



Religión, espiritualidad y salud: comprobación de un modelo explicativo en una muestra de pacientes oncológicos

Religion, spirituality and health: testing an explanatory model in a sample of oncology patients

Autor: David Almaraz Morocho

Tutor: Jesús Saiz Galdós

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología Social

Universidad Complutense de Madrid

Curso Académico 2020-2021

ÍNDICE.

Resumen.....	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Psicología y cáncer: una breve contextualización.....	4
1.2. Afrontamiento: definiciones y estrategias	5
1.3. El afrontamiento religioso	6
1.4. Algunos conceptos clave: religión, religiosidad y espiritualidad	9
1.5. Perspectivas psicológicas y modelos en el estudio de la religión, la espiritualidad y la religiosidad	11
1.5.1. Psicología de la Religión.....	11
1.6. Perspectivas sociológicas en el estudio de la religión, la espiritualidad y la religiosidad	12
1.7. Perspectivas desde la Psicología Social en el estudio de la religión, la espiritualidad y la religiosidad	14
1.7.1. La Psicología Social de la Religión de Argyle y Beit-Hallahmi.....	14
1.7.2. La perspectiva psicosocial de Batson, Schoenrade y Ventis.....	16
1.7.3. Psicología Social de la Religión en España: la figura de Martín-Baró.....	17
1.8. Estudios sobre religión, espiritualidad y salud	19
1.8.1. Religión y espiritualidad en el marco de la salud mental	19
1.8.2. La relación entre la religión, la espiritualidad y la salud física: introducción al modelo de Koenig	21
1.8.3. La relación entre la religión, la espiritualidad y la salud física: los modelos de Koenig y el caso del cáncer	24
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	29
3. METODOLOGÍA.....	30
3.1. Participantes.....	30
3.2. Instrumentos	30
3.2.1. Características sociodemográficas.....	30
3.2.2. Escala de Confianza/Desconfianza en Dios	30
3.2.3. El valor de Dios.....	31
3.2.4. Escala Brief-RCOPE.....	31
3.2.5. Escala de Compasión hacia Otros	31
3.2.6. Cuestionario de gratitud (GQ-6).....	32

3.2.7. Escala PANAS.....	32
3.2.8. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS)	32
3.2.9. Cuestionario de Salud SF-36.....	32
3.2.10. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida	33
3.3. Procedimiento	33
3.4. Análisis de datos	34
4. RESULTADOS	35
4.1. Descripción de la muestra.....	35
4.2. Validación de la Escala de Confianza/Desconfianza en Dios	36
4.3. Análisis de correlación de las variables	37
4.4. Análisis de regresión de las variables	40
5. DISCUSIÓN.....	44
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
ANEXOS.....	60
Anexo 1. Cuestionario.....	60

Resumen

El objetivo principal de esta investigación fue comprobar un modelo explicativo que establece relaciones entre la religión, la espiritualidad y la salud física, a través de una serie de variables. Además, se quiso examinar la influencia que ejercen algunas variables sociodemográficas sobre dicha relación. Se contó con la participación de 178 pacientes oncológicos, quienes respondieron a un cuestionario formado por diferentes ítems relativos a todas las variables medidas: variables sociodemográficas, apego a Dios, afrontamiento religioso, gratitud, compasión, emociones positivas, emociones negativas, apoyo social, estilo de vida y salud percibida. Los resultados muestran que existen relaciones significativas entre las variables, de forma que los sujetos que puntúan más alto en apego positivo a Dios, obtienen mayor puntuación en afrontamiento religioso positivo y, a su vez, muestran mayor nivel de gratitud y compasión. Además, las puntuaciones más altas en estas últimas variables se han relacionado con mayores puntuaciones en emociones positivas y apoyo social y menores puntuaciones en emociones negativas. Así, estas tres últimas variables se han relacionado con puntuaciones más altas en salud percibida. Se ha observado cierta influencia de las variables sociodemográficas y el estilo de vida, si bien esta no ha sido tan fuerte como se esperaba. Igualmente se han obtenido modelos explicativos para todas las variables mencionadas, de forma que, interpretándolos con prudencia, nuestros resultados apoyan el modelo para explicar los efectos que la religión y la espiritualidad ejercen sobre la salud física.

Palabras clave: religión, religiosidad, espiritualidad, salud, psicología.

Abstract

The main objective of this research was to test an explanatory model that establishes relationships between religion, spirituality and physical health, through a series of variables. In addition, we wanted to examine the influence of some socio-demographic variables on this relationship. A total of 178 oncology patients participated and answered a questionnaire consisting of different items relating to all the variables measured: sociodemographic variables, attachment to God, religious coping, gratitude, compassion, positive emotions, negative emotions, social support, lifestyle, and perceived health. The results show that there are significant relationships between the variables, so that subjects who score higher on positive attachment to God score higher on positive religious coping and, in turn, show higher levels of gratitude and compassion. In addition, higher scores on the latter variables have been related to higher scores on positive emotions and social support and lower scores on negative emotions. Thus, the latter three variables have been related to higher scores on perceived health. Some influence of socio-demographic variables and lifestyle has been observed, although this has not been as strong as expected. Explanatory models have also been obtained for all the variables mentioned, so that, interpreted with caution, our results support the model for explaining the effects of religion and spirituality on physical health.

Keywords: religion, religiosity, spirituality, health, psychology.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Psicología y cáncer: una breve contextualización

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbi-mortalidad del mundo, con aproximadamente 18,1 millones de casos nuevos en el mundo en el año 2018 (Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2020). Y a largo plazo las previsiones no son alentadoras: las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos aumentará en las dos próximas décadas hasta 29,5 millones al año en 2040 (SEOM, 2020).

En España las cifras tampoco son esperanzadoras puesto que, como expone la SEOM (2020), se espera que en el año 2020 el número de cánceres diagnosticados sea de 277.394, una cifra muy similar a la de 2019.

Tal y como exponen Ortiz et al. (2014), el tratamiento médico del cáncer depende en gran parte de la localización y del grado de avance en el que se encuentra la enfermedad, existiendo así diferentes formas de tratamiento, como son la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia.

Pero en este trabajo no se va a poner el foco en el área médica, sino que nos va a interesar la parte más psicosocial de la enfermedad. Y es que toda enfermedad, incluido el cáncer, conlleva una serie de aspectos psicológicos y sociales que están presentes durante todo el proceso de la enfermedad y que tienen un papel relevante dentro de dicho proceso.

Fue en la década de 1970 cuando se encontraron varios factores que contribuyeron a un mayor interés en los aspectos psicosociales del cáncer:

En primer lugar, se produjo un cambio en la actitud hacia el cáncer debido a que dejó de verse como una enfermedad necesariamente mortal. Al mejorar el pronóstico aumentó el optimismo en la población y permitió que el diagnóstico de cáncer fuera revelado más frecuentemente. En segundo lugar, se realizó un esfuerzo para ofrecer un cuidado más humano y espiritual a las personas con cáncer terminal gracias al inicio del hospicio como un movimiento en expansión, y, en tercer lugar, se comenzó a reconocer que determinadas variables psicológicas y del estilo de vida de las personas constituían factores de riesgo para el origen y desarrollo del cáncer. (Rivero et al., 2008, p. 172)

De esta forma, como muestran Rivero et al. (2008), se comenzó a reconocer que los factores psicológicos (cognitivos, emocionales y motivacionales) son producto de la historia individual de cada persona y del contexto sociocultural en el que ésta se desenvuelve e influyen tanto en el proceso de enfermar humano como en la prevención de los trastornos y enfermedades, a la vez que en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud. Así, las variables psicológicas tienen su incidencia en la enfermedad, al igual que la enfermedad tiene sus repercusiones en el ámbito psicológico.

En este punto, es necesario hacer alusión a una disciplina como es la psicooncología, la cual se ha dedicado al estudio de los factores psicológicos que se asocian con el origen, diagnóstico y desarrollo de la enfermedad (Ortiz et al., 2014). El objetivo de la psicooncología es, como exponen Cabrera Macías et al. (2017), aliviar los síntomas psíquicos

y tratar de alcanzar una mayor humanización de los tratamientos, dedicándose también a explorar y describir los diversos modos de afrontamiento en la enfermedad oncológica, los factores que influyen sobre ella, y las estrategias terapéuticas más efectivas.

Se observa, por tanto, que son numerosos los aspectos estudiados desde esta disciplina. No obstante, desde los años 70 ha estado presente tanto en psicooncología como en la psicología en general un interés especial por el concepto de afrontamiento (coping) ante el estrés y el afrontamiento ante la enfermedad (Soriano, 2002). A continuación, se exponen algunos de los factores de afrontamiento que recibieron más atención.

1.2. Afrontamiento: definiciones y estrategias

Lazarus y Folkman (1986), posiblemente los máximos exponentes del tema, definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

Resulta importante distinguir dos conceptos: estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. El primero, hace referencia a aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional, mientras que el segundo alude a los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Cassaretto et al., 2003). Dicho de otra forma, según Cieslak et al. (2013), el estilo de afrontamiento es una predisposición relativamente permanente de un individuo, que engloba un conjunto de estrategias y formas de superar el estrés en la vida característica de una persona determinada. Con todo, en este trabajo, a la hora de hablar de afrontamiento nos vamos a centrar en las estrategias.

Una característica importante de la conceptualización de afrontamiento aquí presentada es, según los propios autores, que el afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema, pudiendo dirigirse el afrontamiento a las emociones (Lazarus y Folkman, 1986).

Por tanto, las estrategias de afrontamiento pueden ser divididas en dos grandes grupos: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, exponen Lazarus y Folkman (1986), están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. Para estos autores, además, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno son evaluadas como susceptibles de cambio.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, están centradas en la regulación de la respuesta emocional a que el problema da lugar, estando así constituido dicho afrontamiento por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos (Lazarus y Folkman, 1986).

A parte de las mencionadas, existen muchas otras estrategias, tanto dirigidas al problema como dirigidas a la emoción, si bien como explican Lazarus y Folkman (1986) estas no son excluyentes, es decir, una misma conducta puede servir tanto a la función de afrontamiento dirigida al problema como a la dirigida a la emoción. Estas otras estrategias son muy numerosas, y varían en función de los autores.

Por ejemplo, Londoño et al. (2006), hablan de diferentes estrategias, como son solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía.

