



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“SALUD MENTAL Y RELIGIOSIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
CASO PUCESA”

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autor:

FABIÁN EDUARDO SEVILLA LUZURIAGA

Directora:

PSI. MG. MARÍA ISABEL RAMOS NOBOA

Ambato-Ecuador

Febrero 2018

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

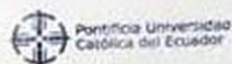
“SALUD MENTAL Y RELIGIOSIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
CASO PUCESA”

Línea de Investigación:

Desarrollo Humano y Salud Mental

Autor:

FABIÁN EDUARDO SEVILLA LUZURIAGA



BIBLIOTECA

Maria Isabel Ramos Noboa, Psi. Mg.

f.

CALIFICADORA

Lucía Almeida Márquez, Dra. Mg.

f.

CALIFICADORA

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Ps. Mg.

f.

CALIFICADORA

Ana Martínez Yacelga, Dra. Mg.

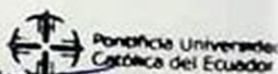
f.

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f.

SECRETARIO GENERAL PUCESA



SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA

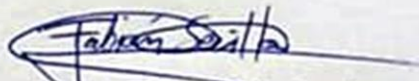
Ambato – Ecuador

Febrero 2018

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD

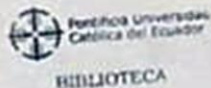
Yo, Fabián Eduardo Sevilla Luzuriaga, portador de la cédula de ciudadanía No. 1803659513, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicólogo Clínico, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación, y luego de la redacción de este documento, son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.



Fabián Eduardo Sevilla Luzuriaga

C.I. 180365951-3



BIBLIOTECA

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a mis padres y a toda mi familia por el apoyo y todas las oportunidades de crecimiento que me han dado. Aparte a todos quienes de alguna manera han aportado a que yo llegue a ser la persona que soy; pero de manera especial a Ana María, Álvaro, Sabrina, Diego, Charlie, Lolo, Andrea, Ali, Cris, Kat.

De modo particular, quiero agradecer a Lucia Almeida por haber sido la guía y figura materna que tanta falta me hizo en este proceso de formación. Además quiero agradecer a todos mis profesores y directivos de la carrera por su generosidad y paciencia con este personaje.

Por último quiero agradecer a la vida misma por todas las oportunidades que ha puesto en mi camino y que lo seguiré haciendo.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este último paso hacia un nuevo inicio a mis padres, Mario e Isabel; a Diego, Sabrina y Ana María.

De manera especial a mi mamá, porque sé que sin estar, siempre ha estado y siempre estará conmigo.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la correlación entre la salud mental y la religiosidad en estudiantes universitarios. Este estudio tiene una modalidad descriptiva correlacional cuantitativa, la información fue obtenida a través de reactivos aplicados de manera virtual a 287 estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Ambato, que decidieron participar voluntariamente. Se midió presencia de síntomas psicológicos a través del Inventario de Síntomas SCL90-R para determinar la salud mental. Por la naturaleza académica de la población se evaluó el afrontamiento del estrés académico mediante la Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA); la variable de religiosidad se midió a través de la escala *Brief-RCOPE*, la Escala de Afrontamiento Religioso ante la Soledad (ARS) y la Sub-escala de Relación con Dios de la Escala de Bienestar Espiritual (EBE); los resultados de estas escalas permitieron crear un índice general de religiosidad, que fue utilizado para determinar la correlación entre las variables. Existe una correlación baja negativa estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas psicológicos (salud mental) y la religiosidad, con un coeficiente de determinación de $r = -.123$, $p < 0,05$; $R^2 = .015$ que sugiere que la religiosidad puede predecir en un 1,5% la presencia de sintomatología en estudiantes universitarios. Con fundamento del análisis presentado se concluye que existe una relación entre la religiosidad y la salud mental, pero que su incidencia es baja.

Palabras Clave: Salud mental, religiosidad, afrontamiento del estrés académico, estudiantes universitarios.

ABSTRACT

This research project is aiming to establish the correlation between mental health and the degree of religiousness among university students. This study is cross-sectional, descriptive and quantitative, in which the information was gathered using online surveys towards 287 students of the *Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Ambato*, who participated voluntarily. Psychological symptoms were measured through the Symptoms Checklist (SCL90-R) to determine mental health. Since the sample was mainly students, academic stress coping was assessed using the Scale of Academic Stress Coping (A-CEA); the religiousness variable was measured through the Brief-RCOPE Scale, the Loneliness Religious Coping Scale (ARS), and the Sub-scale of Relationship with God from the Spiritual Welfare Scale. The results taken from these scales allowed to build the General Religiosity Index, which was used to determine the correlation between the variables. There is a low negative correlation statistically significant between the presence of psychological symptoms (mental health) and religiosity, with a coefficient of determination of $r = -.123$, $p < 0.05$; $R^2 = .015$, which suggests that religiosity can predict by 1.5% the presence of symptoms among university students. Based on this analysis, it is concluded that there is a relationship between religiosity and mental health, although its incidence is low.

Key Words: Mental health, religiosity, academic stress coping, college students.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	
DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
Tablas.....	xi
Figuras	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Problema.....	6
1.2.1. Descripción del problema	6
1.2.2. Preguntas Básicas	8
1.3. Justificación	9
1.4. Objetivos.....	10
1.4.1. Objetivo general	10
1.4.2. Objetivos específicos	10
1.5. Hipótesis de Trabajo.....	11
1.6. Variables	11
1.7. Delimitación Funcional	11
1.7.1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?	11
CAPÍTULO II	12

2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Definición general de la salud mental	12
2.1.1. Concepciones de la salud mental según diferentes corrientes psicológicas	12
2.1.2. Concepción general básica de la salud mental en la etapa adulta temprana	15
2.1.3. El adulto temprano como estudiante universitario.	16
2.1.4. Las afecciones psicológicas más comunes en el estudiante universitario	17
2.2. La Religiosidad	22
2.2.1. De la Religión a la Religiosidad	23
2.2.2. La religión y la religiosidad en la etapa adulta temprana.	25
2.2.3. La religiosidad como habilidad protectora y como factor de riesgo	26
2.3. La salud mental y la religiosidad	27
CAPÍTULO III	29
3. METODOLOGÍA	29
3.1. Metodología de investigación	29
3.2. Método Aplicado.....	30
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información	30
3.3.1. Técnica psicométrica e instrumentos.....	30
3.3.2. Técnica de la Encuesta e instrumentos	34
3.4. Población y muestra	35
3.5. Procedimiento metodológico	35
CAPÍTULO IV	38
4. RESULTADOS	38
4.1. Análisis Sociodemográfico de Resultados	38
4.2. Análisis de la medición de la salud mental	42
4.2.1. Análisis de la fiabilidad del SCL90-R.....	42
4.2.2. Análisis descriptivo del SCL90-R.....	43
4.3. Análisis de la medición del afrontamiento del estrés académico	45

4.3.1. Análisis de la fiabilidad de la escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA)	45
4.3.2. Análisis descriptivo de la escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA)	46
4.4. Análisis de la medición de la religiosidad.....	48
4.4.1. Análisis de la fiabilidad de las escalas de religiosidad (<i>brief RCOPE</i> , afrontamiento religioso ante la soledad y escala de bienestar espiritual).....	48
4.4.2. Análisis descriptivo de las escalas de religiosidad (<i>brief RCOPE</i> , afrontamiento religioso ante la soledad, ARS; y escala de bienestar espiritual, EBE)	49
4.5. Análisis de la correlación entre la religiosidad y la salud mental	51
4.6. Modelo explicativo de la religiosidad y salud mental	54
CAPÍTULO V	57
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones	60
BIBLIOGRAFÍA	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Tablas

Tabla 4.1. Distribución de los participantes en función de sexo, estado civil y edad.....	47
Tabla 4.2. Distribución de los participantes en función de familia de origen.....	49
Tabla 4.3. Distribución de los participantes en función de religión que pertenece y situación laboral.	49
Tabla 4.4. Análisis de fiabilidad SCL90-R.....	51
Tabla 4.5. Análisis de fiabilidad A-CEA.....	54
Tabla 4.6. Análisis de fiabilidad de las escalas de religiosidad.....	56
Tabla 4.7. Análisis de Correlación de las escalas de religiosidad.....	58
Tabla 4.8. Análisis del índice general de religiosidad (IGR).....	58
Tabla 4.9. Análisis de la correlación entre la religiosidad y la salud mental y el afrontamiento del estrés académico.....	60

Figuras

Figura 4.1. Representación del análisis descriptivo del SCL90-R.....	52
Figura 4.2. Representación del análisis descriptivo del A-CEA.....	55
Figura 4.3. Representación del análisis descriptivo de las escalas de religiosida.....	57
Figura 4.4. Modelo explicativo de la religiosidad y salud mental y afrontamiento del estrés académico.....	64

INTRODUCCIÓN

La religión es uno de los temas más debatidos a lo largo de la historia, aun así todas las culturas han transmitido generación tras generación la religión que han profesado, es decir las cosas en que creen y la forma en que rigen sus vidas según dichas creencias. De esta manera, es que un proceso netamente individual se convirtió en un ejercicio colectivo, lleno de demandas y exigencias. Taylor (2003) considera que en la transmisión religiosa se pierde significado y sentido, por lo que tan sólo queda la tradición alrededor de una experiencia religiosa profunda; es por este motivo que se puede llegar a cuestionar los beneficios de la tradición religiosa para el bienestar individual. Es bien sabido ya que al hablar del ser humano no existe experiencia objetiva, por ese motivo es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) define a la salud mental como bienestar individual adaptado a un medio social. Estos principios básicos llevan a considerar la interrelación de estas dos variables.

De tal modo, la presente investigación incursiona en el campo del desarrollo humano y salud mental; el cual tiene como objetivo determinar si existe correlación entre la salud mental y la religiosidad en estudiantes universitarios, en este caso pertenecientes a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Ambato. Es así que para la realización de esta investigación se ha estructurado cinco capítulos, que se describen a continuación.

El primer capítulo abarca el diseño de la propuesta del proyecto de investigación, junto con el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos a cumplirse y la hipótesis de trabajo.

En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico, en el cual se fundamenta teóricamente las variables que conforman el estudio, es decir que se desglosa temas generales sobre la salud mental y sobre la religiosidad, siempre considerándose a la población, estudiantes universitarios. Por quienes se trata dentro del área de salud mental el afrontamiento al estrés académico a modo de variable independiente.

En el tercer capítulo, se describe la metodología utilizada para la realización del presente proyecto. En esta sección se define el tipo de investigación, los participantes, los instrumentos utilizados y el procedimiento que se siguió durante todo el proceso.

En el cuarto capítulo, se presentan los datos sociodemográficos, así como los datos de las variables del estudio. La salud mental se evalúa a través de Inventario de Síntomas SCL90-R (Robles, Andreu, & Peña, 2002), el afrontamiento del estrés académico mediante la Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA) (Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro, & Freire, 2010) y la religiosidad a través de la Escala *Brief* RCOPE, la escala de Afrontamiento Religioso ante la Soledad y la sub-escala de relación con Dios de la Escala de Bienestar Espiritual (EBE) (Rivera Ledesma & Montero López Lena, 2007). A partir de los datos y su interpretación se realiza los respectivos análisis

para determinar la existencia de correlación propuesta. Finalmente se puede diseñar el modelo explicativo que se había señalado en los objetivos.

El quinto capítulo, se destinó para la presentación de conclusiones y recomendaciones en base a los resultados obtenidos. Finalmente se adiciona la bibliografía y anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Antecedentes

En la actualidad se puede acceder a estudios centrados en la religión y en su influencia en el diario vivir de las personas. Ya sea desde una perspectiva psicológica, antropológica, filosófica o sociológica. Es así que por ejemplo Martínez-Taboas, Varas-Díaz, López-Garay y Hernández-Pereira (2012) realizaron una revisión de datos relevantes sobre múltiples trabajos investigativos en Europa, Canadá, EEUU y América Latina acerca del ateísmo, en los que se destaca que la ausencia de una creencia teísta y de una postura religiosa confiere un índice mayor de salud mental y de bienestar social.

Maslow en 1970 presentó los resultados de su investigación con 57 personas que mostraron un perfil de auto-actualización, de los cuales muy pocos se identificaron como religiosos (citado en Martínez-Taboas, Varas-Díaz, López-Garay, & Hernández-Pereira, 2011). Se acota también que el mismo Maslow era ateo. Esto es relevante dada la gran influencia del trabajo del autor dentro del campo del humanismo y el fuerte efecto que ha tenido en la cultura occidental. Del mismo modo, este grupo de investigadores señalan, a través de los estudios de Zuckerman (citado en Martínez-Taboas, Varas-Díaz,

López-Garay, & Hernández-Pereira, 2011), que los países eminentemente seculares tienen mayor desarrollo y bienestar humano, en contraste con los países más religiosos que tienen los índices más altos de disfunción social.

Por otra parte, también existen estudios que refieren que la religión (en especial la musulmana) es un factor protector contra la ansiedad y la depresión como se concluyó en el estudio de Amrai, Zalani, Arfai, & Sharifian (2011) acerca de Orientación Religiosa, ansiedad y depresión en el que participaron 347 estudiantes universitarios de Irán. Otro estudio en el mismo contexto realizado por Ali-Hosseinkhanzadeh, Yeganeh y Mojallal (2012) llega a la conclusión de que las creencias y prácticas religiosas causan un incremento en la salud mental, adaptación social y un decrecimiento del estrés. En contraste, en este mismo país, en una investigación realizada por Ahmadi, Davoudi, Mardani, Ghazaei, & ZareZadegan (2013) sobre desarrollo moral, religiosidad y orientación religiosa, se llegó a una conclusión muy similar a la de Kohlberg en 1981, que mientras haya un mayor nivel de religiosidad en la persona existe un desarrollo moral más limitado, es decir que existe una relación inversamente proporcional entre las variables, en particular sobre el desarrollo moral.

