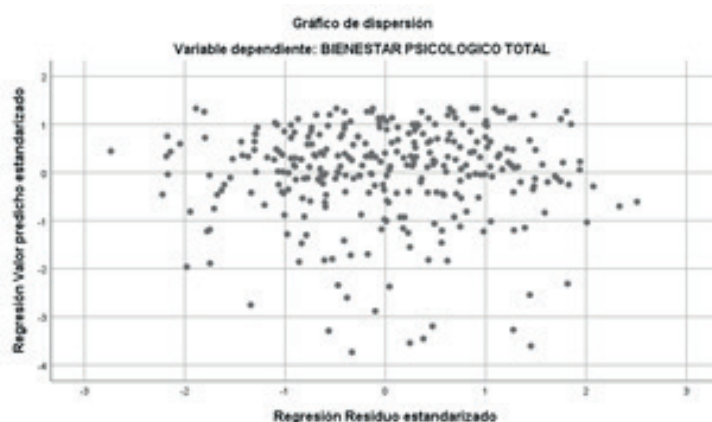


Figura 8. Relación de residuos bienestar psicológico.

Al ingresar las variables para calcular el mejor modelo explicativo se hicieron varios intentos con diferentes métodos de selección, eliminando y añadiendo diferentes variables; el mejor modelo explicativo fue el método escalonado. Este método ingresa o elimina la variable regresora paso a paso hasta obtener una ecuación final que tenga mayor capacidad de predicción (Navarro, 2009). Con este método aparecieron tres modelos; en el modelo 1 con solo la variable se explicaba en un 15.1% (*realización de la oración*); en el modelo 2 con dos variables se explicaba el 19.6% (*realización de oración y crisis religiosa*); y finalmente, el modelo 3 fue seleccionado porque con las tres variables independientes (*realización de oración, religiosidad intrínseca y crisis religiosa*) explicó el 21.5% de la varianza de la variable dependiente ($R^2=0.215$) (ver Tabla 19). El coeficiente de determinación ajustado al igual que el R^2 mide el porcentaje en que la VI explicó la VD (20.7%), pero sin tener en cuenta las otras variables dependientes. El error estándar de determinación midió la parte de la variable dependiente que dejamos de explicar (22.138).

En este modelo fueron eliminadas de las variables *espiritualidad*, los factores *universalidad, conectividad*, y el factor que agrupaba la *espiritualidad* total. Para la variable religiosidad fue eliminado el factor *participación religiosa*, y el factor crisis religiosa fue conservado por el modelo, pero con una carga negativa; de la variable de orientación religiosa fueron eliminados los factores *extrínseca personal y extrínseca social*.

Tabla 19. Varianza explicada para el bienestar psicológico

Modelo	R	R²	R² ajustado	D.E
1	.389	0.151	0.148	22.945
2	.443	0.196	0.191	22.367
3	.464c	0.215	0.207	22.138

Nota: error estándar de la estimación.

Para presentar el modelo elegido fue necesario identificar las variables que más caracterización tenían como predictoras de la variable dependiente; para este paso se revisaron dos criterios: uno, el valor de la prueba *t* y el valor de la significatividad (*p*), y dos, que el peso de la predictividad fuese el más alto en los coeficientes beta (β), ya que este nos indica el número de unidades en que se agrandaré la variable dependiente por cada unidad en que aumente la variable independiente (ver Tabla 20). Para los coeficientes del modelo de regresión las puntuaciones *t*, las variables tenidas en cuenta aportan al modelo de regresión, lo que indica que los valores obtenidos se pueden generalizar en la población ($t= 3.175, 2.719, -3.687; p < 0.005$).

Tabla 20. Coeficientes explicativos bienestar psicológico

Modelo	β	D.E.	<i>p</i>
(Constante)	136.751	11.26	0.00
Realización oración	0.753	0.224	0.00
Religiosidad intrínseca	0.799	0.288	0.00
Crisis religiosa	-1.722	0.486	0.00

Nota: D.E.: desviación error.

4.8 Modelo explicativo de la relación entre espiritualidad-religiosidad y salud mental

Comprobación de supuestos:

Linealidad: como se observa en la gráfica, se cumple el supuesto de linealidad, ya que los datos tienen una tendencia a agruparse sobre la línea con una inclinación hacia la derecha para una correlación positiva, como es el caso de *religiosidad intrínseca*, participación religiosa y salud mental, y/o hacia la izquierda, como es el caso de crisis religiosa y salud mental. La correlación de las variables dependientes nos sugiere que debemos tener en cuenta que no haya multicolinealidad (Figura 9).

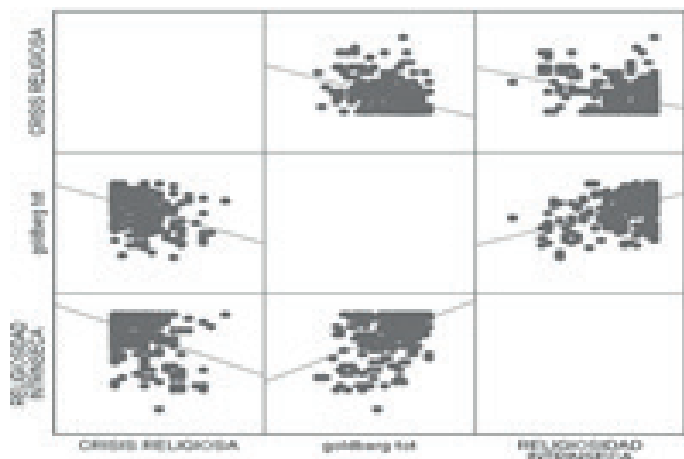


Figura 9. Linealidad salud mental.

Normalidad: se verifica que los datos de las variables se ajusten al normal esperado. Como se identifica en las figuras 10, 11 y 12, las variables presentan una distribución aceptable.

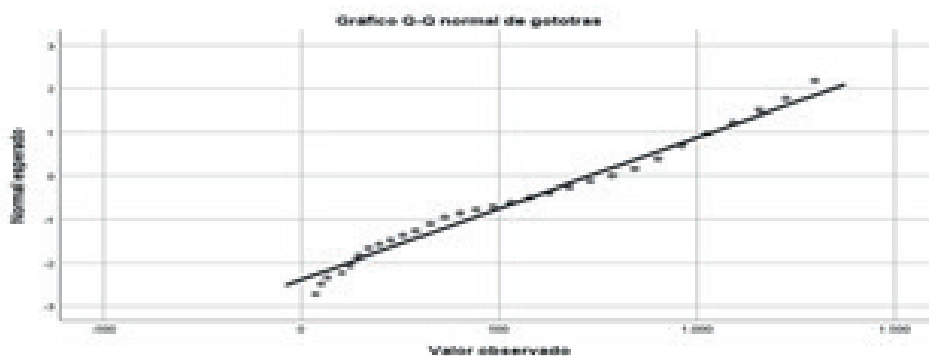


Figura 10. Normalidad variable salud mental.

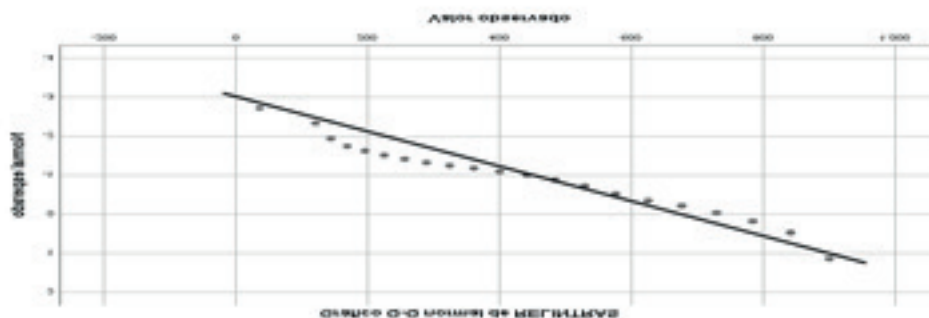


Figura 11. Normalidad variable crisis religiosa.

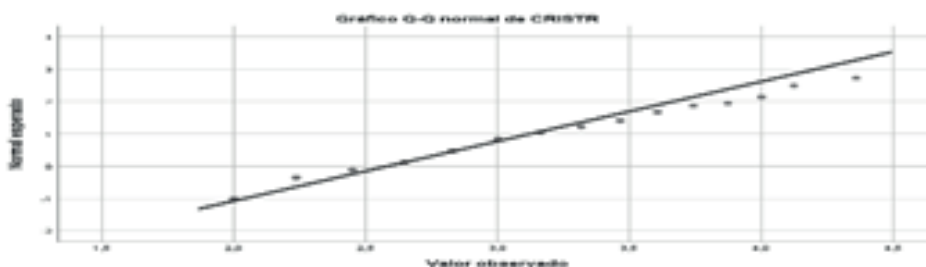


Figura 12. Normalidad variable religiosidad intrínseca.

Se ingresaron las variables y se fueron probando con varios métodos; el mejor modelo explicativo fue hallado con el método intro. Aparecieron dos modelos: el modelo 1 con dos variables (*religiosidad intrínseca* y *crisis religiosa*), se explicaba en un 27% de la varianza de la variable dependiente ($R^2 = 0.27$), y el modelo 2 que con tres variables explicaba el 27.2% de la varianza. El modelo explicativo que se aceptó inicialmente fue el que incluía la *participación religiosa* como variable explicativa, aunque con muy bajo coeficiente beta ($b=0.08$) y baja significancia t ($p=0.20$). Se revisa en el programa estadístico EQS 6.3, y el estadígrafo NNFI mostró un ajuste bajo (0.68) y un RMSEA también bajo (0.19), aunque los demás índices de ajuste se mostraban adecuados. Se toma la decisión de cambiar de modelo y eliminar la variable explicativa participación religiosa. Al hacerlo, el modelo mejora, y los coeficientes de confianza se muestran adecuados. Fueron eliminadas del modelo todas las variables de *espiritualidad* de la prueba ASPIRES y se conservó de la religiosidad la variable *crisis religiosa*. De la escala de *orientación religiosa* se eliminaron las variables *religiosidad extrínseca social* y *personal*, y se conservó la variable *religiosidad intrínseca*. El coeficiente de determinación ajustado y el error estándar se muestran en la Tabla 21.

Tabla 21 Varianza explicada para la salud mental

Modelo	R	R²	R² ajustado	D.E.
1	.518	0.270	0.263	5.505
2	.521	0.272	0.265	5.500

Nota: error estándar.

Independencia de observaciones: en la prueba de Durbin-Watson el valor fue 1.937 cercano a 2, por lo tanto, se da por cumplido el supuesto de independencia de errores.

Homocedasticidad: en la figura de dispersión de puntos se confirma que no hay relación sistemática entre los residuos tipificados y los valores pronosticados de la variable de salud mental (Goldberg total) (Figura 13).

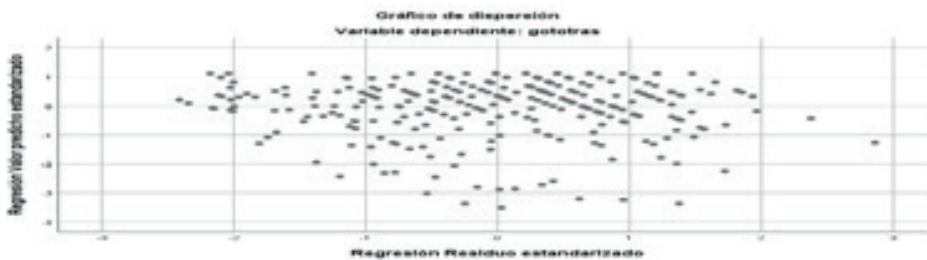


Figura 13. Relación de residuos tipificados.

El factor de la varianza inflada (VIF) nos sugiere que no hay multicolinealidad, ya que los estadígrafos estuvieron en 1.171.

El valor de $F = 54.477$, teniendo un p valor igual a $0.000 < 0,05$, por lo que se concluye que la dependencia lineal es estadísticamente significativa.

Distribución normal de los residuos: los residuos no muestran relación problemática con las variables predictoras o con los valores pronosticados, ya que en la Figura 14 se identifica que los residuos, aunque es-

tán ligeramente sesgados, se distribuyen linealmente, demostrando que el modelo está bien especificado.