Estas estrategias de afrontamiento, entre otras, forman un amplio abanico de posibilidades para hacer frente a una circunstancia estresante como es una enfermedad, como por ejemplo y, más concretamente, el cáncer.

El cáncer conlleva un gran estrés psicológico ya que, debido a su ya mencionada alta tasa de morbi-mortalidad, el diagnóstico y el tratamiento oncológico a menudo son interpretados por los pacientes y sus familias como una sentencia y como una situación incontrolable (Cieslak et al., 2013)

Por ello, las estrategias de afrontamiento en pacientes oncológicos se refieren al proceso de adaptación que involucra procesos cognitivos y conductuales, a través del cual tratan de cambiar la situación, ajustando además sus emociones con el fin de hacer frente a la incertidumbre y la impotencia, a las dificultades para alcanzar los objetivos de la vida y los cambios físicos y psicológicos negativos (Cieslak et al., 2013). Es decir, como se explicaba más arriba, se usan estrategias que por una parte se centran en la resolución del problema y, por otro, en el control emocional de la situación (Lazarus y Folkman, 1986).

De esta forma, explica Soriano (2002), el afrontamiento del cáncer no solo se refiere a como el individuo valora la enfermedad y lo que piensa y hace para reducir la amenaza, sino que se asocia también a las demandas específicas (o estresores) de una situación dada del cáncer (como por ejemplo el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación).

En definitiva, la persona que hace frente a un cáncer intenta reducir o asimilar una demanda existente (estresor) que acarrea tanto un esfuerzo intrapsíquico (cognición) como también por acción (observable) considerándose que el individuo suele disponer de un repertorio bastante amplio, en el que se puede encontrar estrategias más estables o constantes que otras (Heim, 1991; como se citó en Soriano, 2002).

Ahora, dentro de este repertorio que los pacientes oncológicos pueden poseer para hacer frente a la enfermedad, se va a indagar más en el afrontamiento religioso.

1.3. El afrontamiento religioso

El afrontamiento religioso es uno de los muchos tipos de afrontamiento que la persona puede poner en marcha ante sucesos estresantes, en este caso la enfermedad de cáncer. De hecho, este tipo de afrontamiento ha sido el más ampliamente investigado en la relación religión-salud pues, como enuncia Jones (2004), las creencias y las prácticas religiosas

contribuyen a la resolución de circunstancias difíciles más allá del impacto de estrategias de afrontamiento no religiosas más comunes.

El afrontamiento religioso es muy común en pacientes con enfermedades físicas y mentales (Koenig et al., 2001; Koenig, 2001, 2004, 2009). Los motivos del frecuente uso de este tipo de afrontamiento son diversos:

Las creencias religiosas proporcionan un sentido de significado y propósito durante las circunstancias de la vida que ayudan a la integración psicológica; suelen promover una visión positiva del mundo, que resulta optimista y esperanzadora; proporcionan modelos de conducta en las escrituras sagradas que facilitan la aceptación del sufrimiento; dan a la gente un sentido de control indirecto sobre las circunstancias, reduciendo la necesidad de control personal; y ofrecen una comunidad de apoyo, tanto humano como divino, que ayuda a reducir el aislamiento y la soledad. (Koenig, 2009, p.285)

Además, como el propio Koenig (2009) matiza, a diferencia de muchos otros recursos de afrontamiento, la religión está disponible para cualquier persona en cualquier momento, independientemente de las circunstancias económicas, sociales, físicas o mentales.

Pargament (1997; como se citó en Yoffe, 2015) desarrolló el concepto de afrontamiento religioso espiritual basándose en la teoría del afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), dando especial importancia a la cosmovisión y al sistema de creencias que cada individuo posee y a su función de orientación en el mundo y en las situaciones específicas que cotidianamente atraviesa. Así, el afrontamiento religioso se define como aquel tipo de afrontamiento donde se utilizan creencias y comportamientos religiosos para prevenir y/o aliviar las consecuencias negativas de sucesos de vida estresantes, tanto como para facilitar la resolución de problemas (Pargament, 1997).

Aunque los conceptos se asemejen, es importante aclarar que para Pargament (1997) la religión no es un simple mecanismo de defensa, sino que participa activa y dinámicamente en todas las etapas del proceso de afrontamiento, ayudando a las personas a encontrar, mantener y transformar su significado, cambiando en función del contexto y las circunstancias.

No obstante, el afrontamiento religioso no tiene por qué ser exclusivo. Es decir, tal y como expone Pargament (1997), las situaciones estresantes pueden movilizar muchas respuestas de afrontamiento, tanto religiosas como no religiosas, y será importante observar si esas estrategias de afrontamiento religioso aparecen solas o de forma que complementan a estrategias de afrontamiento no religioso. Esto dependerá, en parte, de la disponibilidad de recursos religiosos que la persona tenga a su disposición (Yoffe, 2015).

Sin profundizar mucho más en este último aspecto, a continuación se va a exponer sucintamente el grueso de la teoría de Pargament (1997) en lo relativo al ya definido afrontamiento religioso.

Pargament (1997), al examinar la conexión entre la religión y el afrontamiento, encuentra y describe tres enfoques o estilos de afrontamiento religioso, basados en la responsabilidad y el control de este afrontamiento. Estos estilos de afrontamiento son:

1) El estilo de afrontamiento autodirigido, en el que las personas confían en sí mismas para hacer frente a la situación en lugar de en Dios; 2) el estilo de afrontamiento evitativo, en el que la responsabilidad de hacer frente a la situación se le otorga a Dios; y 3) el estilo de afrontamiento colaborativo, en el que tanto el individuo como Dios son protagonistas activos del afrontamiento. (Pargament, 1997, p. 180)

Estos tres estilos de afrontamiento religioso se han relacionado con otras medidas de religiosidad y con medidas de competencia personal y social. El estilo autodirigido, por ejemplo, se asoció negativamente con la mayoría de medidas de religiosidad, así como con una mayor sensación de control personal en la vida y una mayor autoestima (Pargament, 1997). Por otro lado, el estilo evitativo se ha relacionado con un mayor sentido de control por parte de Dios y con una religiosidad extrínseca (de la cual se hablará más adelante), además de estar vinculado a una serie de indicadores de menor competencia, como una menor sensación de control personal, mayor sensación de control por el azar o una menor capacidad de planificación para resolver problemas (Pargament, 1997). Por último, explica Pargament (1997), el estilo colaborativo se asoció con indicadores de una forma de religión más comprometida y relacional, al mismo tiempo que con una mayor sensación de control personal, menor sensación de control por azar y una mayor autoestima.

Con todo, no se identifican formas buenas y malas de afrontamiento religioso, y tampoco se sugiere que estos sean los únicos métodos de afrontamiento religioso que existen. No obstante, es adecuado considerar la utilidad de estos enfoques de cara al afrontamiento de distintas situaciones.

Pargament (1997) habla de formas útiles y formas perjudiciales de afrontamiento religioso, así como de formas de afrontamiento religioso con implicaciones mixtas.

Entre las formas útiles de afrontamiento religioso, Pargament (1997) destaca el *apoyo espiritual*, puesto que diferentes resultados indican que la percepción de apoyo y la guía por parte de Dios en tiempos difíciles tienen un resultado positivo en el afrontamiento. Destaca, además, el *afrontamiento religioso colaborativo*, donde el individuo y lo divino trabajan juntos para resolver los problemas. Habla también del *apoyo congregacional*, pues, en general, el apoyo que los miembros obtienen de su congregación parece funcionar en conjunto con el apoyo espiritual que obtienen de su fe, contribuyendo ambos a obtener resultados positivos en momentos de estrés (Pargament, 1997). Por último, Pargament (1997) menciona el *reencuadre religioso benévolo* como forma útil de afrontamiento religioso, pues la investigación sugiere que los acontecimientos negativos son más fáciles de soportar cuando se entienden dentro de un marco religioso benévolo, en el cual se atribuyen los sucesos a la voluntad de un Dios bueno.

Por el contrario, en tiempos de crisis aparecen formas de afrontamiento religioso específicas que, además de no resultar útiles, pueden ser perjudiciales. Pargament (1997) habla en primer lugar del *descontento con la congregación y con Dios*, refiriéndose al sentimiento de que la congregación o Dios ha abandonado o decepcionado a las personas en sus peores momentos, que normalmente va acompañado de otros sentimientos como la desesperanza, la desesperación o el resentimiento, y que además se asocia con peores resultados. Habla también de un *reencuadre religioso negativo*, donde se consideran los acontecimientos negativos como castigos de Dios, algo que se relaciona con un estado de ánimo negativo y con evaluaciones negativas de cómo se han resuelto los problemas.

Por último, Pargament (1997) trae a colación las formas de afrontamiento religioso con implicaciones mixtas, es decir, aquellas que se asociaron con resultados positivos en algunos casos y con resultados negativos en otros. Un ejemplo son los *rituales religiosos como respuesta a las crisis*, es decir, los diferentes ritos de carácter religioso (rezos, peregrinaciones, etc.) que pueden realizar las personas que hacen frente a un problema, y que pueden o no aliviar sentimientos de ansiedad o angustia. Otro ejemplo es la *conversión*, el cambio de religión, la cual en muchas ocasiones proporciona un alivio psicológico, al menos inmediato, si bien según Pargament (1997) sigue siendo una incógnita hasta qué punto estos cambios son generalizados y duraderos a largo plazo. Otras formas de afrontamiento con implicaciones mixtas son el *afrontamiento religioso autodirigido* y el *afrontamiento religioso evitativo*, los cuales ya han sido definidos, así como el *afrontamiento religioso suplicante*, que hace referencia a las peticiones o las súplicas de una intervención divina para resolver los problemas.

Pargament (1997) examinó todos estos métodos de afrontamiento religioso y sus implicaciones para ver cómo las personas hacen uso de estos en combinación unos con otros, esperando encontrar dos patrones de afrontamiento religioso: uno compuesto por los métodos religiosos de afrontamiento saludables (por ejemplo, apoyo espiritual, colaboración, reencuadre benévolo) y otro compuesto por los métodos religiosos de afrontamiento perjudiciales (por ejemplo, descontento con la congregación, reencuadre religioso negativo).