Dentro de la variable de la salud mental se ha considerado tanto a la presencia o ausencia de síntomas psicológicos, y de modo contextual al afrontamiento del estrés académico por tratarse de una población universitaria. Estos factores ya han sido relacionados dentro un marco referencial y sociocultural similar al de la población del presente estudio. En Caracas, Venezuela, se realizó un estudio con una muestra de 321

estudiantes universitarios sobre la relación entre el estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico, en el cual, de acuerdo a Feldman, y otros (2008) se determina que los factores más estresantes de la vida académica están relacionados con estudiar para los exámenes tanto por la cantidad de material como por falta de tiempo, además de tener que dar el examen y tener que esperar para los resultados. Por otra parte, como resultados de la escala de salud general se distingue que los factores de angustia y ansiedad y de somatización tienen la mayor incidencia en esta población.

Todos los estudios presentados anteriormente en este espacio han sido citados con el objetivo de dar soporte al tema propuesto, así como también demostrar la importancia del mismo dentro de la comunidad a modo de estudio pionero dentro de una sociedad que teme adentrarse en las profundidades de una temática religiosa.

1.2. Problema

1.2.1. Descripción del problema

En la actualidad en la psicología se establece que el ser humano es un ser holístico, bio-psico-social, es decir que está conformado por distintas instancias simultáneamente funcionales. Dentro de la parte social-cultural siempre se incluye a la religión, a manera de una tradición dentro de las diferentes comunidades. En el caso de la comunidad universitaria de la PUCE-A, la mayor tradición religiosa es el cristianismo.

De modo general, al igual que con cualquier aspecto del ser humano, se ha visto que existen fenómenos positivos en la influencia de la religión dentro de la vida de cada individuo, tales como una mejor forma de sobrellevar la presión académica, mayor consciencia social y resiliencia en general, entre otros. Sin embargo, también se ha observado fenómenos negativos, así como intolerancia, falta de apertura y mantenimiento de prejuicios sociales. Por tal motivo, dentro del campo académico del estudiante universitario hay quienes afirman que su religiosidad les ayuda a ser mejores en su desempeño y a afrontar el estrés académico (Feldman, y otros, 2008); no obstante también hay quienes hacen la misma afirmación, pero sus resultados no lo evidencian. Por eso la importancia de descubrir cuáles son las diferencias dentro de la religiosidad de unos y otros estudiantes.

Adicionalmente, en la demandante experiencia académica de los estudiantes universitarios, se ha podido observar que se presentan síntomas que varían desde simples dolores de cabeza, alteraciones del sueño, de la afectividad, de la atención y de la memoria, ansiedad, manifestaciones de agotamiento y fatiga. A modo de coincidencia, muchos de estos estudiantes tienen una vida religiosa activa, lo que llevó a considerar la posibilidad de que estos dos factores estén relacionados. Se busca identificar la relación de estas dos variables en la población enunciada, puesto que existen estudios que ya lo hacen en otros contextos, e.g. Pargament y Lomax (2013) hallaron que “la religiosidad presente como problemática o parte de una problemática viene a ser tanto una causa como una consecuencia de la psicopatología” (p. 28); es decir que hay la posibilidad de que exista sintomatología relacionada con la religiosidad en la población en la que se

realizará el estudio. En contraste, otros estudios afirman que la religiosidad funciona como habilidad protectora, en especial contra la depresión y la ansiedad (Amrai, Zalani, Arfai, & Sharifian, 2011).

Por este motivo, el objetivo de esta investigación fue el de obtener un modelo empírico explicativo acerca de la relación entre la religiosidad y la salud mental de los estudiantes universitarios a través de un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal en el cual se podrá corroborar o refutar la hipótesis, y por ende determinar si existe o no una incidencia, o si la misma corresponde a una retroalimentación circular.

1.2.2. Preguntas Básicas

¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Aparece a través de la observación de estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Ambato que presentan síntomas como: dolores de cabeza, alteraciones del sueño, de la afectividad, de la atención y de la memoria, además de ansiedad, manifestaciones de agotamiento y fatiga. Y que casualmente también presentan fuertes creencias y comportamientos religiosos.

¿Dónde se detecta?

Se detecta en los estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ambato.

1.3. Justificación

La salud mental del estudiantado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ambato puede verse afectada por múltiples factores, uno de aquellos es la religiosidad de acuerdo a lo que se ha observado a través de la observación como estudiante universitario de la PUCE-A; por tal motivo es importante buscar si existe o no una relación entre dichos factores. De esta manera, este estudio lograría distinguir elementos acerca del tema, permitiéndose de esta manera determinar más posibles estudios sobre la salud mental del estudiantado de la universidad, así como del bienestar general.

La evaluación tanto de sintomatología como de religiosidad en el estudiantado permite identificar elementos que pueden llegar a afectar la realidad circundante a esta etapa universitaria, así como también factores protectores que podrían ser ampliados en otros estudios y aplicados en el constante desarrollo del bienestar estudiantil dentro de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador - Ambato.

Este estudio toma su importancia por la influencia social que la religión tiene en el diario vivir de muchas personas, que a su vez pueden estar expuestos a múltiples factores de riesgo a su salud mental, por tal motivo se proyecta que los resultados pueden revelar elementos de prevención. Esto se conjuga con el hecho de que no existen estudios similares en nuestro medio, es decir que incluso se presenta como pionero en aportar teórica y estadísticamente al campo académico de la ciudad y del país.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Establecer la relación de la religiosidad en la salud mental de los estudiantes universitarios de la PUCE-A.

1.4.2. Objetivos específicos

- Fundamentar teóricamente las variables que conforman el tema a estudiarse.
- Identificar el nivel de religiosidad de los estudiantes universitarios de la PUCE-A
- Evaluar la sintomatología psicológica sub-clínica y afrontamiento del estrés académico en los estudiantes universitarios de la PUCE-A.
- Verificar si existe una correlación entre las variables a través de un análisis estadístico de los resultados.
- Proponer un modelo empírico explicativo sobre la correlación de la religiosidad y la salud mental de los estudiantes universitarios de la PUCE-A (en caso de que exista correlación).

1.5. Hipótesis de Trabajo

Existe correlación entre la religiosidad y la salud mental de los estudiantes universitarios de la PUCE-A.

1.6. Variables

Variable 1: La Religiosidad

Variable 2: La Salud Mental

1.7. Delimitación Funcional

1.7.1. ¿Qué será capaz de hacer el producto final del proyecto de titulación?

Como resultado final de la investigación se aportará con un modelo empírico explicativo de la incidencia de la religiosidad en la salud mental de los estudiantes universitarios de la PUCE-A.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Definición general de la salud mental

La salud mental puede tener muchas concepciones subjetivas dependiendo del contexto cultural de las personas, pero la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud, es mundialmente reconocida de un modo más objetivo, y la define 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, 2013). Sin embargo, es importante observar el modo en que esta definición se aplica para las diferentes etapas de la vida, en este caso la etapa adulta temprana a tratarse más adelante.

2.1.1. Concepciones de la salud mental según diferentes corrientes psicológicas

Dentro del área clínica, la salud mental según Serrano (2002) “se define como la ausencia o resistencia a la enfermedad mental” (p.213); en otras palabras, el foco central del área clínica en la salud mental está en la presencia o ausencia de síntomas

psicológicos y comportamentales. Aunque de modo general se conoce que existe un problema en relación a muchos síntomas psicológicos, ya que existe la posibilidad de que sean fingidos por uno u otro motivo, es decir que no hay procesos exactos para poder comprobarlos.

En el campo de la psicología psicodinámica existe una brecha muy grande con la concepción clínica, Lledó (2009) menciona que “los síntomas se constituyen en la vía preferente para la expresión de la patología, que aparece como una disparidad, como una desviación de las pautas comunes y como una falta de adaptación a un determinado medio” (p. 23-24). A través de este punto de vista se puede considerar que los síntomas son la expresión de la necesidad o el deseo en el sujeto, generalmente reprimido o inhibido; dichas necesidades pueden llegar a encontrarse fuera de la norma social y moral, por tal motivo se consideran parte de alguna psicopatología.

La crítica más común a la corriente psicodinámica es la falta de pruebas científicas acerca del funcionamiento del aparato psíquico, ya que la teoría es lo que sostiene los fundamentos de esta corriente psicológica. Sin embargo, Fromm (1972) expone claramente la más importante defensa ante tales críticas:

Nunca la experiencia de una persona es idéntica a la experiencia de otra...de hecho, hasta la experiencia de una misma persona no es nunca la misma en ocasiones diferentes, porque nadie es exactamente el mismo en dos momentos de su vida (p. 10; citado en Lledó, 2009).

Precisamente por este motivo, la corriente psicodinámica trata a cada sujeto de manera individual y la salud mental radicaría en un concepto más apropiado, bienestar.

Por otra parte, la visión cognitiva-conductual de la salud mental se enfoca más en la adaptación social considerando la forma de pensar, sentir y actuar de las personas, así según Granados y Sánchez (2011) se basa en “la modificación de las conductas dañinas...o que producen malestar y en consecuencia, aminoran la calidad de vida...no sólo se hace referencia a lo que la persona hace, sino también a lo que piensa y a cómo siente” (p. 13). De esta manera, esta corriente busca un equilibrio bio-psico-social, pero encaminado más a una muestra de dicho equilibrio que se refleje en la conducta, es decir que sea observable y medible.

A partir del auge de la psicología humanista, se ha determinado que existe más elementos en el ser humano que solamente factores biológicos, psicológicos y sociales; por tal razón, Carranza (2002) define que “es importante para el hombre una mirada interior...tomando como guía a la intuición fenomenológica; esto también para reconstruir el mundo interior de uno mismo. De esta manera la persona puede autocomprenderse y ser autónoma” (p. 22). Con esta visión se reconoce la capacidad natural del ser humano para auto generarse bienestar.

2.1.2. Concepción general básica de la salud mental en la etapa adulta temprana

La transición de la adolescencia a la edad adulta trae consigo muchos cambios que causan un importante aumento de incidencia de trastornos mentales, uno de los motivos identificados es la abrumadora sensación de libertad junto con la responsabilidad de tener que tomar las riendas totales de la vida de uno mismo sin depender de nadie más (Schulenberg y Zarret, 2006). El tener que aprender a valerse por sí mismo implica muchas veces sensaciones de soledad y desaliento, lo que conlleva a estrés, ansiedad, depresión, entre otras. De acuerdo a Papalia, Olds, y Feldman (2010) “tres cuartas partes de todas las enfermedades mentales empiezan alrededor de los 24 años” (p. 429). Esto lleva a estimar que la época de la formación universitaria tiene gran influencia en el desarrollo de alteraciones psicológicas, ya sea durante dicho periodo o posteriormente.

De acuerdo a la teoría de desarrollo psicoevolutivo de Erikson (citado en Rice, 1997) en la etapa comprendida entre los 20 y 30 años “los jóvenes adultos desarrollan relaciones cercanas con los demás o permanecen aislados de las relaciones significativas con otras personas” (p. 34), es decir intimidad o aislamiento. Esta etapa justamente es la adultez temprana, es decir que en este periodo se asienta de modo importante la forma de socializar, a la vez que incrementa el autodescubrimiento a través del otro. Así se puede considerar que la capacidad de generar redes sociales también intervendrá en la influencia de los riesgos psicosociales en los jóvenes adultos, potencializándose distintas alteraciones psicológicas.

La etapa de adultez temprana conlleva gran actividad y muchos cambios, de modo particular alrededor del ambiente social. Autores como Cohen (2004), Berkman (2000) y Zunzunegui (2003) sugieren a través de sus investigaciones que existe una gran influencia de la integración social y del apoyo social en el desarrollo de recursos protectores en la salud mental a lo largo de toda la vida. La interrelación de los aspectos antes mencionados vienen a ser determinantes en cuanto a desarrollar o no sintomatología psicológica durante la adultez emergente, ya que en esta etapa se espera que haya un significativo incremento de destrezas sociales y por ende de también de recursos protectores en cada individuo.

2.1.3. El adulto temprano como estudiante universitario.

En la etapa de la educación superior, en particular al inicio, muchos estudiantes pueden llegar a sentir la experiencia universitaria muy abrumadora; por esta razón Papalia, Olds, y Feldman (2010) han encontrado que “el apoyo de la familia parece ser un factor clave para lograr el ajuste, tanto en el caso de estudiantes que van todos los días a la universidad desde casa como para los que viven en el campus” (p. 445). Sin embargo, aparte del apoyo familiar, viene a ser de suma importancia que se desarrolle la capacidad para construir redes sociales y académicas significativas entre estudiantes y también con maestros (Montgomery y Coté, 2003). Esto quiere decir que tanto el apoyo familiar como una sólida red social, más la habilidad propia de cada sujeto son la clave para el mantenimiento de la salud mental como estudiante universitario.

Por observar otros aspectos, en esta etapa se desarrollan de modo importante capacidades cognitivas y emocionales que influyen de modo significativo en cómo percibe el mundo el joven adulto. La unificación del pensamiento subjetivo y objetivo, la integración de los afectos y el pensamiento lógico, así como la flexibilidad mental, son algunos de los procesos clave y esperados de esta etapa de vida, ya que se ensamblan las características adolescentes con aquellas del adulto (Berger, 2009). La adquisición de estas capacidades influye en los elementos socio-afectivos que se desarrolla durante esta etapa de vida, ya sea de manera positiva o negativa, puesto que se ajusta a las circunstancias únicas de cada individuo. Por tal motivo, este periodo es crítico para la salud mental de las personas.

2.1.4. Las afecciones psicológicas más comunes en el estudiante universitario

Uno de los eventos fundamentales en la etapa de la adultez temprana es la transición de la educación media a la superior, por lo tanto también existen cambios en la forma de percibir la presión de las nuevas responsabilidades. A esta presión se le cataloga, de modo general, como estrés académico, del cual, Martín (2007) expresa: “Este complejo fenómeno implica la consideración de variables interrelacionadas: estresores académicos, experiencia subjetiva de estrés, moderadores del estrés académico y finalmente, efectos del estrés académico” (p. 89). Esto se explica por el aumento de responsabilidades y cambios en las interacciones sociales del joven adulto, así como se estableció previamente.

Existen estudios de décadas atrás que ya abordaban el tema, así como expresa Barraza (2007) “desde la década de 1990 se comenzó a investigar y teorizar sobre el tópico [estrés académico]...los estresores, los síntomas y los modelos transaccionales” son los que determinan la vivencia de dicho estrés (citado en Berrío y Mazo, 2011; p. 78), es decir que si existió un patrón alto de estrés académico durante la etapa de la educación media, es posible que dicho patrón continúe en la nueva etapa. Por otra parte, para el resto de estudiantes universitarios puede iniciarse la sensación, real o percibida, de una sobrecarga de tareas, además de evaluaciones de docentes y, en ocasiones, hasta de la familia sobre su desempeño, por lo que se genera altos niveles de estrés, lo que muchas veces puede desembocar en sintomatología de ansiedad, depresión, entre otros (Berrío y Mazo, 2011). Por tal motivo, es importante reconocer la existencia de este fenómeno e identificar los modos en que los jóvenes adultos lo afrontan.