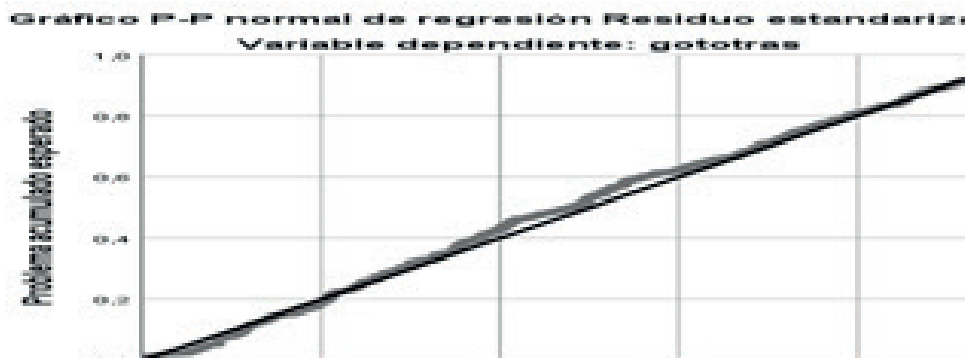


Figura 14. Linealidad de residuos salud mental.

En la tabla 22 de los coeficientes vemos que $b = .0469$ y -0.535 son valores distintos de cero, por lo que se verifica que hay una relación lineal (ver Tabla 22). Para los coeficientes del modelo de regresión, las puntuaciones t indican que los valores obtenidos se pueden generalizar en la población ($t = 5.601, -4.047$ y 1.268 ; $p = 0.000 < 0.005$).

Tabla 22. Coeficientes explicativos salud mental

Modelo	β	D.E.	p
(Constante)	11.874	1.627	0.00
CRISIS RELIGIOSA	-0.535	0.066	0.00
RELIGIOSIDAD INTRÍNSECA	0.469	0.113	0.00

Como idea derivada del análisis se resuelve que el bienestar psicológico es explicado en un 21% por las variables: *realización de oración*, *religiosidad intrínseca* y *crisis religiosa* de manera inversa. La salud mental es explicada en un 27% por *religiosidad intrínseca*, y *crisis religiosa* de manera inversa. Se procede entonces a crear el respectivo modelo explicativo SEM.

4.9 Modelo final salud mental y bienestar psicológico explicados por la espiritualidad y la religiosidad

Con el análisis factorial confirmatorio (AFC) se comprueba la idoneidad del modelo. Los índices de ajuste mostraron una excelente adecuación. El Índice de Ajuste Normalizado (NFI) que compara la reducción proporcional en función del ajuste cuyo rango de variación está entre 0 y 1. En este caso el ajuste fue adecuado: 0.98. El Índice de Ajuste Comparativo (CFI) fue de 0.99, indicando excelente ajuste. El Índice de Ajuste Incremental (IFI) fue de 0.99, considerándose muy adecuado. Además, se consideró el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), el cual se ubicó en 0.05, lo cual indica un buen nivel (<0.08). El Índice de Bondad de Ajuste (GFI) para explicar la varianza explicada que va desde 0 (bajo ajuste) a 1 (excelente ajuste) fue en este caso de 0.99, identificándose muy buen ajuste. El chi cuadrado que mide la bondad de ajuste total fue de 3.607, dividido en sus 2 grados de libertad, lo cual refiere un buen ajuste ($p=0.16$). El Índice de Ajuste no Normalizado (NNFI) que también se mide de 0-1, considerando buen ajuste valores a 0.95; en este caso fue apropiado (0.97). (Ver Tabla 23).

El modelo estructural explicó el 21% de la varianza del *bienestar psicológico* y el 27% de la salud mental. Todas las variables latentes fueron significativas ($p<0.00$). La realización de la oración predijo significativamente el *bienestar psicológico* (0.75 $p<0.00$); a su vez, la *religiosidad intrínseca* resultó predictor de bienestar psicológico (0.80 $p<0.00$) y *salud mental* (0.43 $p<0.00$); al igual que la *crisis religiosa* predijo menor bienestar psicológico (-0.72 $p<0.00$) y menor *salud mental* (-0.48 $p<0.00$), como se observa en la Figura 15, con resultados muy similares a los encontrados en la regresión lineal múltiple.

Tabla 23. Índice de Bondad de Ajuste

NNFI	X ² (gl)	GFI	IFI	NFI	CFI	RMSEA	P
0.97	3.63	0.99	0.99	0.98	0.99	0.05(0.000 - 0.135)	0.16

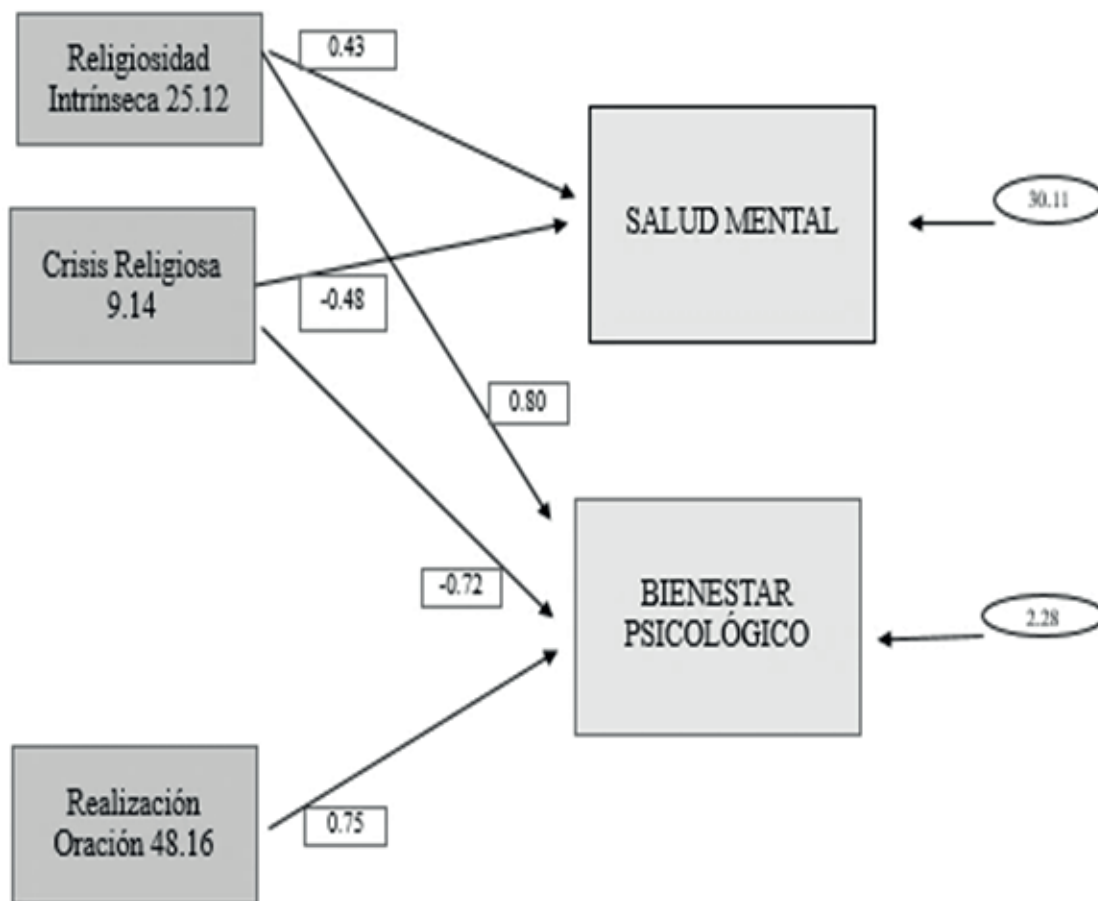


Figura 15 SEM salud mental y bienestar psicológico.

5. Conclusiones

Mariluz Cano García
Helmer B. Quintero Núñez

5.1 Adaptación y validación de la Escala Age Universal

Se obtuvo una ordenación distribuida en tres factores, con una varianza total que representó el 73.07% de la muestra y un Alfa de Cronbach total de 0.826.

La orientación religiosa puede contener más de tres factores (factores que no son tan opuestos, pues todos presentaron correlación), coincidiendo con el planteamiento inicial de Allport y Ross (1967). En Colombia y Argentina los resultados se muestran muy parejos, esto puede explicarse por el hecho de que en América Latina la religiosidad es prevalente.

La investigación desarrollada arroja datos a favor del modelo de tres factores: orientación extrínseca personal (OEP), orientación extrínseca social (OES) y orientación intrínseca (OI). El análisis nos muestra correlación de la orientación extrínseca personal (OEP) con la orientación extrínseca social (OES) ($p < .05$); y con la orientación intrínseca (ORI) significativa ($p < .01$). Este último asunto asume correspondencia con estudios antecedentes (Gonçalves, Fagulha y Ferreira, 2016). Otros autores consideran que la OEP y la OI implican el mismo factor (Flere & Lavrič 2008; Mora, Stavrinides & McDermut, 2014). En Colombia, al igual que en México, el término "rezar" causa ruido en la población protestante, que prefiere el término "orar". Orar implica una relación más profunda y menos mecánica, como lo señalan Rivera-Ledesma, Zavala-Jiménez & Montero-López (2016).

La escala muestra consistencia y fiabilidad de acuerdo con lo encon-

trado también por Rivera-Ledesma, Zavala Jiménez y Montero-López (2016), en su validación de la escala en el contexto mexicano, y Simkin y Etchezahar (2013) en población argentina.

5.2 Espiritualidad, religiosidad, orientación religiosa y bienestar psicológico

Se acepta la hipótesis alternativa que la *espiritualidad*, la *religiosidad* y la orientación religiosa se correlacionan con el *bienestar psicológico* ($R^2 < 0.40$).

- **Espiritualidad y bienestar psicológico:**

La variable *realización de oración* comporta ítems como “encuentro fuerza interior y paz en mis rezos y meditaciones”, o “en la tranquilidad de mis rezos y meditaciones siento una sensación de plenitud”, presentó la mayor correlación positiva y significativa con todos los ítems del bienestar psicológico y con el bienestar psicológico total.

El factor *conectividad* no mostró correlación con ninguno de los ítems de bienestar psicológico. Como se dijo en la evaluación de la prueba, esta variable presentó muchas dificultades en la población estudiada y una baja consistencia interna. Hay dos aspectos en el factor que determinan el hecho: la concepción frente al estado de los muertos y el interés por la aprobación familiar. Estos aspectos fueron vinculados en el diseño de la prueba, pero en la práctica investigativa tal vinculación genera dispersión. Frente a uno de los aspectos hay comprensión general, pero frente al otro la concepción no se distingue. La aprobación familiar es de comprensión y de interés por parte de la población, mientras que el tema de la inmortalidad del alma y el estado de los muertos sugieren divergencia.

La *espiritualidad* se correlacionó de manera significativa con todos los

ítems del *bienestar psicológico* y con la variable que agrupa el *bienestar psicológico*. A mayor espiritualidad, mayor percepción de bienestar psicológico. Esto afirma estudios previos en poblaciones creyentes donde el ejercicio de la espiritualidad y el sentir conexión con lo sagrado generan mayor sensación de bienestar (Flores y Roca, 2017; Kumar y Sing, 2014; Simkin & Azzollini, 2015).

Finalmente, al verificar la correlación lineal, solo una variable de la categoría espiritualidad tiene fuerza predictiva: la realización de la oración, con un coeficiente $\beta = 0.75$ y una alta significancia t ($p = 0.00$). Esto es coherente con estudios referenciales en donde el ejercicio de la oración y la meditación son variables predictoras del bienestar (González, 2016).

- **Religiosidad y bienestar psicológico:**

La *participación religiosa* agrupa ítems como: "¿Cuán seguido asiste a servicios religiosos? ¿Cuán importantes son sus creencias religiosas para usted? ¿Durante los últimos 12 meses sus intereses... aumentaron, disminuyeron?", se correlacionó positivamente con todos los factores de *bienestar psicológico* y con el factor que los agrupaba. Esto podría implicar que a mayor participación religiosa mayor percepción de bienestar. Estudios previos en Grecia por Leondari y Gialamas (2009) y en Pakistán por Ismail y Desmukh (2012) refieren que asistir a la iglesia y tener fuertes creencias religiosas genera mayor percepción de bienestar psicológico y satisfacción con la vida.

En el modelo de regresión lineal la *participación religiosa* no tuvo fuerza predictiva del *bienestar psicológico*. Aunque hay relación significativa entre el *bienestar psicológico* y la *participación religiosa*, esta no es explicativa del bienestar, por lo tanto, se elimina del modelo final.