Así, Pargament, Smith y Koenig (1996; como se citó en Pargament, 1997) elaboraron el Brief RCOPE, instrumento a través del cual encontraron dos factores consistentes con sus predicciones. El primer factor, denominado *Afrontamiento religioso positivo*, constaba de elementos que incluían el apoyo espiritual, el afrontamiento religioso colaborativo y el reencuadre religioso benevolente. El segundo factor, *Afrontamiento religioso negativo*, estaba compuesto por elementos que encarnan el dolor, la agitación y la frustración religiosa. Es decir que, siguiendo este enfoque, se puede distinguir entre el afrontamiento religioso positivo y el afrontamiento religioso negativo, conduciendo el primero de ellos al individuo hacia una forma productiva y eficiente de afrontamiento espiritual ante situaciones difíciles y estresantes (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007).

En definitiva, el punto relevante para el objetivo del presente trabajo es la descripción de la existencia de dos patrones de afrontamiento religioso (positivo y negativo), que no son excluyentes entre sí, sino que, ante una situación complicada, como por ejemplo la enfermedad de cáncer, las personas van a poder utilizar ambos tipos de afrontamiento religioso en distintos momentos.

1.4. Algunos conceptos clave: religión, religiosidad y espiritualidad

Hasta aquí, se ha tratado de explicar de forma breve cómo las personas utilizan la religión para hacer frente a diferentes circunstancias negativas de sus vidas y, dado que este va a ser un concepto central en el presente trabajo, es importante que sea definido.

El concepto de religión ha sido descrito de diversas formas. No obstante, una de las definiciones más importantes, y la que va a guiar la concepción de religión en este trabajo, es la de la religión como un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente, donde lo trascendente varía

según las tradiciones religiosas occidentales (Dios, Alá, un Poder Superior) y las tradiciones orientales (Buda, Brahman, la verdad última) (Koenig et al., 2012).

Antes de continuar profundizando más en las relaciones entre la psicología y la religión, es necesario mencionar, con el fin de diferenciarlos, dos conceptos más que están relacionados con la religión y que a menudo pueden confundirse e incluso ser utilizados como sinónimos.

Como expone Salgado (2014), la religión se basa en la fe en Dios, busca una organización y una expresión comunitarias, así como un apoyo para la vida espiritual, de forma que conforma una serie de prácticas y normas acorde a las creencias que se tiene. El sustrato de todo esto es la espiritualidad, entendiéndola como aquella que precisamente nutre la religión y le da sentido (Salgado, 2014).

La espiritualidad es, para Koenig et al. (2012), la búsqueda de respuestas a diferentes preguntas sobre la vida, con el fin de comprender su significado, la búsqueda y el hallazgo de lo trascendente, así como la relación con lo sagrado o lo trascendente.

Así, aunque los términos de espiritualidad y religión se consideren similares en muchas ocasiones, se observa que la espiritualidad es más extensa (National Cancer Institute, 2012; como se citó en Yazgan y Demir, 2018). En palabras de Koenig et al. (2012), la espiritualidad se extiende más allá de la religión organizada (y comienza antes de ella). Y no sólo eso, sino que, como se observa en las definiciones y como afirman Quinceno y Vinaccia (2009), los constructos religión y espiritualidad se diferencian en una serie de oposiciones básicas, donde la religión es vista como sustantiva, estática, institucional y objetiva, y la espiritualidad es evaluada como funcional, dinámica, personal, subjetiva, basada en la experiencia. Es decir, las personas religiosas serían necesariamente espirituales, pero las personas espirituales no necesariamente pertenecen a una religión.

No obstante, hay un elemento común en ambos términos, un requisito mínimo para que algo sea llamado religioso o espiritual: su conexión con lo trascendente (Koenig et al., 2012).

Existe un tercer término que debe ser definido con el propósito de comprender los constructos que pueden parecer similares: la religiosidad.

La religiosidad es la expresión comportamental del sistema de creencias, la doctrina y los cultos organizados de la religión, viviéndose en lo social como un cuerpo de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y valores que rigen o pretenden regir la vida de las personas interesadas en vincularse con lo divino (Salgado, 2014). En otras palabras, la religiosidad es la forma en que cada persona expresa sus creencias religiosas.

Tanto la espiritualidad como la religiosidad son dimensiones de lo psicosocial, observables en una serie de conductas individuales y prácticas culturales (Martínez et al., 2004). Sin embargo, existen dos diferencias clave entre ambos términos. La primera es que, si bien ambos implican trascendencia, en el caso de la espiritualidad esta no está referida necesariamente a la relación con un ser superior, como sí sucede con la religiosidad, sino que puede ser referida a otro circundante, es decir, en relación con las demás personas, la naturaleza o el entorno, la persona tiene la sensación de excederse a sí misma y trascender (Martínez et al., 2004). Y, tal y como exponen Martínez et al. (2004), como consecuencia de

esta primera diferencia, aparece la segunda: la espiritualidad es un concepto más amplio relacionado directamente con la persona y su desarrollo es individual.

Por último, dado que aparecerá más adelante, resulta necesario definir el concepto de secularidad. El humanismo secular o laicista no tiene creencia, conexión o deseo de conectar con lo trascendente, lo sagrado, Dios o lo sobrenatural (Koenig et al., 2012). Para estos autores, lo secular involucra creencias, comportamientos y relaciones sociales que tienen valor e importancia por su propio mérito intrínseco, que no está conectado con nada fuera de la experiencia o la naturaleza humana. Así, dentro de esta definición estarían los ateos, los agnósticos y los humanistas seculares.

A continuación, se exploran en mayor profundidad estos conceptos y su relación con la psicología.

1.5. Perspectivas psicológicas y modelos en el estudio de la religión, la espiritualidad y la religiosidad

La religión es un fenómeno que es y ha sido estudiado por las diferentes vertientes psicológicas a lo largo de la historia de esta disciplina. Así, tanto esta, como la religiosidad y la espiritualidad, han sido foco de numerosas investigaciones.

En el presente trabajo, aunque van a interesarnos más aquellos estudios que se han dirigido hacia el ámbito de la salud, parece necesario hacer una breve mención de las principales aportaciones que las distintas corrientes psicológicas han hecho al estudio del fenómeno religioso, conformando la Psicología de la Religión.

1.5.1. Psicología de la Religión

En un intento de resumir la historia de la Psicología de la Religión, Quinceno y Vinaccia (2009) explican que, a principios del siglo XX, la psicología da un carácter científico a los fenómenos del comportamiento espiritual-religioso, que tuvo aportaciones de todas las corrientes psicológicas en su desarrollo, como el conductismo, el psicoanálisis o la psicología humanista, especialmente en Europa y Estados Unidos donde surge como un área de la psicología propiamente.

En la década de los 70, fue ya definida por Stollberg (1979; como se citó en Garcés, 1985) como el estudio de las constantes psicológicas de la religiosidad, y que, por tanto, no indaga sobre la verdad divina, pues ello concierne a la teología, sino sobre la realidad humana en la que aparece la fe en una revelación divina.

Esta definición sirve para traer a colación uno de los principales problemas a los que tuvo que enfrentarse esta área en sus comienzos. Este problema, expone Garcés (1985), viene derivado de los debates entablados entre psicólogos y teólogos acerca de la legitimidad de unos y otros para investigar temáticas religiosas. Pese a esto, como se observará en las líneas posteriores, esta cuestión no supuso un obstáculo para que la Psicología de la Religión se estableciese como especialidad científica en el contexto de la psicología.

Actualmente, la Psicología de la Religión es la rama de la psicología aplicada que abarca las manifestaciones psicológicas vinculadas a la práctica religiosa (Quinceno y Vinaccia, 2009).

Tal y como exponen estos dos autores, dentro de este área han ejercido su labor renombrados teóricos que van desde William James, con su obra *“La variedad de la experiencia religiosa”* (1902), donde habla acerca de factores emotivo-cognitivo-conductuales que operaban en las experiencias religiosas, hasta Sigmund Freud con *“Totem y tabú”* (1913) o *“El malestar en la cultura”* (1930), Carl Jung con *“Psicología y religión”* (1938), Gordon Allport con *“El individuo y su religión”* (1950), Abraham Maslow con *“Religiones, valores y experiencias cumbre”* (1964) o Erich Fromm con *“Budismo zen y psicoanálisis”* (1964), entre otros.

Además, en las dos últimas décadas del siglo XX se incluyó el estudio de la Espiritualidad, de modo que esta área pasó a denominarse “Psicología de la Religión y la Espiritualidad”, centrándose más en el estudio de temas tales como la experiencia religiosa, la conversión, la fe, las prácticas y creencias religiosas y espirituales, o los diversos modos de participación religiosa y de afrontamiento religioso (Yoffe, 2007). De hecho, se ha creado la División 36 de la APA (Sociedad para la Psicología de la Religión y la Espiritualidad), la cual promueve la teoría psicológica, la investigación y la práctica clínica para comprender la importancia de la religión y la espiritualidad en la vida de las personas y en la disciplina de la psicología (American Psychological Association [APA], 2012). La División 36 trata de facilitar el intercambio de ideas entre la ciencia y la práctica clínica y aplicada, y busca a través de sus actividades aumentar la conciencia pública de las dimensiones psicológicas de la religión y la espiritualidad.

Ahora, dado el punto de vista psicosocial de este trabajo, y antes de conocer las perspectivas de la Psicología Social, es importante hacer una revisión de las contribuciones más importantes de la sociología al estudio de la religión y la espiritualidad.

1.6. Perspectivas sociológicas en el estudio de la religión, la espiritualidad y la religiosidad

Los aspectos sociales de la religión representan un importante foco de interés para numerosos sociólogos, apareciendo así lo que se denomina sociología de la religión.

Como expone Cordero del Castillo (2001), desde esta rama de la sociología se va a considerar la religión no en su esencia, sino en sus manifestaciones externas, como un hecho social. Este autor añade que la religión está configurada y condicionada por la sociedad, al mismo tiempo que la sociedad es condicionada por la religión (Cordero del Castillo, 2011).

Así, las ideas religiosas, al constituir el núcleo del sistema de valores, ideas y creencias que orientan y estructuran la acción humana, constituyen un fenómeno fundamental del análisis sociológico en general (Beltrán, 2007).