De manera sencilla, se puede entender al afrontamiento del estrés académico como la forma en que el sujeto maneja los estresores circundantes al ambiente académico y cómo regula sus emociones frente a los mismos (Lazarus y Folkman, 1986). Así se comprende que la forma de hacerle frente al estrés está relacionada con los generadores de estrés, y según Cabanach y otros (2010) son:

Reevaluación positiva...forma de afrontamiento activo dirigida a crear un nuevo significado de la situación del problema, tratando de resaltar aspectos positivos o activando expectativas positivas... Búsqueda de apoyo...intentos de búsqueda de consejo e información sobre cómo resolver el problema como de apoyo y

comprensión para la situación emocional causada por el problema...
Planificación...análisis de la dificultad y al subsiguiente desarrollo y supervisión
de un plan de acción para su resolución (p. 57-58).

Como se mencionó antes, es posible que el estrés produzca síntomas de ansiedad, que se presentan a modo de temor generalizado alrededor del éxito académico y profesional junto con las diferentes variables moduladoras que influyen sobre el estrés experimentado. Según Labrador (1995, citado en Martín 2007) existen “moderadores biológicos..., psicosociales..., psicosocioeducativos... y socioeconómicos... [que] inciden en todo el proceso del estrés, desde la aparición de los factores causales, hasta las propias consecuencias” (p. 89). Así también, lógicamente, dichos moderadores funcionan como agentes de afrontamiento.

La ansiedad es una de las consecuencias del estrés cuando no se lo afronta adecuadamente, en tal punto es que comienzan a aparecer otro tipo de alteraciones, así como síntomas de depresión. Montoya y otros (2010) establecen que:

En relación con los estados depresivos, se encuentra comúnmente asociado el estrés, entendido éste como el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo y que son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica (p. 9).

En esta perspectiva se puede determinar que los jóvenes adultos en etapa universitaria tienen mayores probabilidades de sufrir de ansiedad y de depresión por motivo del estrés académico y formas inadecuadas de afrontarlo. Si los efectos del estrés académico dependen del estilo de afrontamiento del individuo, éstos no son necesariamente predictores de resultados, más bien se presentan como pruebas de ensayo y error que se van construyendo gracias al complejo conglomerado de vivencias diarias. Por este motivo, Lazarus (1993), distinguió dos tipos básicos de afrontamiento: “el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción” (citado en Cabanach, y otros, 2010; p. 53). El primero se refiere a la búsqueda de soluciones a las situaciones estresantes, mientras que el segundo tiene como objetivo modificar el modo que tiene el individuo de valorar o de interpretar las situaciones estresantes.

2.1.4.1. Sintomatología clínica y subclínica

Todos los seres humanos a lo largo de sus vidas pueden llegar a sufrir de diferentes síntomas psicológicos, que son leves o transitorios, es decir que causan un malestar menor y que no afectan de manera significativa al diario vivir, a esto se le conoce como sintomatología subclínica (Mayorga, 2014). Por otra parte, las alteraciones psicológicas de mayor intensidad y frecuencia, y que causan malestar que afecta al desenvolvimiento diario de las personas es considerado sintomatología clínica (American Psychiatric Association, 2013). Eso no quiere decir que los síntomas subclínicos deben ser desatendidos, ya que representan factores de riesgo, y son la base para la prevención. De este modo, es adecuado que se establezcan las diferencias entre síntomas clínicos y

subclínicos, en particular en la etapa de adultez temprana, ya que permite establecer límites entre lo saludable o beneficioso para el joven adulto y lo que es potencialmente dañino o peligroso, ya sea para la persona misma o para su círculo social.

Por lo expuesto anteriormente, y a manera de salud pública, sería importante tratar de crear un perfil de sintomatología subclínica a lo largo de la vida del joven adulto, en caso de haber presentado síntomas subclínicos constantes en etapas previas de vida; ya que así como mencionan Fonseca-Pedrero y otros (2011) hay estudios, como el de Poulton et *al.* en Nueva Zelanda, que sugieren que más del 25% de personas que han sufrido de sintomatología subclínica persistente durante la niñez, han terminado desarrollando algún trastorno clínico para la edad de 26 años, en particular dentro del espectro psicótico (p. 156). Recapitulando información presentada en secciones previas junto con estas cifras es posible inferir que el estrés puede llegar a ser un detonante tanto para que se agraven los síntomas subclínicos, o por el contrario para que el sujeto pueda encontrar algún modo de hacerle frente y superarlo.

2.2. La Religiosidad

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha descubierto que el origen de la religión se da por una necesidad inherente al ser humano, así es que Segal (2010) expresa que “el estudio social de la religión se concentra en dos preguntas: ¿Cuál es el origen y cuál es la función de la religión? La [primera] pregunta...inicia antes de que la religión exista y cuestiona el por qué existe” (p. 364). Esto quiere decir que no se puede definir a la religión como un aspecto positivo ni negativo de la naturaleza humana, sino solamente como un hecho de la existencia del ser humano. Por otra parte, es posible realizar un juicio de dicha naturaleza respecto del modo en que las personas llevan su vida religiosa, ya sea colectiva o individual, es decir su religiosidad (Pargament & Lomax, 2013). No es posible determinar si una religión es “buena” o “mala” para el bienestar de una persona, pero sí se puede llegar a determinar si el grado de religiosidad, tanto individual como colectiva, es el adecuado para dicho bienestar.

La religiosidad, de acuerdo a Durkheim (2000) comprende “las prácticas y vivencias relacionadas con un principio de dualidad simbólica, a la vez socialmente construida e individualmente experimentada, que distingue, separa y diferencia las cosas sagradas de la profanas” (citado en De la Torre, 2013; p. 5-6). En otras palabras, comprende todo dogma, creencia, rito y comportamiento religioso determinados como aceptables dentro de la práctica y vivencia de una religión, sin importar cuál sea.

2.2.1. De la Religión a la Religiosidad.

La religión y la religiosidad son conceptos que van de la mano, pero cabe hacer una importante diferenciación entre ambas para lograr distinguir entre una vida de religiosidad y una religiosidad de vida. De este modo, Taylor (2003) en base a la postura de James sobre la religión expresa que:

“existe gente que llega a tener una poderosa y auténtica experiencia religiosa que es comunicada a través de algún tipo de institución, y así es extendida hacia otras personas...En la transmisión, la fuerza e intensidad de la original se pierden, hasta que de todo queda solamente un -burdo hábito-” (p. 5).

Con este punto de vista, es posible discernir que la religiosidad pasa a ser de un proceso experiencial e individual en uno colectivo, mismo que, en ocasiones, puede llegar a perder sentido. De igual modo, las religiones hacen uso de estas experiencias religiosas para encaminar a sus seguidores, creando así un camino religioso dentro de la religión en sí. Por este motivo, en una tergiversación de la práctica religiosa, se puede llegar a confundir ambos conceptos, por ende también los lineamientos que rigen a las religiones junto con aquellos preceptos de una religiosidad individual, que se puede volver difusa en la práctica colectiva.

Sin embargo, existe una postura opuesta a la anterior, misma que considera a la religiosidad como una experiencia individual, donde el objetivo en sí es llegar más allá

de una religión, es decir a una trascendencia; Schiller de Kohn (2004) hace la siguiente aportación:

...La mayoría de personas pertenecen a una religión, sin embargo carecen de religiosidad. [...] Hay quienes sin participar de una religión tienen y sienten una profunda religiosidad, porque ésta es más bien una manera de estar en este mundo (una cualidad netamente humana). [...] significa el poder unirse a un poder indivisible, impalpable, que está más allá de la voluntad individual, que para ser conocido necesita de la plena conciencia del hombre (p. 159).

Con esta visión la religión que se practique se vuelve un tanto irrelevante, porque ésta se convertiría en un medio para llegar a la religiosidad, es decir que a la final no importa qué religión se practique. Así también, esta postura permite que se pueda llegar a la religiosidad incluso fuera de cualquier religión, dejando abierta la posibilidad para lograrlo desde el más puro ateísmo hasta la religión más ortodoxa. Así expresaba Schiller de Kohn (2004) que el objetivo es llegar a esa religiosidad, por eso las prácticas que se puedan utilizar se amplían enormemente, ya que la verdadera esencia de la trascendencia es la experiencia y el crecimiento de la conciencia en la vida misma.

Realizar esta diferenciación es importante porque define el modo de vivir la religión y la religiosidad de las personas, y suma a su importancia porque, investigadores como Pargament y Lomax (2013, p. 28) han descubierto que es necesario “distinguir entre conflictos religiosos que pueden ser el resultado final por psicopatologías y aquellos

conflictos religiosos que llevan a psicopatologías”. Este viene a ser un referente importante dentro del marco de la salud y del bienestar individual, además de las implicaciones epidemiológicas; por tal razón, cabe la profundización investigativa en referencia a las diferentes posturas sobre la religiosidad.

2.2.2. La religión y la religiosidad en la etapa adulta temprana.

El desarrollo continuo del individuo hace que cada etapa vaya modificando elementos de las etapas anteriores. En la adolescencia existe una ruptura con todo aquello inculcado por los padres, motivo por el que el adulto temprano explora diferentes religiones y modos de llevarla, para establecer una diferenciación del círculo familiar y de concreción del ser individual (Papalia, Olds, & Feldman, 2010). Esta razón puede llegar a ser central en la influencia que tiene la religión y la religiosidad en la personalidad y en la forma de afrontar las situaciones de vida.

Una generalidad de la etapa adulta temprana es el asentamiento de la personalidad en el individuo, así mismo se instituye el desarrollo moral, la fe y la religiosidad. De acuerdo a Papalia *et al.* (2010) “dos experiencias que estimulan el razonamiento moral en los adultos jóvenes son el encontrarse con valores contradictorios lejos de casa... y responsabilizarse del bienestar de otros... (p. 440). El efecto de estas experiencias son las que llevan a los jóvenes adultos a reevaluar su fe, su religión, su juicio y moralidad; así logran encontrarle mayor significado a la religión que profesan, o a su vez a

reconocer su postura y necesidades religiosas o espirituales, incluso sin ser parte de alguna religión específica.

2.2.3. La religiosidad como habilidad protectora y como factor de riesgo

Como se mencionó previamente, la etapa de vida en cuestión tiene muchos factores de riesgo y es necesario generar habilidades protectoras para contrarrestarlos. Así la religiosidad, en ambas modalidades, como medio y como fin, puede presentarse como factor de riesgo, pero también como habilidad protectora. Estas características están determinadas según la manera en que cada individuo lo lleva, demasiada fe puede llevar a la persona a salir de la realidad, ya sea a modo de psicosis o a manera de neurosis infantiles (Guimón, 2009). Por otra parte, la falta de fe o escepticismo puede reducir la capacidad de sugestionabilidad, lo que podría cerrar posibilidades a factores esenciales de mantenimiento y de recuperación de la salud (Charcot, 2011). Así se determina de modo general que la religiosidad es un factor de riesgo cuando se aproxima a cualquier de los dos extremos, exceso o ausencia.

En contraste, cuando la religiosidad se conjuga de modo equilibrado en el diario vivir de las personas representa una gran habilidad protectora, ya que funciona como un pilar fundamental que proporciona fortaleza para sobrellevar la enfermedad, problemas y sufrimiento, así como ansiedad y depresión (Amrai, Zalani, Arfai, & Sharifian, 2011). Por este motivo, educar en religiosidad en lugar de religión puede resultar muy beneficioso para el desarrollo general del joven adulto, ya que le puede proveer de

respuestas a sus incertidumbres, típicas de la etapa (Papalia, Olds, & Feldman, 2010). En esta perspectiva, las personas que llegan a experimentar la religiosidad como fin podrán dirigirse a ella y apoyarse en ella, lo que puede ayudar al mantenimiento de la salud general, en particular la psicológica.

2.3. La salud mental y la religiosidad

Anteriormente se ha expuesto generalidades básicas de ambas variables dentro del marco de la presente investigación, pero ¿qué relación se puede establecer teóricamente entre las dos? Para empezar, es necesario recordar que dentro de la definición general de la salud mental que se presentó, se menciona que el bienestar del individuo debe permitirle afrontar las tensiones comunes de la vida (OMS, 2013), a la vez se ha tratado el afrontamiento del estrés académico, por motivo de la población participante; y se ha desglosado un breve compendio de características de la religiosidad. Estos tres elementos permiten comprender lo que autores como Pargament, Murray-Swank y Tarakeshwar (2005) expresan acerca de la religión y la espiritualidad –religiosidad– como fuente de ciertas estrategias de afrontamiento ante distintos marcos psicopatológicos; aunque también pueden llegar a convertirse en un obstáculo ante otras enfermedades mentales. Esto ya fue previamente expuesto, la religiosidad puede funcionar como habilidad protectora, a la vez que como factor de riesgo.

Existen autores, como Rosales y Schinelli (2011), que sugieren que no se puede separar la experiencia religiosa de la vida de las personas, así como se hacía en tempranas

épocas del desarrollo de la salud mental, donde muchas creencias religiosas eran consideradas ideas irracionales y hasta delirios. Si bien es cierto que en la actualidad dichas posturas han cambiado, aún no se tiene certeza total de la influencia que la religiosidad de una persona puede tener sobre su salud mental.

A lo largo de las últimas décadas se han realizado muchos estudios, en los que se ha encontrado evidencia de una correlación importante entre la religiosidad y la salud de manera general, por ejemplo en la investigación realizada por Valiente-Barroso y García-García (2010) se presenta resultados de que la participación en prácticas religiosas puede incurrir en una disminución de morbilidad, así como de mortalidad; aparte explican cómo la fe, foco central de la religiosidad, genera elementos psicológicos protectores como la esperanza, el optimismo y la trascendencia. Estos recursos protectores se ha comprobado que pueden ser la fuente de un adecuado estilo de vida, es decir de un genuino bienestar, incluso con la presencia de sintomatología.