La *crisis religiosa* se correlacionó de forma negativa con el *bienestar psicológico* y con todos sus factores, de manera significativa. Se encuen-

tra además que esta variable es la única variable religiosa explicativa del *bienestar psicológico*.

La *crisis religiosa* tiene un fuerte impacto en la disminución del bienestar psicológico de esta muestra poblacional: sentirse alejado de Dios, sentir que Dios o su comunidad no lo aceptan genera gran sensación de malestar psicológico en el sujeto; estos hallazgos son coincidentes con los de Piedmont, Magyar-Russell, Dilella y Matter (2014).

- **Orientación religiosa y bienestar psicológico:**

La *religiosidad intrínseca* se correlacionó con el *bienestar psicológico* y aparece en el modelo de regresión lineal como variable predictiva de este. El estudio encontró que la *religiosidad intrínseca*, que incluye ítems como “me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas, he tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios, es importante para mí pasar tiempo pensando y rezando en privado”, se correlacionó positivamente con todos los factores del bienestar psicológico y con la variable que los agrupaba. Esto significa que cuando la motivación principal de una persona es su religión en sí misma o el crecimiento de su relación con la divinidad y no un medio para obtener beneficios personales, se otorga mayor bienestar psicológico.

Se presentó una baja correlación entre la categoría orientación *religiosa extrínseca personal* y los factores *auto-aceptación, crecimiento personal y bienestar psicológico total*. La categoría *orientación religiosa extrínseca personal* no se correlacionó con los ítems *relaciones positivas y autonomía*, debido a que la *orientación extrínseca personal* está muy marcada por la instrumentalización individualista de la religión. En el modelo de regresión lineal la *orientación religiosa extrínseca personal* no tuvo ningún papel relevante para explicar el bienestar psicológico. Tampoco aportó al modelo final.

La *religiosidad extrínseca social*, en donde se encuentran afirmaciones como “voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco ahí, y voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos”, se correlacionó de manera negativa con todas las variables del *bienestar psicológico* y con la variable que los agrupó de manera total. Esto coincide con los estudios de Maltby, que encuentran correlación entre la religiosidad extrínseca y la culpa patológica (Maltby, 2005). En el sujeto se produce malestar psicológico también cuando se usa la religión como un medio para obtener ganancias sociales. La deseabilidad social se define como esa tendencia en las personas en general por buscar agradar y ser aceptados por el otro, esto hace que busquen constantemente en diferentes escenarios la aprobación, y el medio para evitar ser rechazados muchas veces es el fingimiento (Valdez Medina, 2009). Estudios refieren que la deseabilidad social está muy asociada con la depresión, la ideación y la conducta suicida (Linehan & Nielsen, 1981).

5.3 Espiritualidad, religiosidad, orientación religiosa y salud mental

Se acepta la hipótesis alternativa: la espiritualidad, la religiosidad y la orientación religiosa se correlacionan y explican la salud mental.

- **Espiritualidad y salud mental:**

Las variables de *espiritualidad* se correlacionaron de manera significativa con las variables de *salud mental*. También la variable *espiritualidad total*, se correlacionó de una manera significativa con la variable de salud mental total. Se puede concluir que a mayor ejercicio de la *espiritualidad mayor* percepción de *salud mental*. Esto es coherente con la revisión sistemática hecha por Koenig (2001), donde el 66% de los estudios informó correlaciones entre el ejercicio de la espiritualidad y una mejor salud mental. La incidencia se advierte en el mayor apoyo social, menos con-

sumo de sustancias psicoactivas, en un mejor afrontamiento de sucesos estresantes de la vida, y menor depresión.

Al verificar la correlación lineal ningún aspecto de la *espiritualidad* tiene fuerza predictiva en la *salud mental*.

- **Religiosidad y salud mental:**

La *participación religiosa* se correlacionó positiva y significativamente con los factores de la *salud mental*. Esto podría significar que a mayor *participación religiosa* mayor *salud mental* (Bonelli & Koenig, 2013).

Al verificar la eficacia predictiva de *participación religiosa* en el modelo de regresión múltiple se identifica que su fuerza predictora es muy baja ($\beta=0.7$), con una significancia estadística poco favorable $p= 0.2$. El intervalo de confianza oscila de negativo a positivo, por lo que esta variable no se vincula en el modelo AFC. Esta oscilación podría indicar que en ocasiones la *participación religiosa* es un factor protector de la *salud mental*, y que en otras circunstancias podría ser un factor de detrimento, por lo cual se elimina del modelo de regresión y del modelo final.

De manera significativa la *crisis religiosa* ostenta una correlación negativa con las variables de la *salud mental* ($r= -.407$, $p=.01$). En la configuración del modelo, la *crisis religiosa* tiene presencia para predecir el *malestar psicológico* y la *salud mental* empeorada.

- **Orientación religiosa y salud mental:**

En cuanto a la *orientación religiosa*, el estudio encontró que la *religiosidad intrínseca* se correlacionó positivamente con todos los factores de la *salud mental* y también con la variable que las agrupaba. Esta afectación se confirma en el modelo de regresión y en el modelo factorial confirmatorio, siendo esta variable explicativa tanto para el bienestar psicológico como para la salud mental.

5.4 Modelo final: espiritualidad, religiosidad, orientación religiosa y bienestar psicológico y salud mental

El modelo predictivo explicó el 21% de la varianza del bienestar psicológico y el 27% de la salud mental. Todos los índices de ajuste mostraron adecuación al modelo propuesto, demostrando su fiabilidad.

El modelo estructural se constituye a partir de las siguientes conclusiones:

1. De la categoría *espiritualidad* solo clasificó la variable *realización de la oración* como explicativa para el bienestar psicológico.
2. En *religiosidad* solo clasificó la *crisis religiosa* para explicar tanto el bienestar psicológico como la salud mental. Esta explicación se presenta de forma inversa.
3. En la región de *orientación religiosa*, la *religiosidad intrínseca* explicó tanto el *bienestar psicológico* como la *salud mental*.

Existen en el modelo tres categorías de incidencia: *la realización de la oración*, *la crisis religiosa* y *la religiosidad intrínseca*.

5.5 Afiliación religiosa, país de estudio, salud mental y bienestar psicológico

En la distinción de los resultados por situación geográfica, Colombia estuvo por encima de Argentina en 10 puntos, en la categoría de *bienestar psicológico*. Colombia ostenta un elevado sentido de *bienestar psicológico* (178.7) y Argentina un alto sentido de *bienestar psicológico* (168.2); la prueba t nos confirma que esta diferencia es significativa. En las siguientes categorías Colombia también presentó superioridad (leve): *religiosidad intrínseca* (2 puntos), *religiosidad extrínseca personal* (1 pun-

to). En la *salud mental* fue el más alto puntaje para Argentina (1 punto), recordando que a mayor puntaje menor salud mental. La participación religiosa fue pareja en los dos países.

En denominación religiosa se encontró que no hay diferencias significativas entre las tres denominaciones religiosas, en las variables bienestar psicológico, religiosidad extrínseca personal, crisis religiosa y religiosidad extrínseca social. En las demás variables las diferencias fueron leves (uno o dos puntos).

Los tres grupos de los dos países estuvieron con alta *religiosidad extrínseca personal*; la media general estuvo alta, y en la revisión de frecuencias se encontró que el 66% de la muestra estuvo con una *religiosidad extrínseca personal alta*. La *religiosidad extrínseca social* fue reportada de una forma alta, en un 8.5%.

En la estimación de frecuencias se encontró un significativo porcentaje de deterioro en la salud mental (> 16 puntos), (19.6 %) de la muestra total, perteneciendo el 9.8% a Argentina y 9.5% a Colombia. De este hallazgo se reconoce que el 4 % son pentecostales, el 7% son adventistas y el 8% son católicos. La alteración mental está representada etariamente de la siguiente manera: el 15% sujetos de 25-45 años, el 3.6% de 46-64 años y el 1% de 65-80 años; en esta variable además el 43% de los sujetos tuvo un puntaje por encima de la media, que señala tendencia a la baja *salud mental*.

En la categoría *crisis religiosa* se mostró en 6.8% alta, y el 40.2% de la muestra se situó por encima de la media teórica; el 26.4% presenta algún tipo de *crisis religiosa*. Por edad, quienes mayor presencia de crisis religiosa reportaron fueron de las edades comprendidas entre 25 y 45 años. Por denominación religiosa, el 13% fueron católicos, el 7.2% adventistas y el 6.2% fueron pentecostales. La crisis religiosa se clasificó de la siguiente

manera: el 8.6% de los que presentan crisis religiosa, no quieren involucrar a Dios en las decisiones que toman, el 5.9% siente que Dios lo está castigando, el 5% se siente abandonado por Dios y el 7% se siente abandonado por su comunidad religiosa (ver Tabla 24).

Tabla 24. Crisis religiosa diferenciada por religión

Crisis religiosa	Católicos	Adventistas	Pentecostales
Siento que Dios me está castigando.	3%*	1.3%*	1,6%*
Me siento abandonado por Dios.	2%*	1.6%*	1.4%*
Me siento abandonado por mi comunidad religiosa.	3%*	2.3%*	1.6%*
No quiero o no puedo involucrar a Dios en las decisiones que tomo.	5%*	2%*	1.6%*
Porcentaje total por denominación	13%	7.2%	6.2%

*En la prueba señalan de acuerdo o fuertemente de acuerdo.

En el caso del *bienestar psicológico*, solamente el 1% de la muestra presentó malestar psicológico.

6. Discusión

Mariluz Cano García
Helmer B. Quintero Núñez

Las organizaciones sociales que han permanecido en la historia han sido las que pudieron compartir creencias comunes sobre las conductas por seguir. Durkheim (1912) observó que la religión es una especie de adhesivo social, que vincula e incluye a los sujetos en la sociedad, alentándolos a admitir valores sociales básicos. Este acumulado de valores morales se inculca de manera tal que trasciende el comportamiento diario de los religiosos y de los no religiosos. La psicología de la religión señala que esta influencia tiene la posibilidad de permear los estados emocionales, las motivaciones y los procesos de pensamiento racional creando nuevas realidades simbólicas y definiendo pautas comportamentales.

En el objeto de esta investigación estaba identificar si el hecho de ser religioso y/o espiritual afectaba la salud mental y el bienestar psicológico, y si la afiliación religiosa distinguía estos hechos.

Al validar la Escala de Orientación Religiosa Age Universal, en Colombia se encontró que presenta propiedades psicométricas adecuadas con un nivel de varianza que cargó en un 73% en sus tres factores, muy similar a la hallada en el contexto argentino (70.3%) y en México (63.5%). Los resultados de la validación colombiana en cuanto a confiabilidad ($\alpha = .83$) coinciden con los hallazgos de Simkin y Etchezahar (2013) en Argentina ($\alpha = .85$) y Rivera-Ledesma, Zavala Jiménez y Montero-López (2016) en México ($\alpha = .86$).

La Escala de Orientación Religiosa sigue siendo un tópico válido para conocer el fenómeno religioso (Ellis, 1986; Pierre, 2001; Dawkins, 2017). Al determinar las formas de religiosidad se puede identificar su asociación

con la salud mental o la patología, con el bienestar o el malestar psicológico, y con el prejuicio o la apertura.

Se advirtió en el estudio que el constructo *espiritualidad* se correlacionó positiva y significativamente con el *bienestar psicológico* ($r=.285$) y con la *salud mental* ($r=.344$), lo que concuerda con estudios referenciales en Perú, donde Flores y Roca (2017) vinculan el bienestar psicológico con el ejercicio de la espiritualidad, en un grupo de jóvenes budistas. En la India, Kumar y Sing (2014) también concluyen directa proporcionalidad entre espiritualidad y bienestar psicológico.

El análisis del *bienestar psicológico* reportó que la *realización de la oración* se correlaciona positivamente con el *bienestar psicológico* ($r= .389$) y lo predice positivamente también ($\beta= 0.753$). Esto es coherente con los hallazgos reportados por Cox (2000), donde asocia tipos de oración con diferentes medidas de bienestar psicológico. Koenig (2001) identifica que la oración intercesora tiene efectos positivos sobre el bienestar psicológico. Esta coincidencia se verifica también en el campo de las neurociencias: estudios de neuroteología como los de Newberg (2010) demuestran que la práctica de oración contemplativa reduce los efectos del sesgo negativo del cerebro y promueve la neuroplasticidad, generando así perspectivas menos temerosas y menos ansiosas sobre la vida y las relaciones humanas. También Bingaman (2013) argumenta que las prácticas de oración disminuyen la actividad de la amígdala llamada el centro del estrés creando estados de menos ansiedad y miedo. En esta vía Bingaman refiere que la práctica de oración contemplativa genera más estados de bienestar y salud mental que el hecho de pensar o practicar una creencia correcta.