Surgen, pues, diversos posicionamientos sociológicos en lo relativo a la religión, apareciendo algunas perspectivas básicas:

1) En un extremo, se sitúan aquellos que consideran la religión como una experiencia y una actividad humana autónoma, independiente de otras parcelas humanas como la economía y la política, algo que no se puede alcanzar desde la sociología, es decir, sitúa todo lo religioso fuera del alcance de la investigación sociológica; 2) para otros autores, las creencias religiosas no sólo no están fuera del alcance del conocimiento humano, sino que, en gran medida, son un mero producto social en el que se sitúan, de forma que es posible explicar exhaustivamente su alcance y significado mediante la ciencia socio-económica; 3) otros se posicionan en un punto intermedio, de forma que, al entender los fenómenos religiosos como un aspecto específico de la actividad humana, rechazan la idea de que estos no sean accesibles a las técnicas de análisis de la sociología. Además, dado que la sociología tiene como objeto comprender significativamente la acción social, será necesario incluir en su estudio todo aquello que resulte significativo para los sujetos de la acción social. (Hill, 1976; como se citó en Cordero del Castillo, 2001, pp. 241-242)

Este afán por comprender la religión ya estaba presente en los grandes clásicos de la sociología. De esta manera, *“Las formas elementales de la vida religiosa”* (1912) de Durkheim va a ser la primera gran obra de referencia en sociología de la religión. En ella, el sociólogo francés trata de determinar las formas elementales de la vida religiosa a través del análisis de una forma de religión primitiva. Así, Durkheim (1912/2000) habla de la religión como una realidad “sui generis”, como un “hecho social”, pues para él la causa objetiva, universal y eterna de esas sensaciones “sui generis” de que está hecha la experiencia religiosa, es la sociedad. Así mismo, la acción social va a ser central en su obra, dado que la acción es la que domina la vida religiosa por el solo hecho de que su fuente es la sociedad (Durkheim, 1912/2000).

Otra de las grandes personalidades que ha ejercido influencia sobre la sociología de la religión es Karl Marx. Beltrán (2007) expone que para el marxismo la religión posee un gran poder alienador, puesto que las personas atribuyen a ella el desarrollo del mundo y la cultura, olvidándose de que es la acción humana la que crea la realidad, de forma que la religión favorece la conservación de distintas estructuras de dominación social. Así, su principal contribución a la sociología de la religión es en forma de crítica, pues para Marx (1844/2005) “la religión es el opio del pueblo” (p. 50).

Por otro lado, aparece la figura de Weber quien, contrario a Marx, considera que la religión es la única fuerza que capacita al hombre para redefinir el sentido de su vida, convirtiéndose en un enorme potencial para cambiar radicalmente la sociedad (Cordero del Castillo, 2001). Una de sus grandes obras es *“Ensayos sobre sociología de la religión”*. Weber (1978) acota los fenómenos religiosos y los estudia en interrelación con las estructuras sociales, confrontando las diferentes religiones occidentales y orientales además de, principalmente, mostrar el papel de la religión y otros factores con el fin de hallar cómo Occidente ha llegado a ser lo que es hoy en día y cómo se ha ido produciendo un proceso de racionalización de las religiones.

Igualmente, otros muchos sociólogos de gran relevancia han contribuido a la sociología de la religión. Nos encontramos, por ejemplo, con Comte, considerado padre de la sociología, quien consciente del papel social de la religión, se propone crear una nueva “Religión de la Humanidad” que impulse a las personas hacia el altruismo, el sacrificio y la generosidad, y que tenga como objeto de culto al ser humano (Cordero del Castillo, 2001).

Otro ejemplo es Parsons, quién se va a centrar en el papel de la religión y sus valores en el mundo moderno (Acevedo et al., 2016). La importancia excepcional que Parsons adjudica a la religión en el mundo moderno se expresa de dos maneras: primero, en la potencia que le atribuye en la creación de prácticamente todo lo que él considera como la cultura y la sociedad modernas y, segundo, en la bondad que le atribuye a ella y a sus productos (Gouldner, 2000).

En cualquier caso, el objetivo de este escueto repaso por la historia de la sociología de la religión es mostrar la importancia del estudio de los aspectos sociales de la religión para comprender no sólo esta, sino también la sociedad. A continuación, se va a indagar más en la relación entre los elementos sociales de la religión y la psicología.

1.7. Perspectivas desde la Psicología Social en el estudio de la religión, la espiritualidad y la religiosidad

Dada la perspectiva psicosocial de este trabajo, es necesario hacer un breve repaso de cómo han sido estudiados los fenómenos religioso y espiritual desde la Psicología Social. Para ello, vamos a centrarnos en las obras de varios autores fundamentales que conforman la base de lo que se ha denominado Psicología Social de la Religión.

1.7.1. La Psicología Social de la Religión de Argyle y Beit-Hallahmi

Argyle y Beit-Hallahmi (1975) en *Psicología Social de la Religión*, presentan los principales hallazgos empíricos sobre el comportamiento religioso, las creencias y la experiencia religiosa entre 1900 y 1973, con el fin de usar dichos hallazgos para probar teorías psicológicas y sociológicas sobre los orígenes, funciones y efectos de la religión.

Muchas de estas investigaciones tratan los antecedentes del comportamiento y las creencias religiosas, las condiciones en que se producen, pues, según exponen Argyle y Beit-Hallahmi (1975), “estas condiciones, a su vez, pueden utilizarse para decidir cuál de los diversos procesos psicológicos posibles es el responsable de producir el comportamiento religioso” (p. 1).

Por otro lado, Argyle y Beit-Hallahmi (1975) se ocupan de los correlatos de la conducta religiosa en otras esferas del comportamiento, que pueden considerarse como los efectos de la religión. Así, los autores examinan la influencia del mismo factor religioso, manteniendo constantes otros factores en el comportamiento social.

En este tipo de investigaciones siempre existe el peligro de dejar de lado las creencias y acciones religiosas individuales. Por ello, la premisa básica en este tipo de investigaciones sociopsicológicas de la religión debe ser que el comportamiento individual no puede ser aislado de su entorno social (Argyle y Beit-Hallahmi, 1975).

Así, en este intento de analizar las distintas investigaciones llevadas a cabo hasta ese momento sobre este tema, Argyle y Beit-Hallahmi (1975) exponen los índices y medidas más importantes de la actividad religiosa en función de cuán satisfactorio es el índice como criterio de actividad religiosa y de cuán precisa es la medición en términos de comportamiento real, no meramente informado. De esta manera, los autores ponen los

cimientos de la futura investigación psicosocial de la religión, pues ofrecen a los investigadores datos acerca de qué índices y medidas son más adecuados para esta labor.

Siguiendo por esta línea, algunos de estos índices y medidas son: la pertenencia a la iglesia, la frecuencia de asistencia a la iglesia, las oraciones privadas y otras formas de actos religiosos privados, las actitudes hacia la religión, las creencias específicas, las medidas multidimensionales de religiosidad, la afiliación religiosa, y otros índices como el empleo profesional como clérigo o trabajador de la iglesia, la contribución a los fondos de la iglesia y la publicación de artículos sobre religión (Argyle y Beit-Hallahmi, 1975).

Con todo esto, Argyle y Beit-Hallahmi finalmente muestran numerosos estudios realizados dentro de esta área donde se correlacionan la religión con distintas variables como, por ejemplo, factores ambientales y situacionales, la edad, el sexo, la personalidad, las actitudes sociales y políticas, el estado civil, el ajuste personal, o factores socioeconómicos. Algunas de estas van a cobrar especial relevancia en el presente trabajo.

Por ejemplo, Argyle y Beit-Hallahmi (1975) en una revisión de estudios referentes a la edad tratan de exponer los cambios que existen tanto en las actividades como en las creencias religiosas a lo largo del ciclo vital, utilizando la edad como variable independiente. Además, analizan los cambios en el comportamiento religioso a diferentes edades en relación con los demás procesos psicológicos típicos de ese período de edad. Así, Argyle y Beit-Hallahmi (1975) encuentran importantes diferencias en lo relativo a la religiosidad y la espiritualidad en función de la edad, existiendo cambios importantes en estos fenómenos entre la niñez, la adolescencia, la adultez y la vejez.

Otras variables, como por ejemplo el nivel de estudios o el nivel socioeconómico, también han sido estudiadas por Argyle y Beit-Hallahmi (1975) en relación con la religión. En su revisión, estos autores revelan que diferentes trabajos han demostrado que existen diferencias entre el nivel de estudios y la religiosidad. Un ejemplo de la relación entre nivel de estudios y religión se encuentra también en el trabajo de Rivera-Ledesma y Montero-López (2007), quienes hallaron una relación negativa significativa entre ambas variables, de forma que aquellas personas con un mayor nivel educativo utilizan en menor medida estrategias de afrontamiento religioso. De la misma manera, Quinceno y Vinaccia (2011) recientemente encontraron que el nivel educativo está asociado negativamente con las creencias y prácticas religiosas-espirituales, la búsqueda de apoyo social religioso y las estrategias de afrontamiento religiosas.

En cuanto al nivel socioeconómico, Argyle y Beit-Hallahmi (1975) tras revisar numerosos estudios, afirman que los resultados que estos arrojan permiten concluir que existen relaciones entre el nivel socioeconómico y la religiosidad, pues, por ejemplo, las personas de nivel más bajo puntúan más alto en medidas de creencias y experiencias religiosas. A este tipo de conclusiones se ha llegado también en trabajos posteriores como el de Quinceno y Vinaccia (2011), quienes exponen que las creencias y prácticas religiosas y espirituales, así como las estrategias de afrontamiento religioso, se manifiestan en mayor medida en las personas de nivel socioeconómico bajo.

En definitiva, numerosos estudios han demostrado la influencia de estas y otras variables sociodemográficas en la religiosidad y la espiritualidad.

Una vez expuesta la primera obra clave sobre Psicología Social de la Religión, se va a hablar acerca de otra que, junto a la anterior, forman el sustento de esta rama de la Psicología Social.