A través de una postura más clásica, Fromm (1976) sugiere que la religión se cristaliza a modo de proyección de las necesidades de las personas, según las tendencias de dependencia o libertad que se genere en la psique de cada individuo. Considerando esta postura como un hecho, la religiosidad de una persona reflejaría el estado de la salud mental de la misma. Por lo tanto, al hablar de religiosidad, se estaría hablando que la salud mental tiene influencia sobre sí misma en base a las implicaciones sociales que trae consigo la religión, sus dogmas y sus prácticas.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Metodología de investigación

El presente proyecto está configurado a modo de una investigación de tipo descriptivo correlacional cuantitativo. Es descriptivo puesto que se describe datos y características de las variables involucradas en esta investigación, así como también las características de la población con la que se realizó el estudio. A la vez correlacional, como expresa Gómez (2006), que una investigación de este tipo “mide el grado de relación entre esas dos o más variables, utilizando coeficientes de correlación estadísticos” (p. 67). De esta manera, este proyecto se centró en recolectar datos acerca de la población y las variables en función de determinar una relación entre la religiosidad y la salud mental en los estudiantes universitarios. A razón de esto los resultados se dispusieron a un análisis estadístico-cuantitativo.

Por otra parte, esta investigación es exploratoria y de corte transversal, motivo por el cual sólo se buscó explorar, evaluar y valorar las variables, más no a manipularlas como en un diseño experimental. Así también el estudio se llevó a cabo en un punto determinado de tiempo, en este caso el periodo académico abril-agosto del 2017.

3.2. Método Aplicado

El método de aplicación para este proyecto es el método científico, el cual se centra en la identificación de elementos cuantificables dispuestos a ser organizados, sistematizados y analizados en base a evidencias empíricas (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2007). Dentro de dicho método existe un factor de inferencia en función de los resultados obtenidos y de la asociación encontrada entre las variables que se ha dispuesto a análisis. Particularmente en este caso, fue la asociación entre la religiosidad y la salud mental en estudiantes universitarios.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información

3.3.1. Técnica psicométrica e instrumentos

De manera general, en este estudio se utilizaron técnicas psicométricas, que según Cardona, Chiner y Lattur (2011) son “procedimientos sistemáticos para observar la conducta del sujeto y describirla con la ayuda de escalas numéricas o categorías previamente establecidas” (p. 74). Por tal motivo, se seleccionó diferentes escalas e inventarios psicométricamente avalados para la obtención de datos que permitan realizar el respectivo análisis de las variables. Los instrumentos que fueron usados para la esta investigación son los siguientes.

3.3.1.1. Escala Brief-RCOPE

La escala de afrontamiento religioso (Brief-RCOPE) que fue adaptada por Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) para poblaciones mexicanas consta de una confiabilidad y validez correspondientes $\alpha = .81$, $r = .80$. Esta escala se presenta a manera de cuestionario con escala de Likert. Se divide en ítems de afrontamiento positivo y negativo, que tienen una puntuación directa e inversamente proporcional a la escala de Likert que va desde “nunca hago eso” a “siempre hago eso” entre 0 a 3 numéricamente. La calificación final se determina según tendencias a mayor o menor nivel de religiosidad según el puntaje del resultado, considerando el punto medio de la puntuación total como referente de calificación.

3.3.1.2. Escala de Afrontamiento Religioso ante la Soledad, ARS

La escala de afrontamiento religioso ante la soledad (ARS) que fue adaptada por Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) para poblaciones mexicanas consta de una confiabilidad y validez correspondientes $\alpha = .87$, $r = .90$. Esta escala se presenta a manera de cuestionario con escala de Likert que va desde “nunca hago eso” a “siempre hago eso” entre 0 a 3 numéricamente. La calificación final se determina según tendencias a mayor o menor nivel de religiosidad según el puntaje del resultado, considerando el punto medio de la puntuación total como referente de calificación.

3.3.1.3. Escala de Bienestar Espiritual, EBE

La escala de bienestar espiritual (EBE) que fue adaptada por Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) para poblaciones mexicanas consta de una confiabilidad y validez correspondientes $\alpha = .86$, $r = .78$. Esta escala se presenta a manera de cuestionario con escala de Likert que va desde “nunca hago eso” a “siempre hago eso” entre 0 a 3 numéricamente. La calificación final se determina según tendencias a mayor o menor nivel de religiosidad según el puntaje del resultado, considerando el punto medio de la puntuación total como referente de calificación.

3.3.1.4. Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA)

Por tratarse de una población de estudiantes universitarios, se incluyó factores de afrontamiento del estrés académico dentro de la variable de la salud mental, ya que son factores importantes que tienen influencia sobre la misma durante dicha etapa de la vida de las personas. Por tal motivo, se ha utilizado la escala de afrontamiento del estrés académico que cuenta con una confiabilidad de $\alpha = .90$ y validez de $r = .87$ (Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro, & Freire, 2010).

La escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA) fue desarrollado por Cabanach y otros (2009) con el fin de evaluar los diferentes modos de afrontamiento del estrés académico (reevaluación positiva, búsqueda de apoyo y planificación). El cuestionario está compuesto por 23 afirmaciones con una escala de Likert de “nunca a

siempre” entre 1 y 5 numéricamente, que se califica de manera directamente proporcional según tendencias a mayor o menor nivel de afrontamiento de estrés académico, se ha considerado el punto medio de la puntuación total (2,50) como punto de corte referencial para la calificación. Para la calificación se realizó una división de la escala: 9 ítems, reevaluación positiva, 7 ítems, búsqueda de apoyo y 7 ítems, planificación. De este modo, se obtienen puntuaciones para cada dimensión, así como de manera global.

3.3.1.5. Inventario de Síntomas SCL-90-R

El Inventario de Síntomas SCL-90-R, es un auto informe creado por Leonard Derogatis y otros en 1977, en su adaptación española tiene una confiabilidad de $\alpha = .96$ y validez de $r = .96$ (Robles, Andreu, & Peña, 2002).

Este cuestionario cuenta con 90 ítems que componen nueve dimensiones: somatizaciones, punto de corte 1,25; obsesiones y compulsiones, punto de corte 1,90; sensibilidad interpersonal, punto de corte 1,56; depresión, punto de corte 1,62; ansiedad, punto de corte 1,60; hostilidad, punto de corte 1,67; ansiedad fóbica, punto de corte 0,86; ideación paranoide, punto de corte 1,83; psicotisismo, punto de corte 1,20. Para el índice global de síntomas el punto de corte es 1,32. El cuestionario se responde con una escala de Likert de “nada a mucho o extremadamente” entre 0 y 4 numéricamente. La calificación se realiza promediando el valor obtenido de la suma de respuestas numéricas de cada dimensión y dividiéndola para el número de ítems que la compone.

Para el índice global se realiza el mismo proceso, pero considerando todos los 90 ítems (Robles, Andreu, & Peña, 2002). El resultado del índice global refleja mayor o menor cantidad, intensidad y/o frecuencia de síntomas, es decir que a mayor índice global existe más sintomatología.

3.3.2. Técnica de la Encuesta e instrumentos

Para explorar las características de la población de este estudio se procedió a la utilización de la técnica de la encuesta a través de una ficha sociodemográfica *Ad Hoc*. De acuerdo a Yuni y Urbano (2006) la encuesta, en la investigación, “alude a un procedimiento mediante el cual los sujetos brindan directamente información al investigador” (p. 63). La ficha sociodemográfica que se construyó buscó recabar información general que esté relacionada con las variables de este estudio, además que aporte con una idea clara de la realidad de la población en cuestión. La ficha sociodemográfica contaba con preguntas sobre información general sobre la realidad familiar, académica y socioeconómica de los participantes, así como también de sus respectivas inclinaciones religiosas. Entre los datos incluidos estuvieron: lugar de nacimiento, sexo, edad, estado civil, número de hijos, carrera que estudia, situación laboral, quintil socioeconómico, satisfacción académica, importancia del éxito académico, religión, prácticas religiosas, cambio de religión, importancia de la religión. Se solicitó los datos en referencia a la religión tanto a nivel personal como a nivel familiar.

3.4. Población y muestra

La población considerada para este estudio comprendió al estudiantado de pregrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato legalmente matriculados en el periodo Abril-Agosto 2017. La población seleccionada fue de 1066 estudiantes de pregrado, número que fue utilizado para determinar una muestra estadísticamente significativa que fue calculada considerando un 95% de probabilidad y un 5% de error, que resultó en 283 participantes. A modo de criterio de inclusión, se ha considerado a todos los estudiantes que están legalmente matriculados en una carrera de pregrado de la universidad; a la vez no se ha determinado criterios de exclusión dentro del parámetro de inclusión, por tal motivo no se ha hecho ninguna distinción de sexo, quintil socioeconómico, procedencia, religión o nivel de desempeño académico, entre otros.

3.5. Procedimiento metodológico

Para la elaboración de este proyecto de investigación se inició con el desarrollo del plan de dicho proyecto, el cual fue dispuesto a aprobación por parte del Consejo de la Escuela de Psicología. Una vez aprobado el plan se empezó con la exploración bibliográfica para desarrollar la fundamentación teórica, en la que se asienta todo el trabajo. Posteriormente se estableció la muestra de 283 estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato de pregrado legalmente matriculados en el periodo abril-agosto 2017, a quienes se les aplicó las siguientes escalas: la Escala Brief-RCOPE, la Escala de Afrontamiento Religioso ante la Soledad (ARS), la Escala de Bienestar

Espiritual (EBE), la Escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA) y el Inventario de Síntomas SCL-90-R; además de una ficha sociodemográfica. La aplicación empezó con un piloto aplicado a 20 alumnos aleatoriamente en la PUCE-A, de los resultados se pudo distinguir que existía la necesidad de realizar tres adaptaciones menores de redacción de los reactivos para que sean totalmente comprensibles para la población considerada para el estudio. Adicionalmente se realizó un análisis inicial de confiabilidad y consistencia los cuales resultaron positivos para el estudio.

Posteriormente la aplicación de las escalas se realizó a través de *Formularios de Google*, enviándolo a todo el estudiantado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ambato a través de la plataforma virtual utilizada por la universidad y a través del correo electrónico institucional, permitiendo que el formulario permaneciera abierto a partir del 17 de abril de 2017 hasta que se completó la muestra el 02 de julio de 2017. Al inicio del formulario se dispuso el consentimiento informado, donde se especifica que los datos obtenidos a través de la ficha sociodemográfica y a través de las escalas serían utilizadas solamente con fines académicos e investigativos y que se mantiene total confidencialidad de la identidad de los participantes, ya que para aceptar el consentimiento informado hacía falta sólo elegir la opción “aceptar” al final de la página del mismo. Completar todo el formulario tomaba un máximo de 20 minutos.

Ya cuando se completó la muestra se procedió a realizar la respectiva tabulación de datos a través del programa SPSS, mediante el cual se hizo el análisis estadístico de las variables, por lo tanto la interpretación correlacional para buscar comprobar la hipótesis.

Para finalizar el proyecto y responder a los objetivos establecidos se elaboró el modelo empírico explicativo de los resultados, lo que llevó a establecer las conclusiones y recomendaciones finales.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Análisis Sociodemográfico de Resultados

La muestra se encontró compuesta por 287 estudiantes de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ambato, de la cual 95 participantes fueron hombres (33.1%) y 192 fueron mujeres (66,10%). El estudio se realizó durante el período académico Abril - Agosto 2017 y se incluyó como posibles participantes a todos los estudiantes de pregrado de la universidad para completar la muestra.

Las variables sociodemográficas consideradas para análisis del presente estudio fueron: edad, sexo, estado civil, situación laboral, religión a la que pertenece y tipo de familia de origen. Se realizaron tres grupos para este análisis: el primero, de variables de realidad personal (sexo, estado civil, edad); el segundo, de variables en relación con terceros (familia de donde proviene); y el tercero, de variables de realidad social. Para las variables sexo, estado civil se presenta frecuencia (f) y porcentaje (%); mientras que la variable de edad está representada a través de la media (M) y la desviación estándar (Ds) (ver tabla 4.1.).

Tabla 4.1 Distribución de los participantes en función de sexo, estado civil y edad

Variables	Frec.	%
Sexo		
Femenino	192	66,90
Masculino	95	33,10
Estado civil		
Soltero	262	91,29
Casado	21	7,32
Divorciado	4	1,39
Viudo	0	0
	M	DE
Edad	21,05	2,18

Nota: 287 observaciones

En referencia a la variable *sexo*, se pudo observar que existe un porcentaje más representativo de mujeres con 192 participantes, que equivale a un 66,90%; en relación a los hombres, de los que hubo 95 participantes, que equivale a un 33,10% (ver tabla 4.1.). La representatividad mayor de mujeres se debe posiblemente a que la mayor cantidad de participantes corresponden a las carreras de psicología clínica (30,7%), psicología organizacional (12,2%) y jurisprudencia (9,8%) entre sí representando el 52,7% de la muestra. De acuerdo a resultados de encuestas de medios masivos como del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2012), en lo que se presenta que hay mayor afluencia de mujeres en las humanidades, ciencias sociales y artes; mientras que el género masculino tiene mayores tendencias hacia las ciencias naturales y ciencias exactas. Esto se puede deber al desarrollo moral de cuidado más comúnmente desarrollado por mujeres (Gilligan, 1994), cualidad típica de las humanidades, además de ser requisito para sobresalir en las mismas. De modo adicional, se ha encontrado un índice de determinación de $r = -.165$, $p < 0,05$, que corresponde al 2,7% de correlación de las variables en relación al sexo femenino; esto quiere decir que la religiosidad se presenta como recurso protector más en mujeres que en hombres.

Respecto al estado civil se encontró que el 91,29% de los participantes son solteros, el 7,32% están casados y el 1,39% están divorciados (ver tabla 4.1). Existe predominancia del estado civil de soltero/a de modo muy representativo en comparación de los estados casado/a, divorciado/a y viudo/a. Las estadísticas que provee el INEC (2012) permiten confirmar la certeza de estos resultados, ya que señala que la edad promedio para contraer matrimonio en el Ecuador es de 32 años; mientras que la edad promedio de los participantes de este estudio es de 21,05 años.