Los resultados de la investigación muestran que la *crisis religiosa* se correlaciona negativamente con el *bienestar psicológico* ($r= -.375$) y determina predicción negativa del bienestar psicológico ($\beta= -1,722$). Esto

es coherente con estudios previos en donde la insatisfacción con Dios o con la vida produce desajuste psicológico (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2005, 2008, 2014). Otras investigaciones también muestran que el afrontamiento religioso negativo (que es muy similar en su contenido a la *crisis religiosa*) ocasiona una peor salud mental general, síntomas depresivos y una menor satisfacción con la vida (Hebert, Zdaniuk, Schulz y Scheier, 2009). La *crisis religiosa* refleja tensión espiritual subyacente, descontento espiritual y luchas internas y con el ambiente (Pargament et al., 1988).

La crisis religiosa se correlacionó negativamente con la salud mental ($r = -.407$) y fue una variable explicativa de la ausencia de salud mental en este modelo ($\beta = -0.535$). Rivera-Ledesma y Montero-López (2014) en una muestra de adultos mayores en México, reportaron que la *espiritualidad* explicaba marginalmente el ajuste psicológico y la *salud mental*, e influía negativamente cuando existía insatisfacción con la vida y con Dios. Experiencias de la crisis religiosa como manejo de la culpa, favorecen el detrimento de la salud mental (Vergote, 1998).

Quienes reportaron *crisis religiosa* estaban ubicados, en su mayoría (13%), en edades entre 25 y 45 años. Esta etapa evolutiva hace parte de la juventud y adultez temprana, donde según Oser y Gmünder (1998) los individuos se sitúan en una etapa religiosa de perspectiva de la autonomía absoluta y del deísmo, distinguido por el escrutinio crítico de las convicciones previas y por una progresiva conciencia de la propia libertad, competencia y responsabilidad, diferentes e independientes de la «referencia última». En definitiva, la crisis religiosa podría relacionarse con un período del desarrollo religioso caracterizado por el interrogante como un proceso hacia la madurez religiosa y relacionada con un discusión personal y existencial integral, implicando esto cierto malestar psicológico.

En este estudio se evidenció también que la religiosidad extrínseca

personal estuvo alta en las tres denominaciones analizadas ($M=12$). Esto puede destacar que la religiosidad en la actualidad se está vivenciando de manera instrumental. Se usa utilitariamente como mecanismo adaptativo al ambiente ante posibles amenazas subjetivas o demandas sociales, muy característico de esta época que carece de introspección y requiere con urgencia respuestas pragmáticas (Bauman & Polity Press, 2018).

La presencia de la *religiosidad extrínseca personal* ($M=12$) y de la *religiosidad extrínseca social* (31.5% por encima de la media) en este estudio afirma que los religiosos están en la búsqueda de un ambiente de seguridad y de propósito social que encuentran en las ceremonias. Estas son las actividades centrales de socialización (Aguilar de la Cruz, 2019). Es decir, las personas no solo están acudiendo a una religión en busca de conexión divina y trascendental, sino que también van en busca de beneficios personales y sociales. A su vez, las instituciones religiosas no solo están configuradas para la "adoración divina" sino que también comportan intereses de expansión política, y crecimiento económico y social.

Ni la *religiosidad extrínseca social* ni la personal tuvieron suficiente peso predictivo en este modelo, como sí lo han hecho en investigaciones anteriores que señalan a la motivación u *orientación religiosa extrínseca* como un factor responsable de afectaciones mentales negativas (Batson, Schoenrade & Ventis, 1993; Maltby & Day, 2002; Maltby, 2005).

La potencia explicativa de la *religiosidad intrínseca* ($\beta= 0.799$ y 0.469) nos refiere que se poseen *bienestar psicológico* y *salud mental* si se ve a la religión como un fin último y se vive de una manera comprometida y coherente. La fuerza de las convicciones religiosas es una fuente de salud mental y bienestar psicológico. Esta idea ha sido reiterativamente expuesta por la psicología de la religión y tiene fundamentación experimental. Esto es coherente por ejemplo con estudios previos en España, en donde García y Bernabé (2013) identificaron que la orientación religiosa intrínse-

ca es una variable predictiva del bienestar psicológico. Las personas con orientación intrínseca internalizan sus creencias y tienen comportamientos más responsables frente a la salud y el manejo del estrés (Homan & Boyatzis, 2010).

La *salud mental* y el *bienestar psicológico* no mostraron predilección relevante en cuanto a la afiliación religiosa o al país de estudio, aunque la diferencia estadística fue de 10 puntos de Colombia por encima de Argentina, ambos países reportaron *bienestar psicológico* alto. El 19.6% de la muestra poblacional presentó deterioro de la salud mental (>16 puntos) y el 43% estuvo por encima de la media. La afectación mental negativa fue pareja en los dos países, y repartida planamente en los tres grupos con un ligero sesgo negativo hacia la población católica (diferencia de un punto con los adventistas y cuatro puntos con los pentecostales). Las variables de *espiritualidad* y *religiosidad* en los dos países presentaron una alta puntuación.

La *realización de la oración*, la *religiosidad intrínseca* y la *crisis religiosa* tuvieron una potencia predictora estadísticamente significativa, aunque con un tamaño del efecto ciertamente modesto. El porcentaje de varianza explicado por los dos modelos fue del 21% y 27%. Esto porque hay otras variables no contempladas en el modelo que explican una gran parte de la varianza de las variables *salud mental* y *bienestar psicológico*. El ser humano además de tener tendencias religiosas y/o espirituales también es un ser holístico influenciado a niveles político, económico, social y cultural; la religión sería solo un factor explicativo más, pues la experiencia religiosa es un dominio de la vida humana, una meta-construcción, que abarca experiencias personales, afiliaciones institucionales, roles sociales, creencias grupales y personales, valores, actitudes, comportamientos, estados de ánimo y rasgos de personalidad de los individuos. Explicar la salud mental desde solo su religiosidad sería un reduccionismo (Levin, 1996).

Esta investigación ha contribuido con una herramienta válida y confiable para la investigación de la orientación religiosa en Colombia desde la psicología de la religión. Los resultados de esta investigación permiten constatar los resultados de investigaciones previas que sugieren que la religiosidad, la espiritualidad y la orientación religiosa están asociadas al bienestar psicológico y la salud mental, son variables explicativas de estas y se sugiere una posible explicación.

- **Líneas futuras de investigación**

. Para futuras investigaciones se sugieren enfoques cualitativos para la comprensión de fenómenos en los que se configuran experiencias religiosas más extrínsecas o mixtas, con intereses particulares de protección, de vínculo social, de consuelo, y a la vez de búsqueda de trascendencia. Los cambios intragrupalos que se están dando en los sujetos religiosos y si están relacionadas con procesos sociales paralelos.

También convienen estudios localizados en los que se indague por la no satisfacción de necesidades emocionales de los feligreses por parte de la institucionalidad y por qué se está presentando la crisis religiosa dentro de tales instituciones.

7. Limitaciones del estudio

En el desarrollo del estudio se presentaron circunstancias que afectaron su eficiencia:

1. Datos auto-informados: como es sabido en la comunidad académica, los datos autoinformados a través de encuestas tienen el riesgo de presentar limitaciones por el hecho de que no se puede verificar si lo que se contestó es verdad o no. Además, puede presentarse exageración, es decir, representar idealmente la realidad personal. Esto es común en población religiosa que tiene la tendencia a considerarse buena y a no presentar falencias (Price y Murnan, 2004).
2. Acceso: no admisión de la investigación por parte de poblaciones objeto: los líderes de la denominación religiosa "Testigos de Jehová" en Medellín, Colombia, denegaron el acceso a su comunidad para fines académicos.
3. Efectos longitudinales: el tiempo disponible para investigar un problema y medir el cambio o la estabilidad en el tiempo. La instancia en Argentina, por parte de los investigadores, no fue suficiente para determinar el reconocimiento socio-cultural.
4. Selectividad de población: algunos líderes locales, aunque dieron aprobación a la aplicación de las pruebas, no permitían que toda la comunidad participara. Los líderes hacían la escogencia de algunos miembros según su conveniencia. Hubo que buscar nuevos informantes.
5. Cooperación para el informe: las personas se desmotivaban para terminar de llenar la encuesta, al enterarse de que tenían que leer y escribir durante 30-40 minutos.
6. Temporalidad de los informantes: los test aplicados exigían 40 minutos para su diligencia. Los consultados aplicaban celeridad en

la diligencia, lo que llevó a los investigadores a invalidar algunas pruebas.

7. Pequeña muestra para la validación: se considera una limitación de este trabajo no haber tenido una muestra honrosa de la población religiosa colombiana un poco más numerosa y heterogénea.

8. Referencias

- Abraído-Lanza, A. F., Vásquez, E. y Echeverría, S. E. (2004). En las manos de Dios [en las manos de Dios]: religiosos y otras formas de afrontamiento entre los latinos con artritis. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 72(1), 91-102.
- Acosta, R. y Sánchez, J. (2017). Religiosidad y depresión en adultos mayores institucionalizados de Lima Metropolitana. *Salud y Sociedad*, 8(1), 22-34. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439751039002.pdf>
- Adler, J., Burnside, J., Loucks, N. y Viki, G. T. (January 01, 2008). Measuring Religion in Prisons: Offenders' Beliefs and Attitudes. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(2), 130-149.
- Aguilar de la Cruz, H. (2019). Indígenas evangélicos en las ciudades de México y Lima: Transformaciones étnicas, mestizaje y participación socio-política. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Filosofía y Letras: México.
- Allen, C. L. (1953). *God's psychiatry*. Harrisonburg: Choice Books.7.
- Allport G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart, y Winston.
- Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: A psychological interpretation*. New York: Macmillan.
- Allport, Gordon W. (1966) "The Religious Context of Prejudice." *Journal for the Scientific Study of Religion*, 5(3), 447-457. JSTOR, www.jstor.org/stable/1384172. pág. 454.
- Allport, G. W. y Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443. doi:10.1037/h0021212
- Alvear-Carrasco, M., Barraza-Peña, C. G., García, F. E., Reyes-Reyes, A. y Wlodarczyk, A. (2018). Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. *Psico-*

- logia: Reflexão E Crítica, 31.
- American Psychological Association, [APA] (2018). Washington, DC, USA. Recuperado de <https://www.apa.org/about/division/div36.aspx>
- American Psychological Association, [APA] (2018). Washington, DC, USA. Recuperado de <https://www.apa.org/support/about-apa.aspx?item=7>.
- Ameigeiras, A. (2008). Religiosidad popular: Creencias religiosas populares en la sociedad argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblioteca Nacional.
- Andersen, J. y Eppard, J. (1998). Van Kaam's method revisited. *Qualitative Health Research*, 8(3), 399-403. <https://doi.org/10.1177/104973239800800310>
- Anum, J. y Dasti, R. (2016). Caregiver Burden, Spirituality, and Psychological Well-Being of Parents Having Children with Thalassemia. *Journal of Religion and Health*, 55(3), 941-955.
- Aranguren, M. e Irrazabal, N. (2015). Estudio de las propiedades psicométricas de las escalas de bienestar psicológico de Ryff en una muestra de estudiantes argentinos. *Ciencias Psicológicas*, 9(1), 73-83.
- Argyle, M. y Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. London: Routledge.
- Arroyo, C. K. (2014). Validación y adaptación de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff en una muestra de adultos mayores puertorriqueños. (Tesis doctorado). Universidad Carlos Albizu: Puerto Rico.
- Asp, E., Ramchandran K. y Tranel D. (2012). Authoritarianism, religious fundamentalism, and the human prefrontal cortex. *Neuropsychology*, 4, 414-21.
- Ballesteros, B., Medina, A. y Caicedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 5(2), 154.
- Baltzly, D. (Feb 7, 2008). «Stoicism». *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Consultado el 11 de diciembre de 2019 en <https://plato.stanford.edu/entries/stoicism/>.