1.7.2. La perspectiva psicosocial de Batson, Schoenrade y Ventis

Batson et al. (1993) tratan de sentar las bases para una Psicología Social de la Religión desde una perspectiva científicamente sólida. En pos de este cometido, los autores tratan de definir la religión de manera funcional y, para ellos, esta definición debe reflejar tres aspectos de la experiencia religiosa:

1) La singularidad, pues la experiencia religiosa es única y difiere de otro tipo de experiencias; 2) la complejidad, pues implica un complejo conjunto de categorías psicológicas, como son emociones, creencias, actitudes, valores, comportamientos y entornos sociales; y 3) la diversidad, puesto que la experiencia de los distintos individuos es muy diferente. (Batson et al., 1993)

Así, Batson et al. (1993) van a estudiar la religión entendiendo esta como “todo lo que hacemos como individuos para enfrentarnos personalmente a las cuestiones que se nos plantean (preguntas existenciales) porque somos conscientes de que nosotros y otros como nosotros estamos vivos y que vamos a morir” (p. 8).

Por tanto, el estudio de la religión así entendida, de la experiencia religiosa, no debe deformar o distorsionar dicha experiencia mediante una simplificación excesiva, sino que hay que tener en cuenta la particularidad, la riqueza y la profundidad de esta experiencia. Es decir, el psicólogo debe proceder científicamente también en este campo (Batson et al., 1993). De esta forma, el objetivo del psicólogo social que estudia la religión es comprender la naturaleza y la función de este complejo fenómeno.

Con todo esto, aparecen tres obstáculos que deben superarse para desarrollar una psicología social de la religión.

En primer lugar, las personas pueden oponerse al estudio científico de la religión, pues para muchos la religión es algo vital, y no quieren que esta sea manipulada por ningún motivo y por tanto se sienten incómodas al someterla al análisis de un psicólogo. Esto supone grandes limitaciones para el psicólogo social, por lo que Batson et al. (1993) proponen la utilización de técnicas de investigación que no impliquen un riesgo de dañar la religión de los individuos. Además, exponen los autores, debido al impacto potencial de un análisis sociopsicológico de la religión en las creencias de los individuos, se debe ser cuidadoso a la hora de sacar conclusiones precipitadas.

El segundo escollo tiene que ver con los motivos de los psicólogos que estudian la religión. Uno puede perseguir un estudio psicológico de la religión por motivos que van más allá de un honesto intento de entender la naturaleza y las consecuencias de la religión, como pueden ser desprestigiar la religión o por el contrario ensalzar sus virtudes. Si un psicólogo va a realizar un análisis científico de la religión, es esencial que permanezca abierto a un amplio abanico de hipótesis, sean o no halagüeñas para la religión (Batson et al., 1993).

Estos dos obstáculos, según Batson et al. (1993) pueden superarse si el psicólogo se ciñe a su actividad como científico, realizando una investigación cuidadosa, sensible y

honesto. Pero aparece un tercer obstáculo para el desarrollo de una psicología social de la religión viable que es más difícilmente salvable: cuando los individuos se enfrentan a cuestiones existenciales, a menudo aparece el contacto con “otro mundo”, con Dios, con una verdad superior, que es de carácter fundamentalmente subjetivo.

Parece existir, pues, una incompatibilidad entre el carácter intensamente personal, misterioso y de otro mundo de la experiencia religiosa y la exigencia científica de observaciones objetivas y empíricas.

Para salvar este obstáculo, Batson et al. (1993) proponen dejar de lado el debate entre fenomenólogos y empiristas, para centrarse en la relación entre la experiencia y el comportamiento empíricamente observable en una visión contemporánea de la ciencia. Según esta visión, la experiencia religiosa, al igual que otras experiencias, deja “huellas” observables en la vida del individuo. El hecho observable de que alguien describa una experiencia que ha tenido como un encuentro con Dios forma parte de un conjunto de pistas que hacen que la experiencia, pero no lo experimentado (es decir, Dios), sea susceptible de investigación científica (Batson et al., 1993).

Batson et al. (1993) exponen dos estrategias para decidir qué experiencia está detrás de los criterios observables: la convergencia, que consiste en recopilar una serie de criterios observables y utilizarlos como controles entre sí, y la regla de la parsimonia, que establece que, si diferentes explicaciones pueden explicar igualmente bien un fenómeno, debemos preferir la más sencilla. Es decir, como cuestión de estrategia, el análisis socio-psicológico de la experiencia debe proceder al nivel más simple que proporcione un relato adecuado de los criterios observados.

Así, en definitiva, una psicología social de la religión debería implicar la aplicación del método científico al estudio del fenómeno religioso, manteniendo al mismo tiempo la orientación única de la psicología social, que hace referencia al estudio de los procesos psicológicos dentro del individuo y al mismo tiempo reconoce que el individuo siempre está sujeto a la influencia directa e indirecta de su entorno social (Batson et al., 1993). Así, las teorías que conforman la perspectiva psicosocial de la religión de Batson et al. (1993) implican intentos de explicar la naturaleza y las consecuencias de la religión en la vida del individuo, teniendo en cuenta al mismo tiempo el impacto en el individuo de su entorno social.

De hecho, recientemente, algunos autores han vuelto a poner de relieve estas ideas y la necesidad de aplicar métodos científicos más rigurosos en el estudio de la religiosidad y la espiritualidad para alcanzar de la forma más óptima posible los objetivos planteados en tales investigaciones (Paloutzian y Park, 2021; Slife y Reber, 2021; Piedmont, 2021; Park y Paloutzian, 2021).

1.7.3. Psicología Social de la Religión en España: la figura de Martín-Baró

Como expone De la Corte Ibáñez (2001), resulta sorprendente que siendo España un país de tan arraigada tradición religiosa, hayan escaseado los intentos por desarrollar una Psicología de la religión. Pero existe una excepción, un autor de origen español que se ha ocupado de la Psicología de la religión de forma intensa y renovadora, si bien llevó a cabo sus estudios en El Salvador. Este autor es Ignacio Martín-Baró, quien dedicó gran parte de su

obra al estudio psicosocial de la religiosidad del pueblo salvadoreño y de sus implicaciones en la configuración de su realidad social y política (De la Corte Ibáñez, 2001).

Para comprender la obra de este autor es necesario conocer la historia de El Salvador, y comprender que la realidad social de este pueblo no se puede entender sin poner la atención en su dimensión religiosa. Así, desde el punto de vista psicosocial de Martín-Baró, abordar el estudio de lo religioso requiere ir más allá de lo puramente institucional y entrar a explorar el ámbito de las experiencias cotidianas, aquel conjunto de fenómenos psicológicos y sociales a los que podemos referirnos con la palabra religiosidad (De la Corte Ibáñez, 2001).

Lo que se encuentra Martín-Baró es con que la sociedad salvadoreña está fuertemente influida por una religiosidad cristiana tradicional y conservadora, de forma que la vivencia tradicional de sus creencias, en cierto modo, les oprime y priva de su libertad. Como expone De la Corte Ibáñez (2001) los salvadoreños pobres, en efecto, demostraban actitudes fatalistas, sumisas o conformistas que iban parejas a ese tipo de religiosidad tradicional y, por ello, se hacía necesario transformar la religiosidad popular salvadoreña, con el fin de potenciar esas virtudes liberadoras que quedaban obturadas por la vivencia tradicional de sus creencias.

Martín-Baró (2006), en su afán por ayudar al desarrollo de los países latinoamericanos, propone una psicología que contribuya a la liberación de estos pueblos, que ha sido llamada propiamente Psicología de la liberación.

Si el objeto de la fe cristiana es un Dios de vida y, por lo tanto, el cristiano debe asumir como su primordial tarea religiosa promover la vida, afirma Martín-Baró (2006), entonces la fe cristiana debe buscar todas aquellas condiciones históricas que den vida a los pueblos; y en el caso de los pueblos latinoamericanos, esta búsqueda de vida exige una liberación de las estructuras sociales y personales.

Martín-Baró (2006) además va a tomar dos ideas de la teología de la liberación:

1) La primera, que lo importante es la acción, de modo que la verdad de la fe debe mostrarse en realizaciones históricas que evidencien y hagan creíble la existencia de un Dios de vida; y 2) la segunda, que la fe cristiana llama a realizar una opción preferencial por los pobres, pues es entre ellos donde hay que buscar a Dios, y con ellos y desde ellos hay que vivir la fe. (p. 11)

Así, una Psicología de la liberación “tiene que aprender que sólo desde el mismo pueblo será posible descubrir y construir la verdad existencial de los pueblos latinoamericanos” (Martín-Baró, 2006, p. 12) y, desde ahí, lograr su objetivo, que no es otro que la liberación histórica de unas estructuras sociales que mantienen oprimidas a las mayorías latinoamericanas.

En definitiva, la Psicología Social de Martín-Baró, cuyo énfasis en la religión la erige como una Psicología Social de la Religión, se trata de “un esfuerzo por elaborar una psicología social que junte el rigor científico con el compromiso social, que saque provecho de todo el acervo de conocimientos elaborados en otros lugares y desde otras inquietudes, pero los replantee críticamente a la luz de los problemas propios de los pueblos centroamericanos” (Martín-Baró, 1989; como se citó en De la Corte Ibáñez, 2000, p. 441).

1.8. Estudios sobre religión, espiritualidad y salud

Hasta aquí, se han expuesto distintos conceptos, teorías y aspectos acerca de la religión y la espiritualidad, que han surgido a partir del estudio de estos fenómenos desde distintas áreas del conocimiento, como la sociología y, principalmente, la psicología. Con ello, se ha pretendido establecer una base que dé pie a la siguiente parte del trabajo, la cual va a suponer el grueso teórico del mismo, donde se va a poner el foco en las relaciones entre la religión, la espiritualidad y la salud.

Desde la mitad del siglo XX, las creencias religiosas han pasado a considerarse como un tema de interés de estudio en cuanto al mantenimiento y recuperación de la salud, existiendo así numerosas investigaciones que incluyen variados aspectos que toman desde la evaluación positiva de síntomas y conductas, hasta las intervenciones de salud (González, 2004).

Más concretamente, el concepto de espiritualidad ha ido cobrando cada día más importancia, sobrepasando los límites de la religión y de la moral, hasta convertirse en un constructo estudiado ampliamente por el campo de la salud (Koenig, 2008; como se citó en Quinceno y Vinaccia, 2009).

Con ello, en las investigaciones realizadas en el campo de la Psicología de la Religión y la Espiritualidad se ha llegado a diversas conclusiones acerca de cómo la religión puede tener efectos positivos en la salud, por ejemplo, en los procesos de afrontamiento de sucesos vitales negativos o estresantes, entre los cuales se encuentran distintos tipos de enfermedades (Yoffe, 2007).