Las personas participantes, en promedio, tuvieron 21,05 años ($Ds = 2,18$). Lo cual se corresponde a la estimación realizada por el INEC, misma que determina que en el Ecuador el rango promedio de edad de estudiantes universitarios es de 18 a 24 años (INEC, 2012). De manera normativa, aunque no obligatoria, se espera realizar la educación académica completa durante las primeras etapas de vida, es decir hasta culminar la educación superior o universitaria alrededor de los 23 o 24 años, ya que hasta esta edad se ha detectado el desarrollo neuronal de las personas (Berger, 2009), lo que indica que existe una mayor predisposición fisiológica para el aprendizaje.

En relación a la organización familiar, se ha considerado la variable “tipo de familia de origen”, en la que se pudo apreciar que 68,29% de los participantes de la muestra pertenece a una familia nuclear, 19,51% pertenece de familias monoparentales, sea solamente con el padre o la madre; 11,50% pertenece de familias extendidas y el 11,81% vienen de familias ensambladas o reconstituidas (ver tabla 4.2).

Tabla 4.2 Distribución de los participantes en función de familia de origen

Variables	Frec.	%
Organización familiar		
Familia de origen		
Nuclear	196	68,29
Monoparental	56	19,51
Extendida	33	11,50
Ensamblada	2	0,70

Nota: 287 observaciones

En relación a la situación personal se ha considerado la religión a la que pertenecen los participantes, ya que puede proveer de claves para detectar los niveles de religiosidad de la población del estudio. A su vez, también se presenta la situación laboral de los participantes (ver tabla 4.3).

Tabla 4.3 Distribución de participantes en función de religión a la que pertenece y situación laboral

Variables	Frec.	%
Situación personal		
Religión a la que pertenece		
Católica	202	70,38
Cristiana Evangélica	36	12,54
Testigo de Jehová	1	0,35
Mormón	1	0,35
Adventista	1	0,35
Otra	1	0,35
NA	45	15,68
Situación laboral		
Sólo estudio	212	73,87
Estudio y trabajo para pagar la carrera	32	11,15
Estudio y trabajo para pagar gastos personales	43	14,98

Nota: 287 observaciones

El 70,38% de los participantes pertenecen a la religión católica, seguido por un 15,68% de personas que expresan no pertenecer a ninguna religión a través de la opción NA en la encuesta. En tercera instancia, el 12,54% de participantes refiere pertenecer a la religión cristiana evangélica, mientras que hay una representación mínima de otras

religiones que suman 1,4% de los participantes (ver tabla 4.3). La mayoría de los participantes expresaron pertenecer a la religión católica, resultado que concuerda con los datos del INEC (2012) en los cuales se destaca que 91,95% de ecuatorianos tienen filiación religiosa y que de este porcentaje el 80,4% pertenecen a la religión católica. Estos resultados también se explican por la naturaleza de la universidad, ya que por ser fundamentada por la religión católica tiene preferencia por estudiantes que profesan la misma fe, ya sea de manera activa o pasiva.

En lo concerniente a la variable de situación laboral, el 73,87% de los participantes indican que se dedican exclusivamente a estudiar, mientras que el porcentaje restante a más de estudiar también trabajan, el cual se divide en 11,15% que laboran para cubrir los costos de sus estudios superiores y el 14,98% laboran para generar ingresos para sus gastos personales (ver tabla 4.3). Existe un contraste con la realidad estadounidense, ya que según Papalia, Olds y Feldman (2010) los estudiantes universitarios estadounidenses en su mayoría realizan algún tipo de actividad económica debido a los altos costos de la educación superior en dicho país.

4.2. Análisis de la medición de la salud mental

4.2.1. Análisis de la fiabilidad del SCL90-R

Se realizó el análisis de fiabilidad del instrumento, con el propósito de reconocer el grado de consistencia de la prueba en la población a la que pertenece la muestra, en

función a los resultados obtenidos a través de su aplicación. Para determinar la confiabilidad se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach (α), que permite medir la consistencia interna (ver tabla 4.4.).

Tabla 4.4. Análisis de fiabilidad SCL90-R

Sub-escalas	Ítems	Alfa
Somatizaciones	12	,92
Obsesiones y compulsiones	10	,87
Sensitividad interpersonal	9	,87
Depresión	13	,93
Ansiedad	10	,90
Hostilidad	6	.86
Ansiedad fóbica	7	.87
Ideación paranoide	6	.79
Psicotisismo	10	.90
Ítems adicionales	7	.90
Total	90	,98

Nota: 287 observaciones

Todas las sub-escalas y el total ($\alpha = ,98$) presentan un índice alto de confiabilidad, lo que quiere decir que los resultados que se obtuvieron con el inventario de síntomas son válidos para la población de este estudio.

4.2.2. Análisis descriptivo del SCL90-R

El SCL90-R evaluó la presencia, frecuencia e intensidad de síntomas, pudiendo así determinar sintomatología tanto sub-clínica como clínica dentro de un referente amplio de psicopatologías psicológicas.

Todas las sub-escalas, incluyendo el índice global, presentan un mínimo de cero (0) puntos, a la vez que un máximo de cuatro (4) puntos. Existe una similitud en los resultados de las medias obtenidas en todas las sub-escalas. Se distinguen los resultados de la media de somatizaciones (1,21), ansiedad fóbica (0,98) y de psicosis (1,23) porque se aproximan al punto de corte establecido, así como se presenta a continuación (ver figura 4.1).

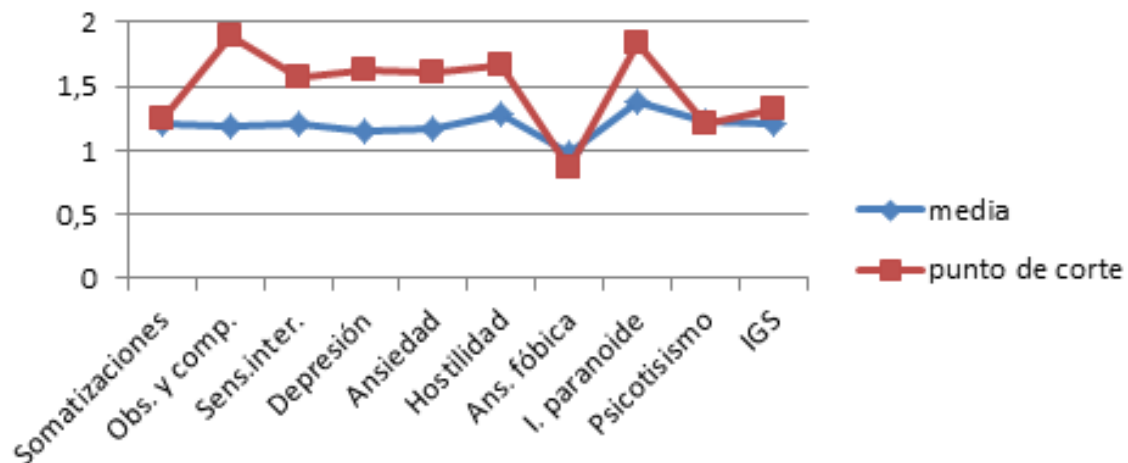


Figura 4.1. Representación gráfica del análisis descriptivo del SCL90-R

La figura 4.1 indica que el valor de somatizaciones se aproxima al punto de corte (1,21/1,25) y que los valores de ansiedad fóbica (0,98/0,86) y psicosis (1,23/1,20) superan los respectivos puntos de corte. Sin embargo, cabe remarcar que la diferencia entre las medias y los puntos de corte es mínima, además que si el índice global de síntomas no supera el punto de corte (1,20/1,32), corresponderían a ser resultados más referenciales y útiles para la prevención de dichos síntomas. Se puede distinguir que existe presencia de síntomas en la muestra evaluada, sin embargo la intensidad y la

frecuencia de los mismos se presentan por debajo del valor esperado para determinarlos como síntomas clínicos, por lo que se consideran síntomas sub-clínicos (Mayorga, 2014), que bien podrían ser eventuales dadas las condiciones del presente estudio.

Los mayores índices encontrados fueron somatizaciones, ansiedad fóbica y psicotisismo, lo que puede deberse a la realidad de las exigencias, reales o percibidas de los participantes, en particular por la presión que usualmente la vida universitaria provee. En comparación con el estudio realizado por Sánchez, Martín, Méndez, Corbalán y Limiñana (2010) existe diferencia significativa en los índices de somatización (1,60), ansiedad fóbica (0,65), psicotisismo (-0,80), a pesar de que el índice global de síntomas (1,22) es similar en ambos estudios. Cabe recalcar que la población, a pesar de ser estudiantes universitarios, pertenece a un marco social totalmente diferente al del presente estudio, ya que se trata de estudiantes de la ciudad y universidad de Almería en España.

4.3. Análisis de la medición del afrontamiento del estrés académico

4.3.1. Análisis de la fiabilidad de la escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA)

Con el propósito de conocer el grado de validez del instrumento para la muestra del presente estudio se realizó las pruebas estadísticas correspondientes para determinar la

confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach (α), que mide la consistencia interna (ver tabla 4.5).

Tabla 4.5. Análisis de fiabilidad A-CEA

Dimensiones	Ítems	Alfa
Reevaluación positiva	9	,85
Búsqueda de apoyo	7	,82
Planificación	7	,79
Total	23	,92

Nota: 287 observaciones

Las tres dimensiones que mide la escala, así como el total ($\alpha = ,92$) presentan índices altos de confiabilidad, lo que quiere decir que los resultados que se obtuvieron son válidos para la población de este estudio.

4.3.2. Análisis descriptivo de la escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA)

Los resultados estadísticos de esta escala mostraron que la dimensión de reevaluación positiva, al presentar una media de 3,00 supera el punto de corte establecido de 2,50, lo que indica el modo prevalente con que los participantes afrontan el estrés académico. Al resultado anterior le sigue la búsqueda de apoyo, con una media de 2,85; siendo así la planificación el método menos utilizado para afrontar el estrés académico en esta muestra con una media de 2,48. El índice total también supera el punto de corte con una media de 2,94 (ver figura 4.2).

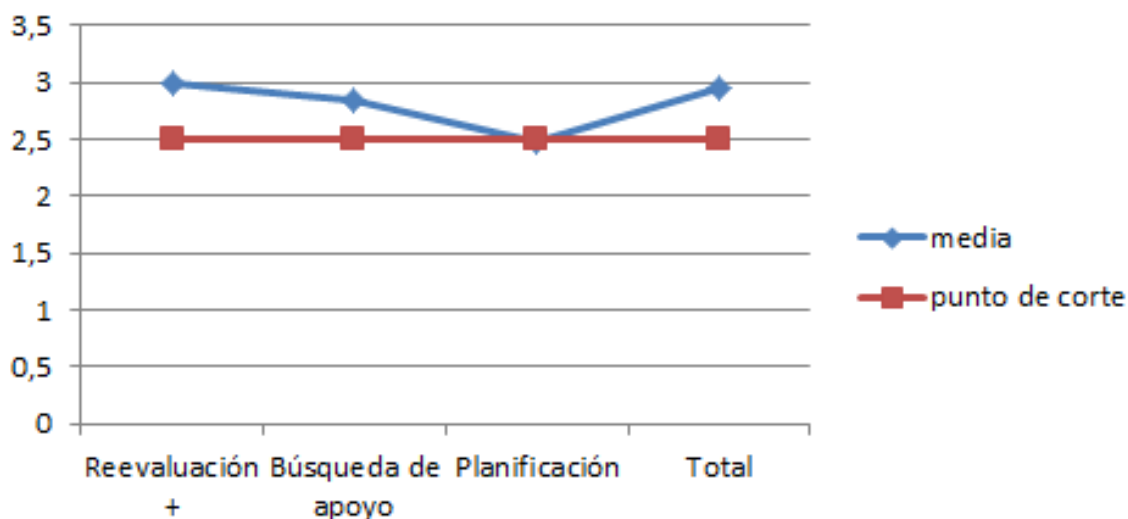


Figura 4.2. Representación gráfica del análisis descriptivo del A-CEA

La figura 4.2 revela lo señalado, es decir que la reevaluación positiva es el modo de afrontamiento del estrés académico más utilizado por la muestra de este estudio. El puntaje total indica que existe una tendencia general a adoptar las diferentes dimensiones presentadas por la escala, dependiendo de las diferentes situaciones que se pueden presentar en el ámbito de educación superior (Cabanach y otros, 2009).

Al haberse realizado un análisis estadístico de correlación de *Spearman* entre los instrumentos utilizados se ha encontrado una correlación negativa no significativa de $r = -0,033$, con un índice de determinación de 0,11, lo que corresponde a un porcentaje de correlación de 11%. Estos resultados llevan a considerar que la sintomatología psicológica tiene una relación no significativa baja con el afrontamiento del estrés académico, es decir que las dos variables tienen una correspondencia baja dentro del área de salud mental, por lo que vienen a ser dos variables independientes.

4.4. Análisis de la medición de la religiosidad

4.4.1. Análisis de la fiabilidad de las escalas de religiosidad (*brief RCOPE*, *afrontamiento religioso ante la soledad* y *escala de bienestar espiritual*)

Se realizó el análisis de fiabilidad de los instrumento con el objetivo de identificar el grado de validez de los mismos en la muestra del presente estudio, así también para la formulación del índice general de religiosidad de los participantes. Para determinar la confiabilidad se usó el coeficiente Alpha de Cronbach (α), que permite medir la consistencia interna (ver tabla 4.6).

Tabla 4.6. Análisis de fiabilidad de las escalas de religiosidad

Escalas	Ítems	Alfa
Brief RCOPE	14	,84
Afrontamiento religioso ante la soledad	6	,90
Escala de bienestar espiritual	11	,90

Nota: 287 observaciones

Las tres escalas, *Brief RCOPE* ($\alpha = ,84$), *ARS* ($\alpha = ,90$), *EBE* ($\alpha = ,90$), presentan índices altos de confiabilidad, lo que quiere decir que los resultados que se obtuvieron son válidos para la población de este estudio.

4.4.2. Análisis descriptivo de las escalas de religiosidad (*brief RCOPE*, afrontamiento religioso ante la soledad, ARS; y escala de bienestar espiritual, EBE)

La aplicación de las tres escalas de religiosidad tuvo por objetivo el obtener un índice general de religiosidad de los participantes. Aun así se ha determinado los puntos de corte correspondientes para cada escala, así como las medias de las mismas. La escala *brief RCOPE* busca determinar niveles de afrontamiento religioso; la escala de bienestar espiritual (EBE) tiene por objetivo indagar sobre el bienestar que produce la fe en las personas; y la escala de afrontamiento religioso ante la soledad (ARS) busca determinar que tanto ayuda la religiosidad a hacerle frente a la soledad, en este caso se le puede considerar como un estresor que puede presentarse en cualquier momento de la vida.