- Batson, C. D., Flink, C. H., Schoenrade, P. A., Fultz, J. y Pych, V. (1986). Religious orientation and overt versus covert racial prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (1), 175-181.
- Batson, C. D., Schoenrade, P., y Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Bauman, Z., & Polity Press. (2018). *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press.
- BBC Mundo. (2015). [En línea] 13 de abril de 2015. Disponible https://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2015/04/150413_ultnot_encuesta_gallup_paises_religiosos_egn
- Behar, R. y Arancibia, M. (2015). Ascetismo y espiritualidad en la anorexia nerviosa: Un análisis psicosocial histórico. *Salud Mental*, 38(3), 225-232
- Beit-Hallahmi, B. (2010). Do we need to restart the psychology of religion? Commentary on Belzen. *Mental Health, Religion y Culture*, 13(4), 349-357.
- Beltrán, C. W. M. (June 01, 2013). Pluralización religiosa y cambio social en Colombia. *Theologica Xaveriana*, 63(175), 57-85.
- Belzen, J. (2016). *A Hundred Years of the IAPR: A Celebratory Supplement to the Archive for the Psychology of Religion*. Leiden, BRILL. <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4585063>.
- Belzen, J. A. (2000). *Aspects in contexts: Studies in the history of psychology of religion*. Amsterdam: Rodopi.
- Ben Bentler, P. M. y Bonett, D. G. (January 01, 1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Bergin, A. E., Masters, K. S. y Richards, P. S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 197-204. <https://recursosdigitales.usb.edu.co:2081/10.1037/0022-0167.34.2.197>
- Beyers, J. (2014). The effect of religion on poverty. *HTS Theologies' Studies/*

- Theological Studies, 70(1), <http://dx.doi.org/10.4102/hts.v70i1.2614>
- Bingaman, K. A. (October 01, 2013). The promise of neuroplasticity for pastoral care and counseling. *Pastoral Psychology*, 62(5), 549-560.
- Bonelli, R. M. y Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 657-673. doi: 10.1007/s10943-0139691-4
- Braam, A. W., Braam, A. W., Koenig, H. G., Koenig, H. G. y Koenig, H. G. (October 01, 2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428-438.
- Brabete, A. C. (January 01, 2014). El cuestionario de salud general de 12 items (GHQ-12): Estudio de traducción y adaptación de la versión rumana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(37), 11-29.
- Braganza, D. y Piedmont, R. L. (June 01, 2015). The impact of the core transformation process on spirituality, symptom experience, and psychological maturity in a mixed age sample in India: A pilot study. *Journal of Religion and Health*, 54(3), 888-902.
- Bravin, A., Trettene, A., Modelli, L. G. de Andrade y Popim. R. (January 01, 2019). Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: An integrative review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(2), 541-551.
- Brown, I. T., Chen, T., Gehlert, N. C. y Piedmont, R. L. (January 01, 2013). Age and gender effects on the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) scale: A cross-sectional analysis. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(2), 90-98.
- Brussino, S. y Etchezahar, E. (June 01, 2015). Dimensiones del autoritarismo, centralidad de la religión y orientaciones religiosas: Diferencias en el análisis lineal y no lineal de sus relaciones. *Actualidades en Psicología*, 29(118), 73-82.
- Burrone, M., Susser, L., Abeldaño, R., Lucchese, M., Enders, J., Alvarado, R., Valencia, E. y Fernández, R. (2015). Validación del Cuestionario Ge-

- neral de Salud (GHQ-12) en consultantes adultos al primer nivel de atención en Córdoba, Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 236-242.
- Campo-Arias, A. (2007). Cuestionario general de salud-12: Análisis de factores en población general de Bucaramanga, Colombia. *Iatreia*, 20(1), 29-36, disponible en <https://bit.ly/34Cvpya>.
- Campodónico, N. (2019). El impacto de las políticas públicas en Salud Mental en la construcción de la identidad y práctica del psicólogo argentino (1954-2010). *Perspectivas en Psicología*, 16(1), 38-47.
- Cattell, R. B. (1972). *El análisis científico de la personalidad*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Cheung, T., Lee, P. y Yip, P. S. F. (2017). The associations between religion, bereavement and depression among Hong Kong nurses. *BMC Research Notes*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2588-7>
- Chitgian-Urzúa, V., Vera-Villaruel, P., y Alfonso, U. M. (April 01, 2013). Análisis preliminar de las Escalas de Bienestar Psicológico en población chilena. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 5-14.
- Clark, W. (1958). How do social scientists define religion? *Journal of Social Psychology*, 47, 143-147.
- Comte-Sponville, A. (2006). *El alma del ateísmo: Introducción a una espiritualidad sin Dios*. Barcelona: Paidós.
- Cook, D. (1994). What is a "Psychology of Religion"? A review of religion and human behavior by W. N. Schoenfeld. *The Behavior Analyst*, 17(1), 189-197.
- Cordero, D. y Guerrero Rodríguez, M. (2018). La influencia de la religiosidad en la salud: El caso de los hábitos saludables/no saludables. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 167-177.
- Costa, P. T., Jr. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) Manual*. Odesa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Counted, V. y Moustafa, A. A. (2017). *Between God and self: Exploring*

- the attachment to God and authenticity/inauthenticity tendencies of South African Christian youths. *Mental Health, Religion y Culture*, 20(2), 109-127.
- Cox, R. J. (2000). *Relating different types of Christian prayer to religious and pshycological measures of well-being*. Boston: Boston University Press.
- Dawkins, R. (2017). *El espejismo de Dios*. Barcelona: Espasa Libros.
- Darvyri, P., Galanakis, M., Avgoustidis, A. G., Pateraki, N., Vasdekis, S. y Darviri, C. (January 01, 2014). The Revised Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation Scale in a Sample of Attica's Inhabitants. *Psychology*, 5(13), 1.557-1.567.
- Dein, S. (2013). Religion and mental health: Current findings. *International Journal for the Psychology of Religion*, 5(2), 137-140. https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0502_10
- Díaz López, Y. y de Miguel Negredo, A. (2016). Orientación religiosa y solución de problemas. *Análisis*, 48(89), 357-376. doi: <https://doi.org/10.15332/s0120-8454.2016.0089.05>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz, P. y Muñoz, A. (January 01, 2013). Spirituality and low-risk consumption of alcohol in young adults. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 287-294.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In Lopez. Shane, J. y C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (pp. 187–194). Oxford.
- Dimitrova, R. y Del, C. D. E. A. (2017). Factorial structure and measurement invariance of the Four Basic Dimensions of Religiousness Scale among Mexican males and females. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(2), 231-238.
- Drewermann, E. (2006). *Breath of life. The brain. Modern neurology and the question of God [Vol. 1]*. Siegen, Alemania: Patmos.

- Dueck, A. y Johnson, A. (2016). Cultural psychology of religion: Spiritual transformation. *Pastoral Psychology*, 65(3), 299-328.
- Durkheim E. (1912). *The elementary forms of the religious life*. Translated by Joseph Ward Swain. New York: The Free Press.
- Ellis, A. (1986). *The case against religion: A psychotherapist's view and the case against religiosity*. Austin, Tx: American Atheist Press.
- Etchezahar, E. y Simkin, H. (2013). Religiosidad, espiritualidad y escepticismo. *Subjetividad y procesos cognitivos*. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 17(2), 48-58.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1994). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Fernández, S. M. P. y Espinoza, S. A. E. (January 01, 2019). Salud mental e intervenciones para padres de niños con trastorno del espectro autista: Una revisión narrativa y la relevancia de esta temática en Chile. *Revista de Psicología*, 37(2), 643-682.
- Feuerbach, L. (1972). *The fiery brook: Selected writings of Ludwig Feuerbach*. Translated with an introduction by Z. Hanfi. Garden City, NY: Anchor Books.
- Feuerbach, L. (2013). *La esencia del cristianismo*. Madrid: Trotta.
- Fierro, A. (2011). Relectura de Las variedades de la experiencia religiosa. *Estudios de Psicología*, 32(1), 29-36.
- Figueroa, C. A. (Enero de 2016). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico en practicantes. *Revista de Psicología*, 18(1).
- Flere, S. y Lavrič, M. (April 01, 2008). Is intrinsic religious orientation a culturally specific American Protestant concept? The fusion of intrinsic and extrinsic religious orientation among non-Protestants. *European Journal of Social Psychology*, 38(3), 521-530.
- Flores, C. R. y Roca, E. (2017). Bienestar psicológico y budismo: Experiencias y significados en practicantes de budismo en el Perú. *Summa Psicológica*, 1,. 72-81. 10.18774/448x.2017.14.323
- Folieva, T. y Malevich, T. (2016). "Psychology of Religion as an Academic

- Project: An Historical Overview", *Gosudarstvo, religiia, tserkov' v Rossii i za rubezhom*, 34(4), 67-90. <https://doi.org/10.22394/2073-7203-2016-34-4-68-91>
- Forman, R. (2004). *Grassroots spirituality. What It Is, Why It Is Here, Why It Is Going*. Exeter: Imprint Academic.
- Foucault, M. (1987). *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: La Piqueta.
- Fox, J., Cashwell, C. S. y Picciotto, G. (December 01, 2017). The opiate of the masses: Measuring spiritual bypass and its relationship to spirituality, religion, mindfulness, psychological distress, and personality. *Spirituality in Clínica Practice*, 4(4), 274-287.
- Fraijó, M. (2005). *Filosofía de la religión: Estudios y textos*. Madrid: Trotta.
- Francis, L. y Village, A. (2016). Religious experience and religious motivation among Catholic and mainstream Protestant churchgoers in Australia: Testing and applying five short measures. *Salud Mental, Religión y Cultura*, 19(8), 932-942.
- Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning. Language* (Vol. 20). New York: Washington Square Press.
- Freitas, M. H. de. (2013). Relações entre religiosidade e saúde mental em imigrantes: implicações para a prática psi. *Psico-USF*, 18(3), 437-444. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000300010>
- Freud, S. (1964). *The future of an illusion*. Oxford, England: Doubleday.
- Fromm, E. (1972). *Wege aus einer kranken Gesellschaft. Gesamtausgabe. Band 4*. Beltz Verlag. Weinheim, Alemania, 72.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C. y Weil, K. (2003). Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 2(41), 103-109.
- Galeano, M. M. E. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Galindo, L. y Valero, C. (1995). *Filosofía 10*. Colombia: Santillana Siglo XXI.
- Gallup Internacional. (2017) Gallup International Association, c / o Ritter y Partners Lawyers, Höschgasse 28, CH-8034 Zürich, Suizanternational Association, c / o Ritter y Partners Lawyers, Höschgasse 28, CH-

- 8034 Zürich, Suiza. Recuperado de <http://www.gallup-international.bg/en/36009/religion-prevails-in-the-world/>
- Gamarra, S. (1994). Teología espiritual. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- Garcés, J. (January 01, 1985). Perspectivas actuales en psicología de la religión. *Estudios de Psicología*, 6, 188.
- García, J. y Bernabé, G. (January 01, 2013). Religious orientation and psychological well-being among Spanish undergraduates. *Acción Psicológica*, 10(1), 135-148.
- García, M. R. M., Montero-López, L. M., Rivera-Ledesma, A. y Zavala-Jiménez, S. (December 01, 2016). Validación de la Age Universal I-E Scale en sujetos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 15(4), 1-8.
- Garmaroudi Gholamreza, Shariati Mohammad, Harirchi Amir, Montazeri Ali, Ebadi Mehdi y Fateh Abolfazl. (January 01, 2003). The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): Translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1.
- Garmendia, M. L. (2007). Análisis factorial: Una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Rev. Chil. Salud Pública*, 11(2), 57-65.
- Geertz, C. (1996). La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa. 89.
- Glavas, A., Jors, K., Bössing, A. y Baumann, K. (2017). Spiritual needs of ptsd patients in Croatia and Bosnia-Herzegovina: A quantitative pilot study. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 282-290. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.282>
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. y Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental health illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Gonçalves, B., Fagulha, T. y Ferreira, A. S. (2016). Orientación religiosa intrínseca y extrínseca en católicos portugueses. *Salud Mental, Religión y Cultura*, 19(8), 897-910. DOI: 10.1080 / 13674676.2017.1293627
- Gonzales-Rivera, J. A., Veray-Alicea, J. y Rosario-Rodríguez, A. (2017). De-