En primer lugar, se va a hacer un breve repaso de algunos de los trabajos que han puesto su atención en la salud mental.

1.8.1. Religión y espiritualidad en el marco de la salud mental

En lo referente a la religión, encontramos varios estudios de especial relevancia.

Según Pérez et al. (2005), la religión puede ayudar a las personas a seguir adelante después de eventos traumáticos, así como ofrecer una fuente de esperanza a aquellos que lidian con sus problemas todos los días. De hecho, estas autoras encontraron en su estudio una correlación negativa significativa entre el nivel de depresión y pertenecer activamente a un grupo religioso o espiritual (Pérez et al., 2005).

En este sentido, afirma Salgado (2014) que la religión se identifica como fuente de soporte social, de ayuda y de fortaleza, de forma que las creencias religiosas tienden a redimensionar el sufrimiento, disminuir el estrés, son fuente de autocuidado y ayudan a evitar la depresión, aspectos todos ellos favorables para la salud mental.

Tanto es así, que estos factores positivos para la salud que tiene la religión hacen que exista una mayor apertura a estas potencialidades saludables de la participación religiosa por parte de los terapeutas, haciéndose patente así la relevancia que la religión tiene para la psicoterapia (Bergin, 1991).

En este sentido, Hawks et al. (1995) realizaron una revisión de la literatura sobre la relación de la religión, la espiritualidad y la salud, con el objetivo de revisar las definiciones de la salud espiritual; proporcionar una visión general de varios métodos de intervención exitosos que pueden mejorar la salud espiritual; y esbozar las posibles relaciones entre las intervenciones de salud espiritual y los resultados de la salud conductual, emocional y física. Encontraron que la imagería, la meditación y las actividades de apoyo en grupo pueden abordar diversos componentes de la salud espiritual, como el sentido y el propósito de la vida, la autoconciencia y la conexión con uno mismo, con los demás y con una realidad más amplia. A su vez, se observaron cambios positivos en las conductas de salud, como la comunicación, la actividad dietética y el cumplimiento del tratamiento, y una variedad de resultados beneficiosos para la salud física y emocional, como la reversión de enfermedades cardíacas, la disminución de la mortalidad por cáncer, la reducción de la ansiedad y la mejora del estado de ánimo (Hawks et al., 1995).

En resumen, la religión, y también la espiritualidad, mediante sus prácticas de meditación y el uso de técnicas como la relajación y la imagería, así como el soporte del grupo social, principalmente, posibilitan, en última instancia, estados de “tranquilidad” que favorecen los procesos cognitivos y la salud mental y física en las personas, en tres aspectos: consigo mismo, con los demás y con el futuro, lo que implica que puedan ser empleadas como estrategias terapéuticas en procedimientos psicológicos multimodales (Quinceno y Vinaccia, 2009).

Otras investigaciones, más centradas en la religiosidad, muestran relaciones claras entre esta y el bienestar psicológico subjetivo, la satisfacción vital y el logro de sentido y bienestar existencial (Hadaway y Roof, 1978; Poloma y Pendleton, 1990) y, además de esto, en otras investigaciones se suma el hallazgo de una relación negativa entre la religiosidad intrínseca y la ansiedad y la depresión (Koenig et al., 1988).

Existen más estudios referentes a la salud mental que correlacionan esta con la espiritualidad. Por ejemplo, Bento Gastaud et al. (2006) comentan que varios estudios sugieren que la realización de actividades espirituales (como la oración y otros rituales) puede influir en las personas a través de emociones positivas como la esperanza, el amor, la autoestima y el perdón, ya que influyen en la salud a través de la acción psiconeuroinmunológica y de mecanismos psicofisiológicos.

Otros estudios han mostrado que una mayor espiritualidad se asocia con mejores síntomas relacionados con la clínica, como el estado de ánimo deprimido y la ansiedad, variables emocionales y el bienestar (optimismo, satisfacción con la vida) (Saiz et al., 2020). En este sentido, se ha encontrado que la integración de la espiritualidad en los programas de recuperación para personas con enfermedades mentales graves y persistentes puede ser un complemento útil para facilitar el proceso de recuperación y mejorar el bienestar psicológico (Saiz et al., 2021).

Por otro lado, existen estudios donde se han investigado los efectos de varios de estos factores conjuntamente, como son la religiosidad y la espiritualidad. Por ejemplo, Saiz et al. (2021) encontraron que, durante el proceso de recuperación de trastornos mentales persistentes, la religiosidad y la espiritualidad se correlacionaban con el bienestar psicológico y el apoyo social percibido, y que estas variables se asociaban con las cinco etapas de la recuperación de forma diferente. Además, identificaron la importancia de la gratitud, la compasión, la paz interior y la conexión con la vida en el proceso de recuperación.

Dada esta variedad de estudios en salud mental, no es de extrañar que, como expone Koenig (2012), aproximadamente el 80% de la investigación sobre religión, espiritualidad y salud implica estudios sobre salud mental. Y esto, explica Koenig (2012), es debido a que se prevén relaciones más fuertes entre religión, espiritualidad y salud mental ya que la participación de religión y espiritualidad consiste en aspectos psicológicos, sociales y de comportamiento que se relacionan más próximamente con la salud mental que con la salud física.

No obstante, expone Jones (2004), existe el efecto de interacción entre el bienestar físico y mental: en la medida en que la religión contribuye a uno, indirectamente contribuye a otro. Todos estos aspectos que se han mencionado en lo relativo a la salud mental, por tanto, van a tener su efecto en la salud física. A continuación, se ahondará más a este respecto.

1.8.2. La relación entre la religión, la espiritualidad y la salud física: introducción al modelo de Koenig

De entre los numerosos trabajos que existen en este ámbito, a continuación, se va a exponer el que representa un sustento fundamental para la presente investigación, es decir, el de Koenig et al. (2012).

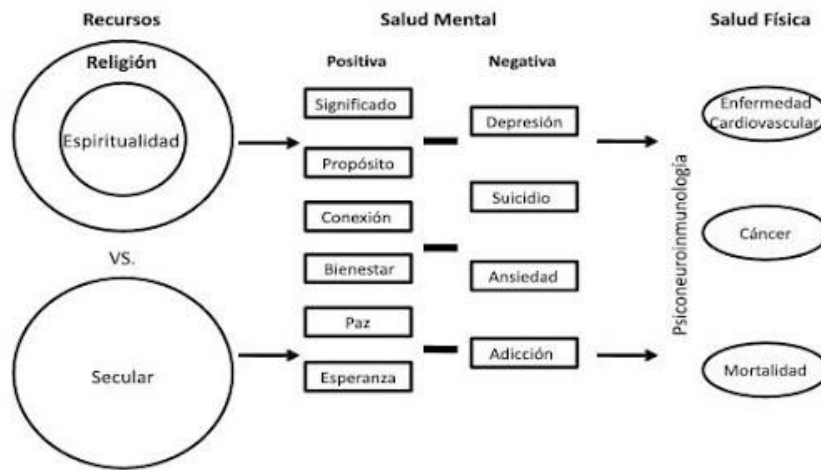
Koenig et al. (2012), basándose en las distintas definiciones que se han dado al término espiritualidad, plantean cuatro visiones diferentes sobre la relación de la salud mental y física con la religión y la espiritualidad o secularidad.

En primer lugar, la *visión histórica tradicional* considera la espiritualidad como una característica de las personas profundamente religiosas que las separan de las que lo son sólo superficialmente. Según Koenig et al. (2012), para los primeros la espiritualidad es una “forma de vida” que domina su visión del mundo, decisiones, comportamientos y formas de relacionarse con los demás. Esta concepción recuerda a la idea de religiosidad intrínseca y religiosidad extrínseca de Allport y Ross (1967). Para estos autores, “la persona motivada extrínsecamente utiliza su religión, mientras que la motivada intrínsecamente vive su religión” (p. 434). Es decir, según Allport y Ross (1967) las personas con una religiosidad extrínseca utilizan la religión de forma instrumental, para lograr sus propios fines, ya que puede proporcionarles seguridad, consuelo, sociabilidad y estatus. La persona con una religiosidad extrínseca se dirige a Dios, pero sin apartarse de sí misma. Por otro lado, las personas con una religiosidad intrínseca encuentran su motivo principal en la religión, para ellos otras necesidades, por muy fuertes que sean, se consideran de menor importancia final y, en la medida de lo posible, se armonizan con las creencias y prescripciones religiosas (Allport y Ross, 1967).

Con todo, en esta visión de la espiritualidad, esta se considera un componente de la religión, es decir, no se puede ser espiritual y no religioso (Figura 1).

Figura 1.

Versión tradicional-histórica de espiritualidad.

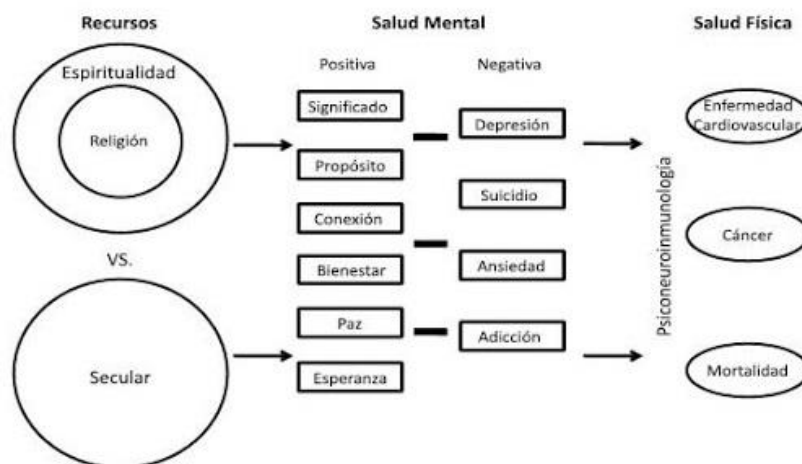


Nota. Tomado de “La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad” (p. 325), por J.M. Quinceno y S. Vinaccia, 2009, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2).