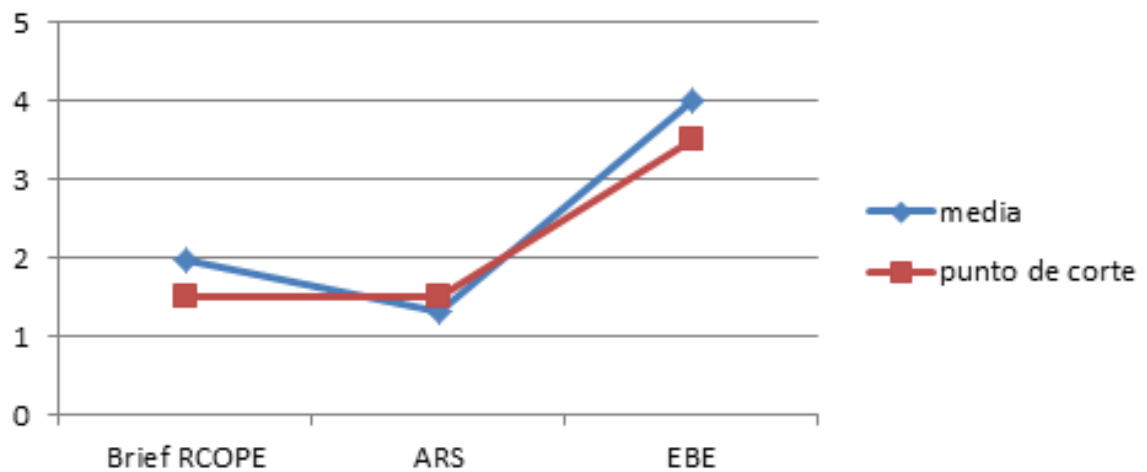


Figura 4.3. Representación gráfica del análisis descriptivo de las escalas de religiosidad

La figura 4.3 muestra que solamente la media de las escalas *brief RCOPE* (1,96/1,50) y EBE (4,01/3,50) superan sus respectivos puntos de corte, lo que quiere decir que los

participantes sí presentan tener influencia de su religiosidad y que la consideran como un factor de bienestar. Sin embargo, cabe recalcar que el objetivo mayor de las tres escalas en conjunto es el de obtener un índice general de religiosidad. De tal modo, la siguiente tabla presenta la correlación que valida las escalas entre sí para justificar la extracción del índice mencionado previamente. Para la validación se utilizó la prueba de correlación de *Spearman* (ver tabla 4.7).

Tabla 4.7. Análisis de Correlación de las escalas de religiosidad

Escalas	Brief RCOPE	ARS	EBE
Brief RCOPE	1	.837**	.750**
ARS		1	.797**
EBE			1

Nota: ** $p < .01$

La correlación significativa existente entre las tres escalas permite determinar la interrelación de éstas, por ende es posible extraer un índice general de religiosidad (IGR). A partir del índice obtenido se obtienen los percentiles dividiendo los resultados en tres rangos: bajo, medio y alto (ver tabla 4.8.).

Tabla 4.8. Análisis del índice general de religiosidad (IGR)

Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Bajo (29-71)	91	31,70
Medio (72-96)	116	40,40
Alto (97-119)	80	27,90

Nota: 287 observaciones

En la tabla 4.8 se observa que la mayor parte de participantes se sitúan en el rango medio de nivel de religiosidad con un 40,4%. Por otra parte, con una leve diferencia supera el nivel bajo (31,7%) al nivel alto (27,9%) de religiosidad. Estos datos brindan la información acerca de la religiosidad para realizar la correlación entre las variables generales de este estudio.

En estudios similares, como el de Amrai *et al.* (2011), que fue conducido en estudiantes de la universidad de Tehran, se ha evidenciado que existen resultados parecidos en relación a las medias de los niveles de religiosidad obtenidos, es decir que la mayoría de participantes se sitúan en un nivel medio, luego en un nivel bajo y por último un nivel alto de religiosidad. Asimismo el estudio de Valiente-Barroso y García-García (2010) realizado en España presenta datos similares en relación al nivel de religiosidad de jóvenes adultos: nivel bajo 44,7%, medio 29,9% y nivel alto 25,4%. Sin embargo, cabe rescatar que existe un prevalencia más alta de bajos niveles de religiosidad en la muestra de España que en el presente estudio.

4.5. Análisis de la correlación entre la religiosidad y la salud mental

Se realizó un proceso de correlaciones a través de la prueba de *Rho de Spearman*. En la primera etapa de dicho proceso se tomó los resultados del SCL90-R, en representación de la variable de Salud Mental; el índice general de Religiosidad (IGR) y los resultados de la escala de Afrontamiento del Estrés Académico (A-CEA) a modo de variable independiente, cómo se presenta a continuación (ver tabla 4.9).

Tabla 4.9. Análisis de la correlación entre la Salud Mental, la Religiosidad y el Afrontamiento del Estrés Académico

	SCL90-R	Coefficiente de Determinación	A-CEA	Coefficiente de Determinación
IGR	-,123*	0,015	,365**	,133

Nota: 287 observaciones

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Para empezar, en la tabla 4.9 se observa que existe una correlación negativa significativa entre la salud mental y la religiosidad $r = -.123$, $p < 0,05$; lo que quiere decir que a un mayor nivel de religiosidad hay, menor cantidad o fuerza de sintomatología psicológica habrá. Sin embargo, es necesario distinguir que la correlación, a pesar de ser significativa, no es alta, por lo tanto se podría considerar que este resultado refiere que la religiosidad puede llegar a ser un recurso protector contra la sintomatología psicológica, pero que existen otras variables que tendrían una mayor influencia sobre la salud mental de las personas.

Por otro lado, en la misma tabla 4.9 se detectó que existe una correlación significativa, mayor a la anterior, entre la religiosidad y el afrontamiento del estrés académico $r = .365$, $p < 0,01$; lo que implica que los niveles de religiosidad de una persona están más relacionados con el modo en que afronta el estrés académico, es decir que posiblemente la religiosidad provee de medios de afrontamiento del estrés de modo general, por ende también en el ámbito académico a estudiantes universitarios. Es importante sacar a relucir que las tres dimensiones de la escala de afrontamiento del estrés académico

también presentan una correlación significativa con la religiosidad, de la siguiente manera: reevaluación positiva $r = .349$, $p < 0,01$; búsqueda de apoyo $r = .387$, $p < 0,01$; planificación $r = .268$, $p < 0,01$. Estos resultados dan consistencia a aquellos señalados previamente, además que brindan un dato de especial interés, que refleja este hallazgo, búsqueda de apoyo es la dimensión con mayor correlación dentro de las estrategias de afrontamiento del estrés académico, y de modo general, las religiones y la fe es lo que más proveen, o al menos los creyentes lo sienten así. De todas maneras, sería necesario focalizar otros estudios en estos hallazgos para confirmar los datos que se han desprendido de estos resultados.

De modo importante, cabe realzar que la correlación entre la religiosidad y el afrontamiento académico presenta diferencias entre las religiones que se profesan. De este modo, en los participantes católicos se encontró una correlación $r = .315$, $p < 0,01$, en los participantes evangélicos $r = .625$, $p < 0,01$ y en estudiantes que refieren no pertenecer a ninguna religión $r = .367$, $p < 0,05$. Para tratar de explicar los resultados entre los dos grupos religiosos, hay que tomar en cuenta las frecuencias de ambos grupos en relación al nivel de religiosidad, en el cual el mayor porcentaje (46,53%) de católicos refieren ser medianamente religiosos, mientras que el mayor porcentaje (44,44%) de evangélicos expresan ser altamente religiosos. Posiblemente esta diferencia podría explicar por qué existe mayor correlación entre la religiosidad y el afrontamiento del estrés académico en evangélicos en comparación con los católicos. Por otra parte, quienes refieren no pertenecer a religión alguna, si bien presentan también una correlación significativa, sin duda es menor a aquellas de los grupos religiosos, lo que puede significar que, de hecho,

la religiosidad fundamentada en una religión en particular puede proveer de mayores o mejores estrategias de afrontamiento del estrés, que en este caso se reflejarían en el ámbito académico.

A partir de estos resultados obtenidos, la hipótesis nula se rechaza y se confirma la hipótesis alternativa, existe una correlación, aunque sea baja, entre la salud mental y la religiosidad.

4.6. Modelo explicativo de la religiosidad y salud mental

En función de los resultados presentados previamente, se puede inferir que existe una relación entre la religiosidad y la salud mental, aunque cabe mencionar que al ser una correlación baja, la religiosidad se puede considerar como un factor de protección, es decir que puede aportar a la prevención o superación de síntomas psicológicos. A modo de factor de protección, la religiosidad puede proveer a las personas de recursos psicológicos como afrontamiento ante circunstancias de la vida y autocontrol, así como también apoyo social (Marks, 2008). Una religiosidad equilibrada, bien enfocada y sin distinción de credo, puede aportar para el bienestar de cualquier individuo, aun así se distingue que existen muchos otros elementos en el diario vivir que pueden influir en la salud mental.

A modo de contraste, en los antecedentes de este proyecto de investigación se toma en cuenta los resultados de los estudios de Zuckerman (2007), en los que refiere que los

países que son seculares tienen mayor desarrollo y bienestar humano, a diferencia de los países más religiosos. Dichos resultados podría crear dudas sobre aquellos obtenidos en el presente estudio; sin embargo, existe una gran diferencia entre la población de ambos estudios, en el presente se trata de estudiantes universitarios, una población focalizada con menor cantidad de variables circundantes; mientras que en las investigaciones de Zuckerman se habla de naciones, mismas que mantienen una cantidad incontable de variables que pueden influir en los resultados.

De modo similar a los resultados de este proyecto, en estudios como el de Amrai *et al.* (2011) se encontró que existe una correlación alta negativa entre la orientación religiosa (religiosidad) y la ansiedad y la depresión, a mayor orientación religiosa se reducían los niveles de ansiedad y depresión. Los autores aclaran que estos resultados son netamente dentro de un contexto musulmán y que es necesario extenderlo a otras religiones y medios culturales. Por otra parte, Francis, Robbins, Lewis, Quigley y Wheeler (2004) encontraron que una actitud positiva hacia el cristianismo tiene correlación con mayores niveles de salud general auto reportada.

A continuación se presenta el modelo explicativo de los resultados obtenidos a través de los análisis estadísticos que se presentaron previamente (ver figura 4.4).

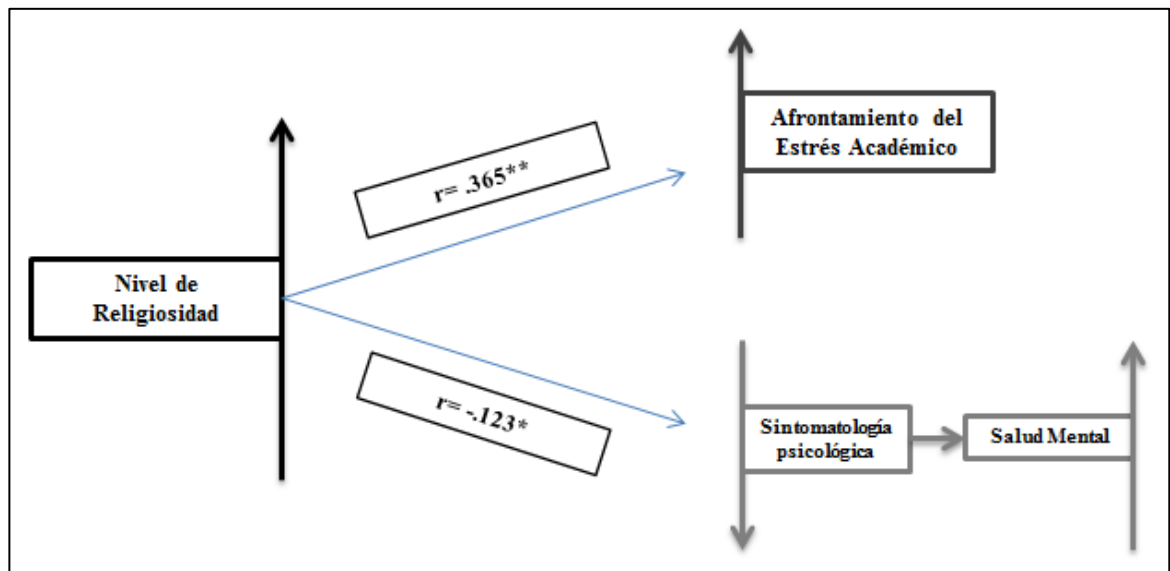


Figura 4.4. Modelo explicativo de la religiosidad y salud mental y afrontamiento del estrés académico

El modelo explicativo que presenta la figura 4.4 sugiere que a mayor nivel de religiosidad potencialmente habrá menor presencia de sintomatología psicológica, por ende mayor nivel de salud mental. A la vez, refiere que la religiosidad provee o refuerza las estrategias de afrontamiento del estrés académico.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

A través de la elaboración del presente proyecto de investigación y de los análisis estadísticos realizados se ha podido llegar a las siguientes conclusiones.

- La salud mental es el consciente bienestar individual que provee de las herramientas para lidiar con la vida diaria y que se proyecta a la comunidad. Por otra parte, la religiosidad es la forma en cómo las personas llevan sus creencias y comportamientos religiosos en el día a día. Justamente en el punto de la cotidianidad es que estas dos variables se conjugan, en este caso particular, en el ámbito académico de estudiantes universitarios, donde también entra en juego el estrés académico y su correspondiente afrontamiento, que vienen a formar parte del desarrollo profesional en cualquier campo, dadas las exigencias que toda actividad demanda.
- Se encontró que el 40,4% de participantes tienen un nivel medio de religiosidad, lo que quiere decir que este grupo de participantes mantienen prácticas religiosas inconstantes, pero consideran a la religión lo suficientemente importante en sus

vidas. El 31,7% de participantes tiene un nivel bajo de religiosidad, lo que sugiere que para este grupo la religión no es importante en sus vidas y tienen ninguna o pocas prácticas religiosas. Finalmente, el 27,9% de participantes presentan un nivel alto de religiosidad, lo que significa que este grupo mantiene su fe y sus prácticas religiosas como parte de sus valores más importantes y dedican tiempo a los mismos.