- sarrollo, validación y descripción teórica de la Escala de Espiritualidad Personal en una muestra de adultos en Puerto Rico. *Puerto Rico Journal of Psychology / Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 388-404.
- González, R. J. A. (2016). Relación entre la espiritualidad y el bienestar subjetivo en una muestra de adultos puertorriqueños de ambos géneros. *Revista Salud y Conducta Humana*. 4(1), 1-12.
- Gorsuch, R. L. (1970). Reach's approach to value systems and social compassion. *Review of Religious Research*, 11(2), 139. <https://doi.org/10.2307/3510277>
- Gorsuch, R. L. y Venable, G. D. (June 01, 1983). Development of an "Age Universal" I-E Scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 22(2), 181.
- Gorsuch, R. L. (1984). Measurement: The boon and bane of investigating religion. *American Psychologist*, 39(3), 228-236. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.3.228>
- Greenfield, E. A. y Marks, N. F. (2007). Religious social identity as an explanatory factor for associations between more frequent. *International Journal for the Psychology of Religion*, 17(3), 245-259.
- Griffiths, R. R., Johnson, M. W., Barrett, F. S., Cimiano, M. P., Klinedinst, M. A., Griffiths, R. R., Richards, W. A., ... MacLean, K. A. (January 01, 2018). Psilocybin-occasioned mystical-type experience in combination with meditation and other spiritual practices produces enduring positive changes in psychological functioning and in trait measures of prosocial attitudes and behaviors. *Journal of Psychopharmacology*, 32(1), 49-69.
- Grom, B. (2009). *Religion spsychologie: Neuausgabe*. München: E-Books der Verlagsgruppe Random House GmbH.
- Hair, J. F., Jr., Black, W. C., Babin, B. J. y Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hayward, R., Krause, N., Ironson, G. y Emmons, R. (2016). Health and well-being among the non-religious: Atheist, agnostics, and no prefe-

- rence compared with religious group members. *Journal of Religion and Health*, 55(3), 1.024-1.037.
- Hamer, D. (2006). *El gen de Dios: La investigación de uno de los más prestigiosos genetistas mundiales acerca de cómo la fe está determinada por nuestra biología*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R. y Scheier, M. (2009). Afrontamiento religioso positivo y negativo y bienestar en mujeres con cáncer de mama. *Revista de Medicina Paliativa*, 12(6), 537-545. doi: 10.1089 / jpm.2008.0250
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta ed.). México, D. F.: McGraw-Hill.
- Herren, O. M., Burris, S. E., Kirk, K., Banks, K. S., Jones, V. L., Beard, B., Mwendwa, D. T., ... Callender, C. O. (March 01, 2019). Influence of spirituality on depression on-induced inflammation and executive functioning in a community sample of African Americans. *Ethnicity and Disease*, 29(2), 267-276.
- Hill, P. C. y Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *The American Psychologist*, 58(1), 64-74.
- Hofmann, L. y Walach, H. (2011). Spirituality and religiosity in psychotherapy-a representative survey among German psychotherapists. *Psychotherapy Research*, 21(2), 179-192. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.536595>
- Holmes, P. (2007). Spirituality: Some disciplinary perspectives. En K. Flanagan y P. Jupp (Eds.), *A Sociology of Spirituality*. London: Routledge.
- Homan, K. y Boyatzis, C. (2010). Religiosity, sense of meaning, and health behavior in older adults. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20(3), 173-186. <https://doi.org/10.1080/10508619.2010.481225>
- Hortelano, A. (1969). *Psicología y penitencia*. Medellín: Ediciones Celam.
- Hortelano, A. (1982). *Problemas actuales de Moral II*. Salamanca: Ediciones Sígueme.

- Horton, R. (1993). *Patterns of thought in Africa and the West: Essays on magic science, and religion*. Cambridge: Cambridge University Press. Garden City: Anchor Books.
- Hovey, J. D., Hurtado, G., Morales, L. R. A. y Seligman, L. D. (2014). Religion-based Emotional social support mediates the relationship between intrinsic religiosity and mental health. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 376-391. <https://bit.ly/2NWEhba>
- Huguelet, P. & Koenig, H. G. (2009). *Religion and spirituality in psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hume, D. (1957). *The natural history of religion*, edited by H.E. Root. Stanford: Stanford University Press.
- Hursthouse, R. (18 de julio de 2007). «Virtue Ethics». *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Consultado el 11 de diciembre del 2019.
- Hussain, D. (2011). Spirituality, religion, and health: Reflections and issues. *Europe's Journal of Psychology*, 187-197.
- Iglesia Adventista del Séptimo Día [IASD] (2019). Quiénes son los adventistas. Recuperado 12/02/2019 de <https://www.adventistas.org/es/institucional/creencias/>
- Ilievski, N. (2015). Basics of the ascetical (Christian) psychotherapy. *Pri-lozi (Makedonska Akademija Na Naukite i Umetnostite. Oddelenie Za Medicinski Nauki)*, 36(1), 165-173. <https://doi.org/10.1021/la904287t>
- Iglesia Pentecostal Unida de Colombia [IPUC] (2013). © Iglesia Pentecostal Unida de Colombia. Dónde estamos. Recuperado 12/02/2019. webmaster@ipuc.org.co
- Ismail, Z. y Desmukh, S. (2012) Religiosity and psychological well-being. *International Journal of Business and Social Science*, 3(11), 20-28.
- Ivtzan, I., y Papantoniou, A. (2014). Yoga meets positive psychology: Examining the integration of hedonic (gratitude) and eudaimonic (meaning) wellbeing in relation to the extent of yoga practice. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 18(2), 183-189.
- Jackson, L.M., Esses, V. M. (1997). Of scripture and ascription: The relation between religious fundamentalism and intergroup helping. *Persona-*

- lity and Social Psychology Bulletin, 23(8), 893-906.
- James, W. (1902). *Las variedades de la experiencia religiosa*. Nueva York: Longman, Green y Co.
- James, W. y Barnes, D. (1945). *Principios de psicología*. Buenos Aires: Glem.
- Jordan, K. D., Masters, K. S., Hooker, S. A., Ruiz, J. M. y Smith, T. W. (October 01, 2014). An interpersonal approach to religiousness and spirituality: Implications for health and well-being. *Journal of Personality*, 82(5), 418-431.
- Jung, C. (1938). *Psychology and religion*. Connecticut: Yale University Press.
- Jung, C. G. (1969). *Psychology and religion: West and east*. 2 ed. R. F. C. Hull, Trad. London: Routledge y Kegan Paul.
- Jurado García, P. J., Benítez Hernández, Z. P., Moncada Fernández, F., Rodríguez Villalobos, J. M. y Blanco Ornelas, J. R. (2017). Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff en universitarios mexicanos. *Acta Universitaria*, 27(5), 76-82. doi: 10.15174/au.2017.164
- Jurkowski, J. M., Kurlanska, C. y Ramos BM. (2010). Latino women's spiritual beliefs related to health. *American Journal of Health Promotion*, 25, 19-25.
- Kamitsis, L. y Francis, A. (2013). Spirituality mediates the relationship between engagement with nature and psychological wellbeing. *Journal of Environmental Psychology*, 36, 136-143.
- Keister, L. A., McCarthy, J. y Finke, R. (2012). *Religion, work and inequality*. Bingley, U.K.: Emerald.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7(3), 539-548.
- Keyes, C. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Khan, Z., Chen, Z. y Watson, P. (2015). Meanings of animal sacrifice during Eid-ul-Adha relationships with religious orientations and Muslim

- experiential religiousness in Pakistan. *Archive for the Psychology of Religion*, 37(1), 37-53.
- Kierkegaard, S. (2003). *Temor y temblor*. Buenos Aires: Losada, (1) 19.
- Kleftaras, G. y Katsogianni, I. (October 01, 2012). Spirituality, meaning in life, and depressive symptomatology in individuals with alcohol dependence. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 14(4,) 268-288.
- Klein, C., Keller, B., Silver, C. F., Hood, R. W. y Streib, H. (January 01, 2016). *Positive adult development and "Spirituality": Psychological*. Switzerland: Springer, Cham.
- Koenig, H. G., McCullough, M. y Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring spirituality in research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(5), 349-355.
- Koenig, H. G. (2018). *Religion and mental health: Research and clinical applications*. West London: Academic Press.
- Koenig, H. G., George, L. K., Hays, J. C., Larson, D. B., Cohen, H. J. y Blazer, D. G. (1998). The relationship between religious activities and blood pressure in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28, 189-213.
- Krmpotic, C. S. (2016). La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida. *Exploraciones conceptuales de una investigación en curso*. *Scripta Ethologica*, 38, 105-120.
- Kumar, U. y Sing, R. (2014). Resilience and spirituality as predictors of psychological well-being among university students. *Journal of Psychosocial Research*, 9(2), 227-235.
- Kuruvilla, A., Pothen, M., Philip, K. et al. (1999). The validation of the Tamil Version of the 12 item General Health Questionnaire. *Indian Journal of Psychiatry*, 41, 217-221.
- Latino barómetro. (2017). *El papa Francisco y la religión en Chile y América Latina Latino barómetro 1995 – 2017*. Consultado el 07 de noviembre de 2019. Disponible en: <http://www.latinobarometro.org/>

latNewsShow.jsp.

- Lavrič, M. y Flere, S. (2011). Intrinsic religious orientation and religious rewards: An empirical evaluation of two approaches to religious motivation. *Rationality and Society*, 23, 217-233. 10.1177/1043463111404670
- Lee, S.-A., Choi, E.-J., Ko, M.-A., Jeon, J.-Y., Ryu, H. U., Han, S.-H., Lee, G.-H., ... Jo, K.-D. (January 01, 2017). Associations between religiosity and anxiety, depressive symptoms, and well-being in Korean adults living with epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 75, 246-251.
- Lemos, V. y Oñate, M. E., (2018). Espiritualidad y personalidad en el marco de los Big Five. *Ciencias Psicológicas*, 12(1), 59-66. <https://dx.doi.org/10.22235/cp.v12i1.1595>
- Leondari, A. y Gialamas, V. (January 01, 2009). Religiosity and psychological well-being. *International Journal of Psychology*, 44(4), 241-248.
- Linehan, M. M. y Nielsen, S. L. (1981). Assessment of suicide ideation and parasuicide: Hopelessness and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 773-775.
- Ley 1616 de 2013, enero 21, Ley de salud mental, Congreso de la República de Colombia, Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013. DO: 48.680. Recuperado de <http://www.asosec.org/documentos/diario2.pdf>
- Levin, J. S. (September 01, 1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science and Medicine*, 43(5), 849-864.
- López, E., Jódar, R. y MacDonald, D. A. (2017). Psychometric properties of a Spanish adaptation of the expressions of spirituality inventory-revised (ESI-R). *International Journal of Transpersonal Studies*, 36(1), 110-121.
- López, C. E. y Taype, A. (2017). Asociación entre compromiso religioso y presentar actitudes negativas hacia hombres homosexuales, en un grupo de estudiantes de medicina peruanos. *Acta Med.*, 34(1), 33-40.
- Mafia, T. N. (December 01, 2013). Función de la religión en la vida de

- las personas según la psicología de la religión. *Theologica Xaveriana*, 63(176), 429-459.
- Mallimaci, F. (dir.) (26 de agosto de 2008). «Primera Encuesta sobre Creencias y Actitudes Religiosas en Argentina». CONICET-CEIL-PIET-TE. Consultado el 06 de noviembre de 2019. Disponible en: <https://bit.ly/34JcUbk>.
- Maltby, J. (1999). The internal structure of a derived, revised, and amended measure of the religious orientation scale: The Age Universal I-E scale-12. *Social Behavior y Personality: An International Journal*, 27(4), 407-412.
- Maltby, J. (September 01, 2002). The Age Universal I-E Scale-12 and Orientation Toward Religion: Confirmatory Factor Analysis. *The Journal of Psychology*, 136(5), 555-560.
- Maltby, J. y Day, L. (July 01, 2002). Religious experience, religious orientation and schizotypy. *Mental Health, Religion y Culture*, 5(2), 163-174.
- Maltby, J. (March 01, 2005). Protecting the sacred and expressions of ritual: Examining the relationship between extrinsic dimensions of religiosity and unhealthy guilt. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(1), 77-93.
- Mankeliunas, M. (1957). Introducción a la psicología de la religiosidad. *Revista Colombiana de Psicología*, 2(2), 153-203.
- Mankeliunas, M. V. y Portada, P. F. (1961). *Psicología de la religiosidad*. Madrid: Religión y Cultura.
- Mankeliunas, M. V. (1961). Psicología y religión en la concepción analítica de C. G. Jung. *Revista Colombiana de Psicología*, 6(2), 161-175.
- Prats, M.S., Sophie Raymond, M. D. and Ivan Gasman, M.D. (2018). Religious radicalization and lone-act terrorism: A matter for psychiatry? *Journal of Forensic Sciences*, 1-6.
- Mari, J. y Williams, P. (1985). Una comparación de la validez de dos cuestionarios de seguimiento psiquiátrico (GHQ-12 y CAR-20) en Brasil, con relativo análisis de características operativas (ROC). *Psychological Medicine*, 15(3), 651-659.