Por otro lado, según la *visión moderna de espiritualidad*, la persona espiritual no tiene por qué ser religiosa, creándose así una nueva categoría de individuos “espirituales, pero no religiosos” (Koenig et al., 2012). Así, tal y como exponen Cornejo y Blázquez (2016), esta versión conceptualiza la comparación de la salud mental y física de los que son “espirituales religiosos”, los que son “espirituales, pero no religiosos”, y los que son “completamente seculares” (Figura 2), de tal manera que en cuestión de salud se encuentran diferencias características: para unos la espiritualidad forma parte de su cuidado y para otros no.

Figura 2.

Versión moderna de espiritualidad.



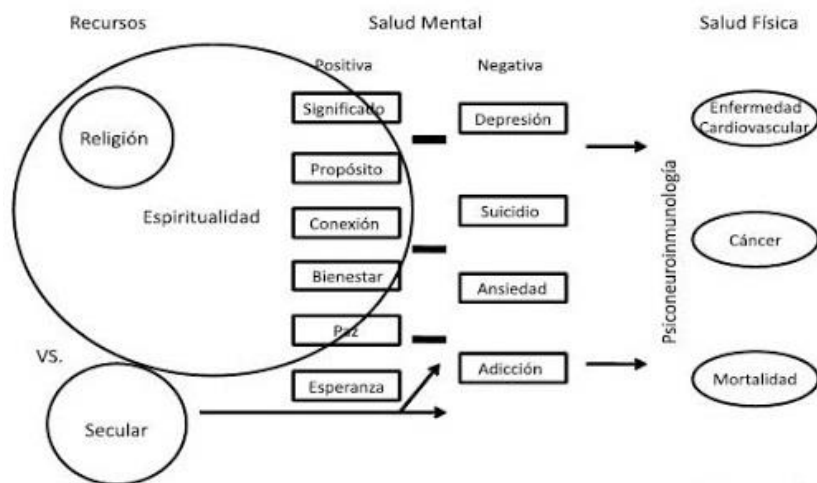
Nota. Tomado de “La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad” (p. 325), por J.M. Quinceno y S. Vinaccia, 2009, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2).

Resulta oportuno explicar la diferencia entre estas dos visiones, pues la similitud de las figuras puede llevar a confusión. En la Figura 1 se puede observar como la espiritualidad queda dentro de la religión, es decir, la primera es un componente de la segunda. En la Figura 2, en cambio, se observa que la espiritualidad queda fuera de la religión, es decir, la primera puede ser un constructo separado de la segunda. Así, la diferencia principal es que para la visión histórica tradicional las personas espirituales son religiosas, mientras que para la visión moderna las personas espirituales pueden ser o no religiosas.

En tercer lugar, aparece la *visión tautológica moderna de espiritualidad* que, si bien es similar a la anterior, incluye en la espiritualidad la salud mental positiva y los valores humanos. Así, según Koenig et al. (2012), desde esta visión la espiritualidad no comprende únicamente aspectos religiosos o la búsqueda de lo sagrado, sino que también incluye características como el optimismo, el bienestar, el significado y el propósito, la tranquilidad y la conexión con los demás. Desde esta visión, por tanto, se incluyen indicadores de buena salud mental en la definición de espiritualidad (Figura 3), lo cual ha desencadenado numerosas críticas: por un lado, se crea una espiritualidad que es simplemente un indicador sustitutivo de una buena salud mental o social y que dificulta la realización de investigaciones válidas sobre la relación entre la espiritualidad y la salud y, por otro, esta forma de definir la espiritualidad condena a las personas con afecciones emocionales o trastornos mentales, si no experimentan sentimientos positivos, al grupo “no espiritual” (Koenig et al., 2012).

Figura 3.

Versión tautológica moderna de espiritualidad.

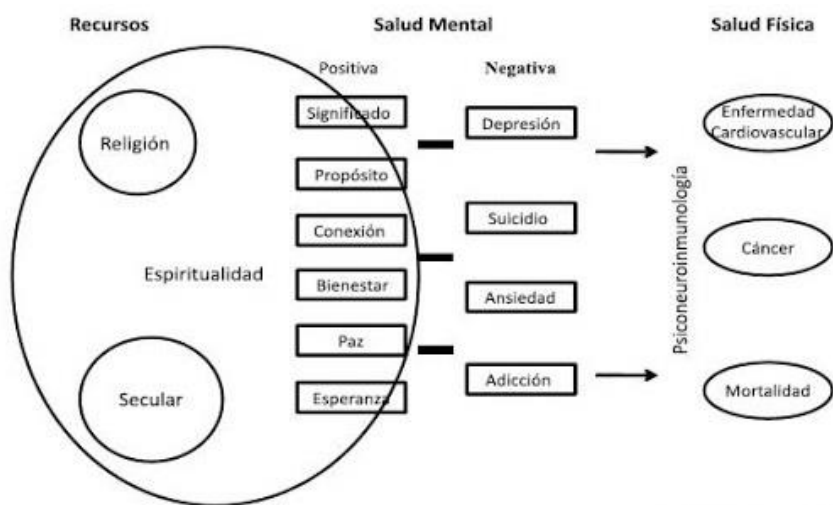


Nota. Tomado de “La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad” (p. 325), por J.M. Quinceno y S. Vinaccia, 2009, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2).

Por último, la *visión clínica moderna de espiritualidad* incluye no solo la religión y los indicadores positivos de salud mental, sino que añade lo secular, lo que hace que todos sean espirituales (Figura 4). Por ello, para Koenig et al. (2012), esta última forma de definición no puede utilizarse en la investigación dado que no existe una categoría de personas no espirituales con las que se pueda comparar a las personas espirituales.

Figura 4.

Versión clínica moderna de espiritualidad.



Nota. Tomado de “La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad” (p. 325), por J.M. Quinceno y S. Vinaccia, 2009, *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2).

Para acabar este punto, cabe destacar que las visiones aquí planteadas y reproducidas en las figuras son una representación resumida del modelo de Koenig et al. (2012) en función de los distintos tipos de definiciones que los autores han encontrado acerca de la espiritualidad.

A continuación, se va a ahondar en este modelo.

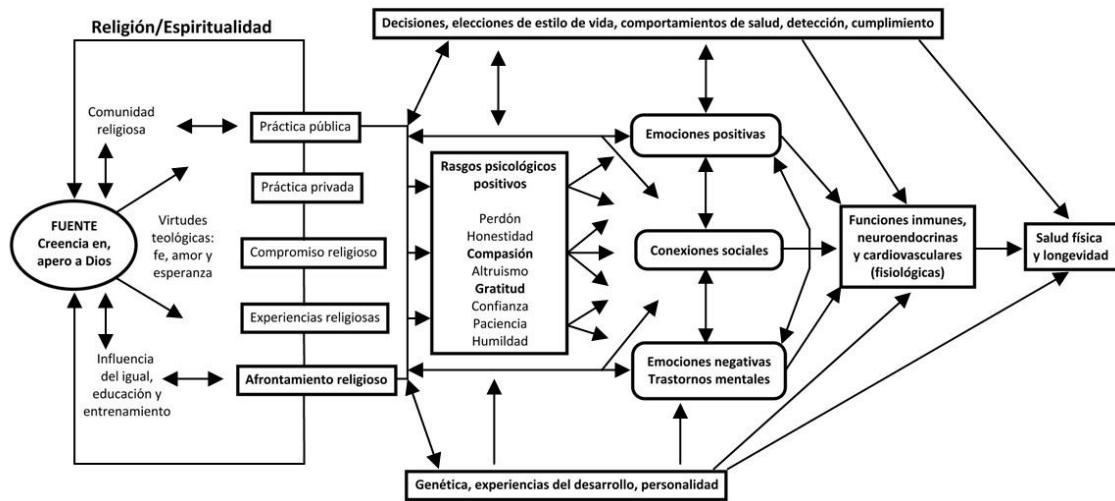
1.8.3. La relación entre la religión, la espiritualidad y la salud física: los modelos de Koenig y el caso del cáncer

Koenig et al. (2012) presentan varios modelos hipotéticos de relaciones causales que tratan de sintetizar los resultados de sus investigaciones en una teoría integral para explicar cómo la religión y la espiritualidad (R/E) influyen en la salud física. El primer modelo que presentan se basa en una visión monoteísta del mundo que es en gran medida consistente con las principales tradiciones religiosas de Occidente, es decir, el Islam, el Cristianismo y el Judaísmo. Continúan con un segundo modelo en el que adaptan su modelo occidental a una visión del mundo religioso oriental, y luego un tercer modelo en el que adaptan el modelo a una visión del mundo humanista secular. Como exponen Koenig et al. (2012), cada uno de estos requerirá más investigación para afirmar o refutar las vías hipotéticas e incluso los propios modelos conceptuales.

El modelo occidental de Koenig et al. (2012). En este modelo, la causa o fuente inicial que en última instancia impulsa los caminos hacia una mejor salud física es la creencia del individuo en, la relación con, y el apego a Dios (Figura 5). El sistema occidental de creencias monoteístas ve a Dios como una entidad separada de la creación misma, un ser divino con el que la gente puede relacionarse y vincularse. Así, este apego, según Koenig et al. (2012), se expresa por las virtudes teológicas (fe en Dios, esperanza en Dios, amor a Dios).

Figura 5.

Modelo occidental de Koenig sobre la relación entre religión/espiritualidad y salud física.



Nota. Adaptado de *Handbook of Religion and Health* (p. 587), por H.G. Koenig, D.E. King y V.B. Carson, 2012, Oxford University Press.

El apego a Dios, que se expresa en las virtudes teológicas y se forma a través de la comunidad de fe, da lugar a un compromiso religioso privado y público, experiencias religiosas y conductas de afrontamiento religioso en respuesta a factores estresantes de la vida (Koenig et al., 2012).

De acuerdo con este modelo, la R/E influye entonces a través de un conjunto de factores mediadores psicológicos, sociales y comportamentales. Los dos primeros factores se dividen en rasgos psicológicos positivos, emociones positivas, conexiones sociales y emociones/comportamientos negativos.