- En la evaluación de síntomas sub-clínicos a través del SCL90-R se pudo identificar que existe predominancia de somatizaciones ($m= 1,21$), ansiedad fóbica ($m= 0,98$) y de psicotismo ($m= 1,23$). El índice global ($m= 1,20$) no superan el punto de corte establecido, por lo que los resultados se consideran como referencia de la presencia de sintomatología sub-clínica en los participantes.
- Respecto del afrontamiento del estrés académico se encontró que cada una de las estrategias de afrontamiento que evalúa la escala utilizada en el estudio tienen una correlación positiva estadísticamente significativa: reevaluación positiva $r= .349$, $p<0,01$; búsqueda de apoyo $r= .387$, $p<0,01$; planificación $r= .268$, $p<0,01$. De estas correlaciones se distingue la más alta, puesto que es uno de los comportamientos religiosos más comunes, la búsqueda de apoyo, ya sea en Dios, la religión o en otras personas.

- A partir del análisis estadístico de los resultados de las variables, se encontró que sí existe una correlación negativa significativa ($r = -.123$, $p < 0,05$; $R^2 = .015$) entre los resultados del inventario de síntomas SCL90-R y el índice general de religiosidad. De modo paralelo, se pudo identificar que existe una correlación muy significativa y de mayor proporción que la anterior ($r = .365$, $p < 0,01$; $R^2 = .113$) entre el índice general de religiosidad y la escala de afrontamiento del estrés académico (A-CEA).
- A través del modelo explicativo propuesto se estipula que tener un mayor nivel de religiosidad aporta a mantener un mejor nivel de salud mental, o que serviría como recurso contra la sintomatología psicológica, tanto para evitarla como para superarla. De modo adicional, por los hallazgos obtenidos paralelamente a los resultados centrales de este proyecto, el modelo también sugiere que a mayor nivel de religiosidad puede existir mayor cantidad y/o calidad de estrategias de afrontamiento del estrés académico.
- En base al coeficiente de determinación $r = -.123$, $p < 0,05$; $R^2 = .015$. se establece que la religiosidad incide en un 1,5% en la salud mental de los estudiantes universitarios de la PUCE-A, pero se establece que es un factor poco determinante.

5.2. Recomendaciones

- Existen múltiples estudios que involucran a la religiosidad en relación de la salud mental en diversas partes del mundo, pero no en nuestro medio, a la vez que los resultados son muy diversos, por lo que sería necesario ampliar este estudio considerando una muestra más amplia o tomar una muestra de la ciudadanía en general para definir el grado de influencia que tiene la religiosidad o la religión en la salud mental de las personas.
- Adicionalmente, podría resultar enriquecedor esclarecer si existe diferencias significativas entre la religiosidad de los practicantes de diferentes religiones, dado que la naturaleza de la universidad, católica, creaba un sesgo respecto del dato mencionado.
- Gracias a los resultados significativos e inesperados entre la religiosidad y el afrontamiento del estrés académico se recomienda que se realicen estudios alrededor de dichas variables, ya que potencialmente podría aportar con información importante sobre formas en que los estudiantes podrían afrontar los diferentes problemas que encuentran en el día a día durante su proceso de instrucción superior.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahmadi, V., Davoudi, I., Mardani, M., Ghazaei, M., & ZareZadegan, B. (2013). The Relationship among Moral Development, Religiosity and Religious Orientation in Students. *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, 84, 674-678.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Amrai, K., Zalani, H., Arfai, F., & Sharifian, M. (2011). The Relationship Between the Religious Orientation and Anxiety and Depression of Students. *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, 15, 613-616. Recuperado de <https://goo.gl/2sz2i9>
- Barraza, A. (2006). Un Modelo Conceptual para el Estudio del Estrés Académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 3 (9), 110-129. Recuperado de: <https://goo.gl/5gwjcH>
- Berkman, L., & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. En L. Berkman, & I. Kawachi, *Social epidemiology* (págs. 137-173). New York: Oxford University Press.
- Berrío, N., & Mazo, R. (2011). Estrés Académico. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquía*, 2 (3), 65-82. Recuperado de <https://goo.gl/re9Cwf>
- Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., & Freire, C. (2010). Escala de Afrontamiento del Estrés Académico. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1 (1), 51-64. Recuperado de <https://goo.gl/iitXHG>
- Cardona, M., Chiner, E., & Lattur, M. (2011). *Diagnóstico Psicopedagógico*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Carranza, V. (2002). El Concepto de Salud Mental en Psicología Humanista Existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*, 1 (1), 1-19.

- Charcot, J.-M. (2011). La Fe que Cura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 77 (21), 99-111. Recuperado de <https://goo.gl/Arz46v>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 676-684.
- De la Torre, R. (2013). La Religiosidad Popular. *Ponto Urbe*, 1-24. DOI: 10.4000/ponto urbe.581
- Fonseca-Pedrero, E., Santarén-Rosell, M., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Sierra-Baigrie, S., & Muñiz, J. (2011). Síntomas Psicóticos Subclínicos en Población General Adolescente. *Actas Esp Psiquiatr*, 39 (3), 155-162. Recuperado de <https://medes.com/publication/66239>
- Francis, L., Robbins, M., Lewis, C., Quigley, C., & Wheeler, C. (2004). Religiosity and General Health among Undergraduate Students: a response to O'Connor, Cobb, and O'Connor (2003). *Elsevier*, 485-494.
- Fromm, E. (1976) Psicoanálisis y religión Editorial Psique. Buenos Aires
- Gilligan, C. (1994). *La Moral y la Teoría: Psicología del Desarrollo Femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Granados, G., & Sánchez, M. (2011). *Enfermería en Salud Mental*. Madrid: Editorial Universitaria Ramon Areces.
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Guimón, J. (2009). Religión y Psicoanálisis: De la Sociogénesis al Condicionamiento Biológico. *Norte de Salud Mental*, 34. 65-74. Recuperado de <https://docgo.org/psicoanalisis-y-religion>
- Hosseinkhazadeh, A., Yeganez, T., & Mojallal, M. (2013). The Relationship of the Religious Orientation and Attitudes with Self-Control among Students. *Procedia – Social and Behavioural Sciences*, 15. 759-762. Recuperado de <https://goo.gl/khuaT9>

- INEC. (2012). Estadística Demográfica en el Ecuador. Quito: INEC.
- INEC. (2012). Primeras Estadísticas Oficiales sobre Filiación Religiosa en el Ecuador. Quito: INEC.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Lledó, J. L. (2009). *La Exploración Psicodinámica en Salud Mental*. San Vicente: Club Universitario.
- López, E., Guevara, V., & Quinteros, D. (2016). Religiosidad y Resiliencia en Estudiantes de Psicología de una Universidad Privada de Lima Este. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 2 (9), 26-31. Recuperado de <https://goo.gl/SSL1Bg>
- Marks, L. (2008). Prayer and Marital Intervention: Asking for Divine Help ... or Professional Trouble? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 678-685.
- Martín, I. (2007). Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. *Apuntes de Psicología*, 1 (25), 87-99. Recuperado de <https://goo.gl/x9FsCC>
- Martínez-Taboas, A., Varas-Díaz, N., López-Garay, D., & Hernández-Pereira, L. (2011). Lo que todo Practicante de la Psicología debe saber sobre las Personas Ateas y el Ateísmo. *Revista Interamericana de Psicología*, 2 (45), 203-210. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/284/28422741011/>
- Mayorga, M. (2014). Sintomatología Sub-Clínica y el Rendimiento Académico del Estudiantado que presenta Índice Promedial Condicionado: Caso PUCESA. (Tesis de Maestría). Recuperada de <https://goo.gl/3PF21L>
- Merino, S. (2010). Religious Diversity in a “Christian Nation”: The Effects of Theological Exclusivity and Interreligious Contact on the Acceptance of Religious Diversity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 49 (2), 231–246. Recuperado de: <https://goo.gl/7YDucL>

- Moltafeta, G., Mazidib, M., & Sadatic, S. (2010). Personality Traits, Religious Orientation and Happiness. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, (9), 63-69.
- Montgomery, M., & Coté, J. (2008). College as a Transition to Adulthood. *Blackwell Handbook of Adolescence*, 149 - 172.
- Montoya, L., Gutiérrez, J., Toro, B., Briñon, M., Restrepo, E., & Salazar, L. (2010). Depresión en Estudiantes Universitarios y su Asociación con el Estrés Académico. *Rev. CES Med.*, 1 (24), 7-17.
- Moscoso, M. (1998). Estrés, salud y emociones: Estudio de la Ansiedad, Cólera y Hostilidad. *Revista de Psicología*, 3 (3), 47-48. Recuperado de <https://goo.gl/EhE6gW>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Investigaciones para una Cobertura Sanitaria Universal*. Luxemburgo: OMS.
- Paloutzian, R., & Park, C. (2014). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: Guilford Publications.
- Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México D.F.: McGraw Hill.
- Paragament, K., Koenig, H., y Perez, L. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 4 (56), 519-543.
- Pargament, K., & Lomax, J. (2013). Understanding and Addressing Religion among People with Mental Illness. *World Psychiatry*, 12 (1), 26-32. Recuperado de <https://goo.gl/9SmDER>
- Pargament, K., Murray-Swank, N., & Tarakeshwar, N. (2005). An Empirically-Based Rationale for a Spiritually-Integrated Psychotherapy. *Journal of Mental Health, Religion & Culture*, 155-165.

- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
- Rivera Ledesma, A., & Montero López Lena, M. (2007). Medidas de Afrontamiento Religioso y Espiritualidad en Adultos Mayores Mexicanos. *Salud Mental*, 1 (30), 39-47. Recuperado de <https://goo.gl/bo1MVK>
- Robles, J., Andreu, J., & Peña, M. E. (2002). Aplicación y Análisis de sus Propiedades Psicométricas en una Muestra de Sujetos Clínicos Españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1 (2), 5-19. Recuperado de <https://goo.gl/9bmdM5>
- Rosales, Ma. Guadalupe y Schinelli, Federico (2011). *Religión y salud mental: diagnóstico, investigaciones y tratamientos*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Sánchez, Ó., Martín, R., Méndez, F., Corbalána, F., & Limiñana, R. (2010). Relación entre Optimismo, Creatividad y Síntomas Psicopatológicos, en Estudiantes Universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 1151-1178.
- Segal, R. (2010). Jung as Psychologist of Religion and Jung as Philosopher of Religion. *Journal of Analytical Psychology*, 3 (55), 361-384. Recuperado de <https://goo.gl/DRSpwY>
- Serrano, M. I. (2002). *La Educación para la Salud Del Siglo XXI: Comunicación y Salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Shaughnessy, J., Zechmeister, E., y Zechmeister, J. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Schiller de Kohn, V. (2006). *Terapia Iniciática: Hacia el Núcleo Sagrado*. Quito: Editorial Ecuador.

- Schulenberg, J., & Zarrett, N. (2006). Mental Health During Emerging Adulthood: Continuity and Discontinuity in Courses, Causes, and Functions. *Emerging Adults in America: Coming of Age in the 21st Century*, 135-172.
- Taylor, C. (2003). *Varieties of Religion Today: William James Revisited*. Cambridge, MS: Harvard University Press.
- Valiente-Barroso, C., & García-García, E. (2010). La Religiosidad como Factor Promotor de Salud y Bienestar para un Modelo Multidisciplinar de Atención Psicogeriátrica. *Psicogeriatría*, 153-165.
- Yuni, J., & Urbano, C. (2006). *Técnicas Para Investigar 2*. Córdoba: Brujas.
- Zuckerman, P. (2007). Atheism: Contemporary numbers and patterns. *Cambridge companions to philosophy. The Cambridge companion to atheism*, 47-65.

ANEXOS

A continuación se presentan los reactivos que fueron aplicados en su versión de documento de *Word*, ya que la aplicación fue realizada de manera virtual a través de documentos de *Google*.

Anexo #1

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como parte del proyecto de titulación: “Salud Mental y Religiosidad en Estudiantes Universitarios. Caso PUCESA” que está realizando el señor Fabián Eduardo Sevilla Luzuriaga, estudiante de la carrera de Psicología Clínica y está siendo guiada por la Magister Isabel Ramos, docente de la escuela de Psicología de la misma Universidad, solicitamos su colaboración en dicho proyecto.

El objetivo de la investigación es explorar los niveles de salud mental y los niveles de religiosidad que tienen los estudiantes de pregrado de la PUCESA, con el propósito de identificar si existe una relación entre estas dos variables, de modo que se vea afectado el desempeño académico de los estudiantes, ya sea de modo positivo o negativo; así como también el bienestar general de esta misma población. Por esta razón, se espera contar con el apoyo voluntario y sin recompensa material de distintos estudiantes de las diferentes carreras de la universidad.

El presente estudio consta de la realización de una serie de cuestionarios que incluyen diversas preguntas respecto a los niveles de religiosidad, salud mental y afrontamiento académico. Se estima que requerirá un máximo de 20 minutos.

Es pertinente señalar que toda la información que se consiga será utilizada únicamente para la obtención de los objetivos de la investigación, garantizando la absoluta confidencialidad de los datos de los participantes en el estudio. Este estudio es de carácter anónimo y no se preguntará por nombres de los participantes. Por este motivo, se informa que:

- Las respuestas obtenidas de los cuestionarios se almacenarán en un archivo de datos identificados con códigos alfa-numéricos, sin conocer la identidad de las personas encuestadas. Dicho archivo quedará bajo la custodia y responsabilidad del investigador del estudio.
- Por lo tanto, ninguna información recabada será facilitada a personas u organizaciones externas, que no formen parte del equipo de investigación.

Cabe mencionar que la participación es voluntaria, por lo que, si él o la participante se siente incómodo/a durante el transcurso del cuestionario, es libre en abandonar su participación si así lo considera. El equipo investigativo responsable, garantiza que su participación no generará perjuicio alguno para usted; por el contrario, su aporte

contribuirá al planteamiento de lineamientos para la búsqueda más efectiva del bienestar y del desempeño académico.