- Martínez, L. (2011). Las variedades de la psicología de la religión: Explorando las diferentes formas de construir el objeto de estudio. *Estudios de Psicología*, 32(1), 51-67.
- Maslow, A. (1964). *Religions, value and peak experiences*. New York: Columbia University Press.
- McCullough, M. E. y Larson, D. B. (1999). Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research*, 2, 2.
- McKinney, L. O. y American Institute for Mindfulness. (1994). *Neurotheology: Virtual religion in the 21st Century*. Cambridge, MA: American Institute for Mindfulness.
- McMinn, M., Hathaway, W., Woods, S. y Snow, K. (2008). What American Psychological Association leaders have to say about psychology of religion and spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*. Faculty Publications, Grad School of Clinical Psychology. paper 169. Recuperado de http://digitalcommons.georgefox.edu/gscp_fac/169
- Mendoza-Nápoles, C. A. (2017). Relación entre religiosidad y ansiedad ante la violencia. *Revista Psicología y Salud*, 27(2), 199-206.
- Michaelson, V., King, N., Inchley, J., Currie, D., Brooks, F. y Pickett, W. (August 01, 2019). Domains of spirituality and their associations with positive mental health: A study of adolescents in Canada, England and Scotland. *Preventive Medicine*, 125, 12-18.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Mora, L. E., Stavrinides, P. y McDermut, W. (October 01, 2014). Religious fundamentalism and religious orientation among the Greek Orthodox. *Journal of Religion and Health*, 53(5), 1.498-1.513.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F. y Koenig, H. G. (2006). "Religiousness and mental health: A review". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Moreno-Montoya, J., Palacios-Espinosa, X. y Gracia-Ruiz, J. (October 01, 2017). Association between religion and suicidal behaviors in cancer

- patients. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 209-214.
- Nadeem, M., Ali, A. y Buzdar, M. A. (2017). The association between Muslim religiosity and young adult college students' depression, anxiety, and stress. *Journal of Religion and Health*, 56(4), 1.170-1.179. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0338-0>
- Navarro, O. (Junio 2-5 de 2009). Selección de variables en regresión componentes principales. Seventh Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology, San Cristóbal.
- Neeleman, J. y King, M. B. (1993). Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: A survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 88, 420-424.
- Nery, B. L. S., Cruz, K. C. T., Faustino, A. M. y Santos, C. T. B. D. (January 01, 2018). Vulnerabilities, depression, and religiosity in the elderly hospitalized in an emergency unit. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 39.
- Newberg, A. y Waldman, M. R. (2009). *How God changes your brain: Breakthrough findings from a leading neuroscientist*. New York: Ballantine Books.
- Norman, W. T. y Goldberg, L. R. (1966). "Raters, rates, and randomness in personality structure". *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(6), 681-691. doi:10.1037/h0024002
- Núñez Alarcón, M., Moreno Jiménez, M. del P. y Moral Toranzo, F. (1). Modelo causal de prejuicio religioso. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 27(3), 852-861. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/135611>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Suiza: OMS Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). *Trastornos mentales*. Consultado el 25/10/2019. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). *Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta*. Consultado el 25/10/2019 disponible en <https://>

- www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response. párr. 2.
- Ortiz-Hernández, L y García, M. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México. *Cad Saúde Pública*, 21(3), 913-925.
- Oser, F. y Gmünder, P. (1998). *El hombre: Estadios de su desarrollo religioso*. Barcelona: Ariel.
- Otto, R. (1917). *Das Heilige: Über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen*. Breslau: Trewendt et Garnier.
- Owen, I. R. (1994). Phenomenology - What is it? And what does it do? Ian R., Owen M. A. *The Newsletter of the History and Philosophy Section of the British Psychological Society*, 19, 18-24.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J. y Jones, W. (1988). La religión y el proceso de resolución de problemas: Tres estilos de afrontamiento. *Revista para el Estudio Científico de la Religión*, 27(1), 90-104. <http://dx.doi.org/10.2307/1387404>
- Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., y Perez, L. M. (January 01, 2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-544.
- Pelechano, B. V. y Servando, D. M. A. (2004). *Qué es la personalidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pentecostalism. (2019). *The Columbia Encyclopedia*, 6th ed. Retrieved February 12, from [Encyclopedia.com: https://www.encyclopedia.com/reference/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/pentecostalism](https://www.encyclopedia.com/reference/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/pentecostalism)
- Pertega-Díaz, S. y Pita-Fernández, S. (2000). Técnicas de regresión: Regresión lineal múltiple. *Cuadernos de Atención Primaria*, 7(2), 91-94.
- Pew Research Center (2018). *The Age Gap in religion around the world*. Consultado el 15 de noviembre de 2019, disponible en: www.pewforum.org/2018/06/13/how-religious-commitment-varies-by-coun

try-among-people-of-all-ages/

- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? *Spiritual Transcendence and the Five-Factor Model. Journal of Personality*, 67(6), 985-1.013. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00080>
- Piedmont, R. L., Sherman, M. F. y Sherman, N. C. (2012). Maladaptively high and low openness: The case for experiential permeability. *Journal of Personality*, 80, 1.641-1.668. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00777.x
- Piedmont, R. L. (2014). Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being research* (p. 257). Dordrecht: Springer.
- Piedmont, R. L., Magyar-Russell, G. M., DiLella, N. & Matter, S. (2014). Sense of coherence: Big five correlates, spirituality, and incremental validity. *Current Issues in Personality Psychology*, 2(1), 1-9. <http://doi.org/10.5114/cipp.2014.43096>
- Pierre, J. (2001). ¿Fe o espejismo? En el cruce de la religión y la psicosis. *Revista Práctica de Psiquiatría*, 7(3), 163-172.
- Pineda-Roa, C. A., Castro-Muñoz, J. A. y Chaparro-Clavijo, R. A. (2018). Estudio psicométrico de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en adultos jóvenes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 44-55. doi: 10.11144/Javerianacali.PPSI16-1.epeb
- Pizzorno, P. (2018). El aporte de "Lo Santo" a la comprensión de la experiencia religiosa: Una mirada desde la psicología de la religión. *Protestantismo Em Revista*, 44(1), 34-51. <https://recursosdigitales.usb.edu.co:2081/10.22351/nepp.v44i1.3104>
- Poll, W. (1969). *Psicología de la religión*. Barcelona, España: Herder. 16.
- Price, J. H. y Murnan, J. (2004). Research limitations and the necessity of reporting them. *American Journal of Health Education*, 35, 66-67.
- Puentes, Y. M., Urrego, S. C. y Sánchez, R. (2015). Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: Una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 481-495. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.08](https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.08)

- Quiceno, J. M. y 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.
- Rebell, W. (1988). *Conocimientos básicos de psicología para teólogos*. München.
- Reuder, M. E. (1999). A history division 36 (psychology of religion), in D. A. Dewsbury (ed.), *Unification through division: Histories of divisions of American psychological associations*. 4.91-108). <http://dx.doi.org/10.1037/10340-004>
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, L. M. (2008). Estructura de pérdidas en la adultez mayor: Una propuesta de medida. *Salud Mental*, 3(6), 461-468.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2014). Ajuste psicológico y vida religiosa en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 13(3), 895-906. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3>
- Rivera-Ledesma, A., Zavala Jiménez, S. y Montero-López, M. (2016). Validación de la Age Universal I-E Scale en sujetos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 15(4).
- Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.
- Rodríguez, J. M. J. (2001). *Estadística informática: Casos y ejemplos con el SPSS*. Alicante: Universidad de Alicante.
- Rodríguez-Yunta, E. (July 01, 2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20(2), 192-204.
- Romero, A. (2015). La concepción aristotélica de la eudaimonía en *Ética a Nicómaco*: Relación entre vida activa y vida teórica. *Revista de Investigación*, 39(85), 13-30.
- Rivas, C., Romero, A., Pérez-Llantada, M. C., López, A., Pourtau, M., Molina,

- I., González, J. y García-Mas, A. (2012). Bienestar psicológico, salud general, autonomía percibida y lesiones en futbolistas. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 365-371.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Neurología*. 29(1), 143-48.
- Salmoirago Blotcher, E., Fitchett, G., Leung, K., Volturo, G., Boudreaux, E., Crawford, S., ... Curlin, F. (2016). An exploration of the role of religion/spirituality in the promotion of physicians' wellbeing in Emergency Medicine. *Preventive Medicine Reports*, 3, 189-195.
- Sánchez-López, M.P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20, 839-843.
- Schafer, A. (July 01, 2010). Spirituality and mental health in humanitarian contexts: An exploration based on World Vision's Haiti earthquake response. *Intervention*, 8(2), 121-130.
- Scharrón del Río, M. del R. (2010). Supuestos, explicaciones y sistemas de creencias: Ciencia, religión y psicología. *Puerto Rican Journal of Psychology / Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21(1), 85-112.
- Schiappacasse, G., y González, P. (2016). Validación del test Meaning in Life Scale (MILS) modificado para evaluar la dimensión espiritual en población chilena y latinoamericana con cáncer en cuidados paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(3), 121-127.
- Schönborn, C. (2000). Fuentes de nuestra fe: Liturgia y sacramentos en el Catecismo de la Iglesia Católica. Madrid: Encuentro.
- Schuermans-Stekhoven, J. B. (2019). Auspicious or suspicious — Does religiosity really promote elder well-being? Examining the belief-as-benefit effect among older Japanese. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 81, 129-135.
- Seligman, M. E. P. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.

- Seybold, K. S. y Hill, P. C. (January 01, 2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 21-24.
- Shafranske, E. P. (2016). Finding a place for spirituality in psychology training: Use of competency-based clinical supervision. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(1), 18-21.
- Shenesey, J. W. (2009). An examination of spirituality, religious commitment, personality and mental health. (Tesis de Maestría). Universidad de South Alabama, Alabama.
- Shilo, G. y Savaya, R. (June 01, 2012). Mental health of lesbian, gay, and bisexual youth and young adults: Differential effects of age, gender, religiosity, and sexual orientation. *Journal of Research on Adolescence*, 22(2), 310-325.
- Sica, C., Novara, C. y Sanavio, E. (2002). Religiousness and obsessive-compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 813-823.
- Siqueira, J., Fernandez, N. M. y Moreira-Almeida, A. (November 08, 2018). Association between religiosity and happiness in patients with chronic kidney disease on hemodialysis. *Brazilian Journal of Nephrology*.
- Silva, Sally Knevez da, Passos, Susane Müller Klug y Souza, Luciano Dias de Mattos. (2015). Associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV. *Psicología: Teoría e Práctica*, 17(2), 36-51. Recuperado el 25 de junio de 2019, de <https://bit.ly/2Nrfqx8>.
- Simancas-Pallares, M., Arrieta, K. M. & Arévalo, L. L. (2017). Validez de constructo y consistencia interna de tres estructuras factoriales y dos sistemas de puntuación del cuestionario de salud general de 12 ítems. *Biomédica*, 37(3), 308-314. <https://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.3240>
- Simkin, H. y Etchezahar, E. (2013). Las Orientaciones Religiosas Extrínseca e Intrínseca: Validación de la "Age Universal" I-E Scale en el Contexto Argentino. *Psykhé*, 22(1).
- Simkin, H. y Etchevers, M. (2014). Religiosidad, espiritualidad y salud men-

- tal en el marco modelo de los cinco factores. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*, 60(4), 265-275.
- Simkin, H & Azzollini, S. (2015). Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 339-361. Doi: 10.5872/psiencia/7.2.6
- Simkin, H. (2016). 2do. Congreso Latinoamericano para el Avance de la Ciencia Psicológica. Propiedades psicométricas de la Escala de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (Aspires) en el contexto iberoamericano. Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica. Buenos Aires: A. Elgier.
- Simkin, H. (2017a). La salud mental en la psicología de la religión y de la espiritualidad. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación Mente Clara*, 2, 169-204. 10.32351/rca.v 2.2.33
- Simkin, H. (2017b). Adaptación al español de la Escala de Espiritualidad y Sentimientos Religiosos (ASPIRES): La trascendencia espiritual en el modelo de los cinco factores. *Universitas Psychologica*, 16(2).
- Skrzypińska, K. (January 01, 2017). The Boundaries of Woman's Spirituality in the Beliefs-Spirituality-Religiousness (B-S-R) Model: A Third Perspective—Beliefs as a Cognitive Basis. *Journal of Religion and Health*, 56(5), 1.583-1.599.
- Spinoza, B. (1955). *The chief works of Benedict de Spinoza: On the improvement of the understanding; the ethics; correspondence*. Translated with an introduction by R. H. M. Elwes. New York: Dover.
- Tamayo Lopera, D. A. y Zapata Agudelo, G. D. (2015). Aportes psicológicos experimentales y neurobiológicos al estudio de la experiencia mística religiosa. *Revista Katharsis*, 20, 169-198. <https://recursosdigitales.usb.edu.co:2081/10.25057/25005731.733>
- Tapia S., A. y Masson, S. L. (2006). Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 162-169. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000200005>
- Tay, L., Li, M., Myers, D. y Diener, E. (2014). Religiosity and subjective we-