No dude en realizar las preguntas necesarias que considere oportunas. Si desea, puede contactarse por correo electrónico con el responsable de la investigación Fabián Eduardo Sevilla Luzuriaga (fabian.e.sevilla.l@pucesa.edu.ec). Si está Ud. de acuerdo, puede copiar y conservar la información provista en este documento, por si desea ponerse en contacto en algún momento con los responsables del proyecto. Para dejar constancia de que ha sido debidamente informado/a y que acepta las condiciones de la investigación en curso señale en la primera pregunta la opción “ACEPTAR” y continúe.

Gracias por su colaboración.

Anexo #2

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

ESTUDIO SOBRE SALUD MENTAL Y RELIGIOSIDAD

A continuación, se le presentan una serie de preguntas que buscan conocer aspectos vinculados a la **salud mental y la religiosidad**. Su participación voluntaria y desinteresada será de gran ayuda para la culminación de la investigación y obtención de resultados benéficos para toda la comunidad.

Por favor, conteste a todas las preguntas: no hay respuestas correctas ni incorrectas. Este cuestionario es anónimo. Sin embargo, es importante que conteste con la máxima sinceridad.

Cuestionario Salud Mental y Religiosidad				
1. Lugar de nacimiento:				
2. Sexo: Mujer () Hombre ()				
3. Edad:				
5. Estado Civil: Soltero/a () Casado/a () Divorciado/a () Viudo/a ()				
6. Número de hijos:				
7. Carrera que estudia: Psicología Clínica () Psicología Organizacional () Ingeniería en Diseño Industrial () Licenciatura en Diseño de Productos () Ingeniería en Sistemas () Jurisprudencia () Licenciatura en Administración de Empresas () Ingeniería en Contabilidad y Auditoría () Ingeniería Comercial () Nivel:				
8. Situación laboral: Sólo estudio () Estudio y trabajo para pagar la carrera () Estudio y trabajo para gastos ()				
9. ¿En qué quintil socioeconómico sitúa a su familia? (Quintil = Estrato socioeconómico) Extrema Pobreza () Pobreza () Nivel Medio () Nivel Medio Alto () Riqueza ()				
10. ¿A qué clase social considera usted que pertenece? Baja () Media baja () Media () Media Alta () Alta ()				
11. ¿Cuál es el nivel de satisfacción que tiene con su carrera? Baja () Media baja () Media () Media Alta () Alta ()				
12. ¿Cuál es el nivel de satisfacción que tiene con la PUCESA? Baja () Media baja () Media () Media Alta () Alta ()				
13. ¿Has pensado en abandonar la carrera? Nunca () Rara vez () Algunas veces () Casi siempre () Siempre ()				

<p>14. ¿Qué motivos le llevarían a abandonar la carrera? <i>(puede marcar más de una alternativa)</i></p> <p>a. Motivos económicos ()</p> <p>b. No cumple mis expectativas ()</p> <p>c. La carrera no tiene campo laboral ()</p> <p>d. La carrera implica mucho estrés y esfuerzo ()</p> <p>e. La carrera no cuenta con la infraestructura adecuada (laboratorios, etc) ()</p> <p>f. Preferiría estudiar la misma carrera en otra universidad ()</p>
<p>15. ¿Pertenece a alguna religión?</p> <p>Sí () ¿Cuál?.....</p> <p>No ()</p>
<p>16. Tipo de familia de origen: ? <i>(Seleccione solamente una opción)</i></p> <p>Nuclear (padre y madre) () Monoparental (Sólo la madre o sólo el padre) () Extendida (Abuelos o tíos) ()</p> <p>Ensamblada (Madrastra o padrastro) ()</p>
<p>17. ¿Su familia de origen pertenece a alguna religión? <i>(Si la respuesta es No, pase a la pregunta 20)</i></p> <p>Sí () ¿Cuál?.....</p> <p>No ()</p>
<p>18. Seleccione la práctica o los rituales religiosos en los que participa su familia: <i>(puede seleccionar más de una alternativa)</i></p> <p>a. Misa o celebración religiosa ()</p> <p>b. Guardar un día ()</p> <p>c. Rezar u orar antes de la comida ()</p> <p>d. Recibir y celebrar sacramentos o iniciaciones ()</p>
<p>19. ¿Con qué frecuencia asiste su familia a templos, iglesias, otros?</p> <p>Nunca () Una vez al mes () Dos veces al mes () Todos los fines de semana () Varias veces a la semana ()</p>
<p>20. ¿Ha cambiado de religión alguna vez?</p> <p>Sí () No ()</p>
<p>21. ¿Usted mantiene la misma religión que su familia?</p> <p>Sí () No ()</p>
<p>22. Seleccione los rituales religiosos en los que usted participa: <i>(puede seleccionar más de una alternativa)</i></p> <p>a. Misa o celebración religiosa ()</p> <p>b. Guardar un día ()</p> <p>c. Rezar u orar antes de la comida ()</p> <p>d. Rezar u orar antes de dormir ()</p> <p>e. Santiguarse, rezar u orar antes de alguna actividad estresante (examen, partido de fútbol, viaje, etc.) ()</p>
<p>23. ¿Con qué frecuencia asiste a templos, iglesias, otros?</p> <p>Nunca () Una vez al mes () Dos veces al mes () Todos los fines de semana () Varias veces a la semana ()</p>
<p>24. Señale la importancia que tiene la religión en su vida</p> <p>Baja () Media baja () Media () Media Alta () Alta ()</p>
<p>25. Señale el desempeño académico que tiene respecto de resultados (notas)</p> <p>Pésimo () Malo () Regular () Bueno () Excelente ()</p>
<p>26. Señale la importancia que tiene el éxito académico en su vida</p> <p>Baja () Media baja () Media () Media Alta () Alta ()</p>

Anexo #3

1. Escala I:

Recuerde una situación que haya sido problemática, bastante compleja de resolver, de alto estrés o traumática que haya vivido. Piense en esa situación durante 30 segundos y a continuación, responda las siguientes preguntas:

	Nunca hago eso	Algunas veces hago eso	Muchas veces hago eso	Siempre hago eso
1. Supuse que mi iglesia me había abandonado	0	1	2	3
2. Traté de comprender que Dios me fortalecía a través de esa situación.	0	1	2	3
3. Puse en entredicho el poder de Dios.	0	1	2	3
4. Junto con Dios, traté de llevar a cabo mis planes.	0	1	2	3
5. Busqué la ayuda de Dios para poder olvidar mi enojo	0	1	2	3
6. Busqué el amor y el cuidado de Dios	0	1	2	3
7. Pedí perdón por mis pecados	0	1	2	3
8. Me sentí castigado por Dios por mi falta de devoción.	0	1	2	3
9. Puse en entredicho el amor de Dios por mí.	0	1	2	3
10. Me enfoqué en la religión para dejar de preocuparme por mis problemas	0	1	2	3
11. Me pregunté que hice para que Dios me castigara así.	0	1	2	3
12. Supuse que Dios me había abandonado	0	1	2	3
13. Me sentí convencido de que el diablo había hecho que eso pasaría.	0	1	2	3
14. Busqué una cercanía más fuerte con Dios	0	1	2	3

Anexo #4

Escala II: ¿Cuándo usted se siente solo, sin apoyo u orientación...

	Nunca hago eso	Algunas veces hago eso	Muchas veces hago eso	Siempre hago eso
1. ...trata de encontrar consuelo en su religión?	0	1	2	3
2. ...hace más oración o reza con mas más fervor?	0	1	2	3
3. ...le entrega a Dios su soledad?	0	1	2	3
4. ...busca la guía de su religión?	0	1	2	3
5. ...busca la ayuda de Dios?	0	1	2	3
6. ...pone su confianza en Dios?	0	1	2	3

Anexo #5

Escala III: A continuación, se le pregunta si presenta un comportamiento religioso en su vida. Por favor, responda si está de acuerdo o no con los siguientes enunciados:

	Extremadamente en desacuerdo	Desacuerdo	En desacuerdo más que de acuerdo	De acuerdo más que en desacuerdo	De acuerdo	Extremadamente de acuerdo
1. Encuentro satisfacción en orar o rezar en privado	1	2	3	4	5	6
2. Creo que Dios me ama y cuida de mí.	1	2	3	4	5	6
3. Creo que la relación con Dios es impersonal, de tal forma que le tiene sin cuidado las situaciones que vivo a diario.	1	2	3	4	5	6
4. Tengo una relación personal significativa con Dios	1	2	3	4	5	6
5. Me siento bien de saber que Dios dirige mi vida	1	2	3	4	5	6
6. Creo que Dios está interesado en mis problemas.	1	2	3	4	5	6
7. Mi relación con Dios es poco satisfactoria.	1	2	3	4	5	6
8. Mi relación con Dios me ayuda a no sentirme solo (a).	1	2	3	4	5	6
9. Me siento completamente satisfecho(a) cuando estoy en comunión con Dios.	1	2	3	4	5	6
10. Mi relación con Dios contribuye a mi sensación de bienestar	1	2	3	4	5	6
11. Creo que Dios tiene un propósito especial para mi vida.	1	2	3	4	5	6

Anexo #6

Escala IV: A continuación, se presenta algunas de las cosas que hacemos y pensamos las personas cuando nos enfrentamos a una situación que provoca ansiedad y estrés. Lea detenidamente cada afirmación e indique en qué medida usted se comporta de los modos planteados cuando se enfrenta a una situación problemática.

	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1. Cuando me enfrento a una situación problemática, olvido los aspectos desagradables y resalto los positivos.	1	2	3	4	5
2. Cuando me enfrento a una situación problemática, expreso mis opiniones y busco apoyo.	1	2	3	4	5
3. Cuando me enfrento a una situación problemática, priorizo las tareas y organizo el tiempo.	1	2	3	4	5
4. Cuando me enfrento a una situación problemática durante los exámenes, procuro pensar que soy capaz de hacer las cosas bien por mí mismo.	1	2	3	4	5
5. Cuando me enfrento a una situación problemática, pido consejo a un familiar o aun amigo a quien aprecio.	1	2	3	4	5
6. Cuando me enfrento a una situación problemática mientras estoy preparando los exámenes, planifico detalladamente cómo estudiar el examen.	1	2	3	4	5
7. Cuando me enfrento a una dificultad mientras estoy preparando los exámenes, procuro pensar en positivo.	1	2	3	4	5
8. Cuando me enfrento a una situación difícil, hablo los problemas con otros.	1	2	3	4	5
9. Cuando me enfrento a una situación problemática, elaboro un plan de acción y lo sigo.	1	2	3	4	5
10. Cuando me enfrento a una situación problemática, no permito que el problema me supere; procuro darme un plazo para solucionarlo.	1	2	3	4	5
11. Cuando me enfrento a una situación problemática, hablo sobre las situaciones estresantes con mi pareja, mi familia o amigos.	1	2	3	4	5
12. Cuando me enfrento a una situación problemática mientras estoy preparando los exámenes, me centro en lo que necesito para obtener los mejores resultados.	1	2	3	4	5
13. Cuando me enfrento a una situación problemática, pienso objetivamente sobre la situación e intento tener mis emociones bajo control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me enfrento a una situación problemática, busco consejo y solicito ayuda a otras personas.	1	2	3	4	5
15. Cuando me enfrento a una situación problemática, organizo los recursos personales que tengo para afrontar la situación.	1	2	3	4	5
16. Cuando me enfrento a una situación complicada, en general procuro no darle importancia a los problemas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me enfrento a una situación problemática, manifiesto mis sentimientos y opiniones.	1	2	3	4	5
18. Cuando me enfrento a una situación problemática, como en los exámenes suelo pensar que me saldrán bien.	1	2	3	4	5
19. Cuando me enfrento a una situación difícil, hago una lista de las tareas que tengo que hacer, las hago una a una y no paso a la	1	2	3	4	5

siguiente hasta que no he finalizado la anterior.					
20. Cuando me enfrento a una situación problemática la noche antes del examen, trato de pensar que estoy preparado para realizarlos bien.	1	2	3	4	5
21. Cuando me enfrento a una situación problemática, hablo con alguien para saber más de la situación.	1	2	3	4	5
22. Cuando me enfrento a un problema, como sentir ansiedad durante el examen, trato de verlo como algo lógico y normal de la situación.	1	2	3	4	5
23. Cuando me enfrento a una situación problemática, cambio algunas cosas para obtener buenos resultados.	1	2	3	4	5

Anexo #7

Escala V: Lea atentamente la lista que presentamos en las páginas siguientes. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

Elija el cero (0) si no ha tenido esa molestia en absoluto; el uno (1) si la ha tenido un poco presente; el dos (2) si la ha tenido moderadamente; el tres (3) si la ha tenido bastante y el cuatro (4) si la ha tenido mucho o extremadamente.

HASTA QUE PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA				
0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente

1. Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4. Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5. Pérdida de deseo o placer sexual	0	1	2	3	4
6. Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9. La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización.	0	1	2	3	4
11. Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12. Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14. Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15. Pensamientos suicidas o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17. Temblores	0	1	2	3	4
18. La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19. Falta de apetito	0	1	2	3	4
20. Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22. La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23. Tener miedo de repente o sin razón	0	1	2	3	4

24. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
26. Culparse a sí mismo/a de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27. Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28. Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	0	1	2	3	4
29. Sentirse solo	0	1	2	3	4
30. Sentirse triste	0	1	2	3	4
31. Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32. No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33. Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35. La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pasando.	0	1	2	3	4
36. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
39. Que su corazón palpita o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40. Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42. Dolores musculares	0	1	2	3	4
43. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted.	0	1	2	3	4
44. Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46. Dificultad en tomar decisiones	0	1	2	3	4
47. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48. Ahogos o dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49. Escalofríos, sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.	0	1	2	3	4
51. Que se le quede la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53. Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55. Tener dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57. Sentirse tenso o con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59. Ideas sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60. El comer demasiado	0	1	2	3	4
61. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son suyos.	0	1	2	3	4
63. Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64. Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65. Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66. Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67. Tener ganas de romper o estrellar algo	0	1	2	3	4
68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69. Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas	0	1	2	3	4
70. Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4

73. Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75. Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos	0	1	2	3	4
77. Sentirse solo aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79. La sensación de ser inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
80. Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82. Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera	0	1	2	3	4
84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85. La idea de que debería ser castigado por sus pecados o errores.	0	1	2	3	4
86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.	0	1	2	3	4
88. Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpabilidad	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo anda mal en su mente.	0	1	2	3	4