- Il-being: An international perspective. *Religion and Spirituality across Cultures*, 9, 163-175.
- Trigwell, J. L., Francis, A. J. P. y Bagot, K. L. (2014). Nature connectedness and eudaimonic well-being: Spirituality as a potential mediator. *Ecopsychology*, 6(4), 241-251.
- Turner, N., Hastings, J. F. y Neighbors, H. W. (July 03, 2019). Mental health care treatment seeking among African Americans and Caribbean Blacks: What is the role of religiosity/spirituality? *Aging and Mental Health*, 23(7), 905-911.
- Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A., Bargsted, M. e Irarrazaval, M. (January 01, 2015). ¿Afecta la forma de puntuación la estructura factorial del GHQ-12? Estudio exploratorio en estudiantes iberoamericanos. *Cadernos De Saude Publica*, 31(6), 1.305-1.312.
- Valdez Medina, J. (2009). La teoría de la paz y el equilibrio: Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento y que nos enseña a combatirlos. México: Edamex.
- Valle, E. (June 01, 2017). A Brazilian reading of Belzen's towards cultural psychology of religion. *Pastoral Psychology*, 66(3), 427-436.
- Van Der Berg, J. (1963). *Psicología y fe*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé.
- Vaughan, F. (1991). Spiritual issues in psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 23, 105-119.
- Velasco-Gonzalez, L. y Rioux, L. (2014). The spiritual well-being of elderly people: A study of a French sample. *Journal of Religion and Health*, 53(4), 1.123-1.137.
- Veliz, A. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*, 11(2), 143-163.
- Vera, P., Urzúa, A., Beyle, C., Contreras, D., Lillo, S., Oyarzo, F. y Sanín-Posada, A. (September 01, 2017). Relación entre optimismo y salud bajo la influencia de las creencias religiosas en dos muestras latinoamericanas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(3), 213-221.

- Vergote, A. (1969). *Psicología religiosa*. Madrid: Taurus. 14-15
- Vergote, A. (1998). *Culpa y deseo: Dos ejes cristianos y la desviación patológica*. Lima: Universidad de Lima/ Fondo de Cultura Económica.
- Victoria, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1(15), 88-97.
- Victoria, G.-V. C. R., y González, B. I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592.
- Villa G., I. C., Zuluaga Arboleda, C. y Restrepo Roldán, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31(3), 532-545.
- Vitorino, L., Soares, R., Santos, A., Lucchetti, A., Cruz, J., Cortez, P. y Lucchetti, G. (2018). Two sides of the same coin: The positive and negative impact of spiritual religious coping on quality of life and depression in dialysis patients. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4), 332-340.
- Weber, S. R. y Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 358-363. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>
- Wenegrat, B. (1990). *The Divine Archetype: The sociobiology and psychology of religion*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Wesselmann, E. y DeSouza, E. (2015). Bringing the psychology of religion and spirituality into community psychology. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 43. 163-164. [10.1080/10852352.2014.973274](https://doi.org/10.1080/10852352.2014.973274)
- Wilber, K. (2010). *Una visión integral de la psicología*. México: Alamah.
- Wilkins, T. A., Piedmont, R. L., y Magyar-Russell, G. M. (2012). Spirituality or religiousness: Which serves as the better predictor of elements of mental health? *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 23, 53-73.
- Yoffe, L. (January 01, 2012). Beneficios de las prácticas religiosas / espiri-

tuales en el duelo. Positive effects of the religious / spiritual practices in mourning. *Avances en Psicología*, 20(1).

Yoffe, L. (2014). Rituales funerarios y de duelo colectivos y privados, religiosos o laicos. *Avances en Psicología*, 22(2), 145-163.

Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en Psicología*, 23(2), 155-176.

Yoffe, L. (2017). Afrontamiento religioso espiritual del duelo judío. *Avances en Psicología*, 25(2), 223-238.

9. Anexos

• Anexo 1. Consentimiento Informado

Investigación: "La relación entre religiosidad y salud mental en miembros de comunidades judeo-cristianas en la ciudad de Medellín y Buenos Aires, Argentina."

Yo, _____, mayor de edad, e identificado como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debidas respecto al curso de la investigación, sus objetivos y procedimientos. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante de la presente investigación contribuyendo a la fase de recolección de información. Se me informaron los riesgos y beneficios de la investigación y la prueba. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas, y prescindir de mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna; y de igual forma, se me informó que mi participación se hará a título gratuito, por lo que no recibiré estipendio alguno por participar y que posiblemente la entrevista será grabada en audio.

Sé que los riesgos de la investigación y las pruebas son mínimos, ya que se aplicarán los principios de no maleficencia y beneficencia establecidos para hacer investigación con seres humanos. La investigación trabajara con las condiciones éticas como el secreto profesional, esto quiere decir que no se revelará información que yo no quiera revelar de mi intimidad; que tengo derecho a la no participación, esto quiere decir que si decido o no participar de la entrevista; que tengo derecho a la información, devolución de resultados y rectificación si creo que no coincide con mi testimonio. Sé también que los investigadores cuentan con un asesor, quien verificará que la realización de las pruebas es correcta y que se respetarán mi información personal y detalles íntimos, donde tendrán también cuidado debido en las bases de datos, con el fin de no revelar información que pueda ser sensible.

Dado en el municipio de _____, a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Acepto,

Aclaración del nombre del participante.

Aclaración del nombre del investigador

cc

cc

Nota: Si el mayor de edad no sabe leer o no tiene la posibilidad en ese momento, un testigo imparcial, designado por el participante, firmará el consentimiento, dejando constancia en el formato de dicha situación (que se trata de un testigo y que el participante no puede leer, aduciendo la razón) y aclarando que el participante entendió el contenido del documento y las implicaciones del mismo.

• Anexo 2. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Escala de Ryff	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	parcialmente en desacuerdo	De acuerdo	parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas						
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones						
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente						
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida						
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga						
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad						
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo						
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar						

9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí						
10. Me juzgo por lo que yo, creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes						
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto						
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo						
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría						
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas						
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones						
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo						
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro						
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí						

19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad						
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo						
21. Tengo confianza en mis opiniones, incluso si son contrarias al consenso general						
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen						
23. Tengo claros la dirección y el objetivo de mi vida						
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo						
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida						
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza						
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos						
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria						
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida						

30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida						
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quién soy y la vida que llevo						
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí						
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo						
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está						
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre uno mismo y sobre el mundo						
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona						
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona						
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento						

39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla						
---	--	--	--	--	--	--

• Anexo 3. Escala de Orientación Religiosa Age Universal IE

AFIRMACIÓN	5. Muy importante 4. Importante 3. Moderadamente importante 2. De poca importancia 1.Sin importancia
Todo mi enfoque hacia la vida está basado en mi religión	
Me esfuerzo por vivir mi vida acorde a mis creencias religiosas	
He tenido frecuentemente una fuerte sensación de la presencia de Dios	
Mi religión es importante porque me da respuestas a muchas preguntas sobre el sentido de la vida	
Disfruto leyendo sobre mi religión	
Es importante para mí pasar tiempo pensando y rezando en privado	
Voy a la iglesia principalmente para pasar tiempo con mis amigos	
Voy a la iglesia principalmente porque disfruto viendo a las personas que conozco ahí	
Voy a la iglesia porque me ayuda a hacer amigos	
Rezo principalmente para conseguir alivio y protección	
Lo que la religión me ofrece principalmente es alivio en tiempos problemáticos y de tristeza	
Rezar es para obtener paz y felicidad	

• Anexo 4. Escala Aspires de Espiritualidad y Religiosidad

Fecha: _____ GÉNERO (por favor, marque con un círculo): Afiliación religiosa:
 Masculino__ Femenino__ Edad: _____ Católico Pentecostal adventis-
 ta Bautista

Tiene algún dx de enfermedad mental: Sí__ No__ ¿Cuál?__

¿Cuán seguido lee la Biblia/Torah/Gita?

Aproximadamente una vez al mes Varias veces por semana Nunca
2 o 3 tres veces al mes Varias veces al año
Casi todas las semanas Una o dos veces al año

¿Cuán seguido lee literatura religiosa aparte de la Biblia/Torah/Gita?

Aproximadamente una vez al mes Varias veces por semana Nunca
2 o 3 tres veces al mes Varias veces al año
Casi todas las semanas Una o dos veces al año

¿Cuán seguido reza?

Aproximadamente una vez al mes Varias veces por semana Nunca
2 o 3 tres veces al mes Varias veces al año
Casi todas las semanas Una o dos veces al año

¿Cuán seguido asiste a servicios religiosos?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente Muy frecuentemente

¿Hasta qué punto tiene usted una relación personal, única, íntima con Dios?

Ninguna relación Leve Moderada Fuerte Muy Fuerte

¿Tiene experiencias en las que siente una unión con Dios y alcanza una verdad espiritual?

Nunca Casi nunca Ocasionalmente Frecuentemente Muy frecuentemente

¿Cuán importantes son sus creencias religiosas para usted?

Extremadamente importantes Muy importantes Bastante importantes
Poco importantes Muy poco importantes Para nada importantes

Durante los últimos 12 meses, sus intereses y compromisos religiosos....

1 - - -2 ----3 - 4 - - - - 5 - - - - - 6 - - - - - 7
 Aumentaron Se mantuvieron igual que siempre Disminuyeron

Siento que Dios me está castigando

Fuertemente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Fuertemente de acuerdo

10. Me siento abandonado por Dios

Fuertemente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Fuertemente de acuerdo

11. Me siento aislado por otros que profesan mi fe

Fuertemente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Fuertemente de acuerdo

12. No puedo o no quiero involucrar a Dios en las decisiones que tomo acerca de mi vida

Fuertemente en desacuerdo En desacuerdo Neutral De acuerdo Fuertemente de acuerdo

Sección II	Fuertemente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
No he experimentado una profunda sensación de plenitud y felicidad a través de mis rezos y/o meditaciones					
No siento una conexión con un Ser o Realidad superior					
No creo que mi vida esté conectada de alguna manera con toda la humanidad					
Medito y/o rezo para poder alcanzar un plano espiritual más elevado					
Toda la vida está interconectada					
Hay un orden en el universo que trasciende el pensamiento humano					
La muerte realmente pone fin a la proximidad emocional con otro					
En la tranquilidad de mis rezos y/o de la meditación siento una sensación de plenitud					

He hecho cosas en mi vida porque creí que eso le gustaría a un pariente o amigo ya fallecido					
Aunque ya fallecidos, recuerdos y pensamientos de algunos de mis parientes continúan influenciando mi vida actual					
La espiritualidad no es una parte central de mi vida					
Encuentro fuerza interior y/o paz en mis rezos y/o meditaciones					
Aunque básicamente hay bien y mal en las personas, creo que la humanidad en su conjunto es particularmente mala					
No tengo fuertes lazos emocionales con alguien que ha muerto					
No existe un plano más elevado de conciencia o espiritualidad que una a todas las personas					
Aunque algunas personas puedan ser difíciles, siento un vínculo emocional con toda la humanidad					
Medito y/o rezo para poder crecer como persona					
El rezo y/o la meditación no tienen mucho atractivo para mí					
Mis rezos o la meditación me dan una sensación de apoyo emocional					
Siento que en un nivel superior todos compartimos un vínculo común					

Quiero acercarme más al Dios en el que creo					
El reconocimiento de los demás me da una profunda satisfacción de mis logros					
No me importan las expectativas que mis seres queridos tienen de mí					

• Anexo 5. Test de Salud Mental de Goldberg

Recuerde que solo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Intente contestar TODAS las preguntas.

	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	No nunca
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?			2	3
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?				
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?				
4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?				
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?				
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?				
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?				
9. ¿Se ha sentido triste o deprimido?				
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?				
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?				
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?				