Los rasgos psicológicos positivos (virtudes humanas) incluyen el perdón, la gratitud, la compasión, el altruismo, la honestidad o la humildad entre otros. Todos estos constructos, explican Koenig et al. (2012), se ven como separados de la propia R/E y en su lugar se consideran resultados de la R/E. Se esperaría, por tanto, que los rasgos psicológicos positivos, desarrollados en respuesta a motivaciones de R/E, generaran emociones positivas, contrarrestaran las emociones negativas y promovieran conexiones sociales más fuertes. Las emociones positivas en este modelo se refieren, entre otras, a la paz, la armonía, el bienestar existencial, la felicidad, la esperanza, el optimismo, el propósito y el significado, etc., todos vistos como indicadores del lado positivo de la salud mental. En contraste, las emociones/comportamientos/trastornos negativos reflejan el lado negativo de la salud mental, y entre los ejemplos de estos figuran la depresión, la ansiedad, el miedo, la soledad, la baja autoestima, la angustia psicológica inespecífica, etc.

Por otro lado, las conexiones sociales positivas a nivel individual implican percepciones de apoyo social basadas en las relaciones con la familia y los amigos (Koenig et al., 2012). A este nivel, las conexiones sociales negativas incluyen comportamientos antisociales como la delincuencia o el abandono escolar. Las conexiones sociales positivas a nivel comunitario implican la participación en actividades del grupo, la confianza en la

comunidad, el apoyo a los demás, etc. En cambio, a este nivel, las conexiones sociales negativas son lo opuesto: baja participación, desconfianza y miedo a otros miembros del grupo, etc.

Además de estas vías psicosociales, como se ha comentado anteriormente, la R/E influye en la salud física a través de elecciones de estilo de vida y comportamientos de salud. Estas elecciones influyen directamente en la salud física e implican las decisiones diarias de las personas sobre cómo vivir sus vidas, si bien también pueden influir en la salud física afectando a los rasgos psicológicos positivos, la salud emocional y las conexiones sociales, que a su vez influyen en los sistemas psicofisiológicos mediadores que determinan la salud física y la longevidad (Koenig et al., 2012).

A parte de las influencias indirectas que la R/E puede tener en la salud emocional y las conexiones sociales al promover rasgos psicológicos positivos y elecciones de estilos de vida saludables, la R/E también puede tener influencias directas en la salud emocional y social (Koenig et al., 2012). En otras palabras, la R/E puede aumentar directamente el bienestar, la felicidad, la esperanza, etc.; puede aumentar directamente el apoyo social y el capital social; y puede reducir directamente la depresión, la ansiedad o la angustia emocional sin actuar a través de los mediadores descritos.

En el siguiente nivel del modelo, tal y como manifiestan Koenig et al. (2012), las emociones positivas, las emociones negativas y las conexiones sociales influyen en las funciones fisiológicas (sistemas inmunológico, endocrino y cardiovascular) y, en cierta medida, son influenciadas por ellas. Las funciones cardiovasculares, inmunológicas y endocrinas representan las vías centrales por las que el cuerpo se protege a sí mismo de las enfermedades y responde ante las lesiones. Estos sistemas fisiológicos afectan directamente a la susceptibilidad a las enfermedades y a la recuperación de las mismas y, por tanto, influyen en la salud física y la longevidad.

Hasta aquí, se puede ver como se da una interrelación entre distintos elementos del modelo. Sin embargo, como se observa en la Figura 5, no existen flechas que vayan directamente de la R/E a las funciones fisiológicas o la salud física. Koenig et al. (2012) explican que no conocen ningún mecanismo por el cual la R/E pueda influir directamente en la salud física aparte de los efectos indirectos a través de las vías psicológicas, sociales y de comportamiento. Al considerar los beneficios para la salud de la fuente, es decir, el apego a Dios, se reconoce que los apegos pueden ser positivos y negativos (Koenig et al., 2012). Así, sería de esperar que los apegos negativos tuvieran efectos en la salud que son en gran medida lo contrario de los que podrían tener los apegos positivos. En palabras de Koenig et al. (2012), una relación con Dios llena de conflicto y desarmonía, basada en el juicio y la persecución en lugar de en el amor, la misericordia y la comprensión, probablemente tendrá efectos adversos en la salud mental, social y física.

Ahora, una vez explicado el modelo, se va a hablar de los factores y las vías mencionadas que lo componen.

En primer lugar, están los factores genéticos y de desarrollo (Koenig et al., 2012). Como explican los mismos autores, los factores genéticos pueden explicar en parte los rasgos psicológicos positivos, como la capacidad de perdonar o ser paciente, y los factores de desarrollo desempeñan un papel fundamental en la formación de estos rasgos. Los factores genéticos y de desarrollo influyen en las elecciones de estilo de vida y en las decisiones

relacionadas con los comportamientos de salud. También hay determinantes genéticos de las funciones inmunológicas, endocrinas y cardiovasculares, y también en las enfermedades que aparecen cuando estos no funcionan correctamente y, por supuesto, en otras enfermedades físicas y la propia longevidad.

Las influencias genéticas y de desarrollo, por lo tanto, tienen una gran influencia en todo el sistema anterior, añadiendo complejidad a la relación R/E-salud física. Además, explican Koenig et al. (2012), no se trata de un modelo estático sino de uno que cambia constantemente, a medida que los individuos aprenden de las experiencias de la vida y responden a ellas. Además, la edad, el género, la educación o el estatus socioeconómico también influyen en la salud física y en los resultados médicos y por lo tanto añaden ruido de fondo a las relaciones entre la R/E y la salud. Esto deja muy claro que las formas en que la R/E influye en la salud física son tan complejas e interrelacionadas que es imposible para cualquiera hacer juicios racionales o deterministas acerca de por qué alguien está enfermo.

No obstante, vamos a centrarnos en las vías psicológicas, sociales y de comportamiento.

Koenig et al. (2012) proponen tres vías principales a través de las cuales la religión y la espiritualidad pueden estar relacionadas con la salud física y los sistemas fisiológicos que la preservan.

El primer camino que conecta la R/E y la salud física involucra mediadores psicológicos. Como exponen Koenig et al. (2012), los indicadores de buena salud mental (emociones positivas, rasgos psicológicos positivos) están relacionados con una mejor salud física, mientras que la mala salud mental tiene el efecto contrario. Estos autores resumen la investigación que se ha dedicado a estas relaciones, encontrando que las creencias y conductas religiosas no sólo fomentan rasgos psicológicos positivos como el perdón, el altruismo o la gratitud, sino que también representan poderosas conductas de afrontamiento para lidiar con el estrés de la vida y la adversidad.

Por tanto, los rasgos psicológicos positivos, también referidos como “virtudes humanas”, están asociados con una mejor salud mental y, según las hipótesis de Koenig et al. (2012), estos rasgos sirven para mediar los efectos entre R/E y salud mental y social. Además, los individuos que son más religiosos y espirituales son más propensos a experimentar emociones positivas, así como un mayor bienestar psicológico, mayor calidad de vida, más esperanza y optimismo, más significado y propósito, mayor autoestima y un mayor sentido de control personal (Koenig et al., 2012).

Además, la religión y la espiritualidad tienen el potencial no sólo de aumentar los rasgos y emociones positivas, sino también de neutralizar los negativos. Tal y como exponen Koenig et al. (2012), las personas religiosas y espirituales tienen menos probabilidades de experimentar emociones negativas y trastornos emocionales.

En resumen, una mayor R/E se asocia con más rasgos psicológicos positivos, más emociones positivas y menos emociones negativas y trastornos emocionales.

En segundo lugar, aparecen las vías sociales. Koenig et al. (2012) exponen numerosas pruebas de que la R/E está asociada con conexiones sociales más fuertes, incluyendo un mayor apoyo social a nivel individual, un mayor capital social a nivel de la comunidad, y una

mayor estabilidad de pareja. Se sabe, además, que las conexiones sociales influyen a su vez en la salud física (House et al., 1988; Uchino, 2009).

Por último, Koenig et al. (2012) proponen las vías comportamentales, pues se sabe que los hábitos y conductas de salud (ejercicio, dieta, menor consumo de tabaco, etc.), los cuales se asocian con la R/E, tienen un fuerte impacto en la salud física y en los resultados médicos, así como en los esfuerzos para identificar enfermedades y cumplir con el tratamiento.

Tomando en cuenta la escasez de estudios que explican la influencia de la religión y la espiritualidad en la salud física, este trabajo tendrá como objetivo general el de describir como las distintas interrelaciones entre los elementos psicológicos, sociales y del comportamiento que forman el modelo llevan a que la R/E influya en la salud física. Además, a estos elementos vamos a sumar el afrontamiento religioso como expresión del apego a Dios, y observar cómo se interrelaciona con los demás componentes del modelo. Todo ello, en el caso concreto del cáncer, pues los hallazgos de Koenig et al. (2012) son consistentes con las relaciones inversas entre la R/E y la mayoría de los factores de riesgo de cáncer.

Una vez ha sido explicado el modelo occidental, y antes de pasar a los objetivos específicos y la metodología del presente trabajo, se van a exponer brevemente los otros modelos propuestos por Koenig et al. (2012): el modelo oriental y el modelo humanista secular.

El modelo oriental. Este modelo es el mismo que el modelo occidental, excepto por el Hinduismo, donde el referente de Dios es el Brahman y otros dioses menores, y en el Budismo, donde el referente es el Buda o la Realidad Última (Koenig et al., 2012).

Según Koenig et al. (2012), el Dharma, un concepto central en el hinduismo y también en cierta medida en el budismo, reemplaza la fe, la esperanza y el amor a Dios del modelo occidental, y en su lugar representa una forma de vida.

Estas creencias en las tradiciones religiosas orientales, por lo tanto, dan lugar a prácticas religiosas públicas y privadas, compromisos religiosos, experiencias religiosas (fusión con el Brahman o el universo y más allá), y formas de hacer frente al estrés, la pérdida y el sufrimiento (Koenig et al., 2012). También dan lugar a rasgos psicológicos positivos (virtudes humanas) e influyen en los comportamientos de salud, a través de los cuales la salud emocional y social puede verse afectada. Además, las creencias y prácticas religiosas orientales tienen una influencia directa en la salud emocional y social, al igual que las creencias religiosas occidentales. Entonces, como explican Koenig et al. (2012), los efectos directos e indirectos en los factores psicológicos, sociales y de comportamiento conducen a funciones psicológicas más saludables, mejor salud y mayor longevidad. Una vez más, los factores genéticos, de desarrollo y socioeconómicos de fondo influyen en estas relaciones, al igual que en las religiones occidentales.

El modelo humanista secular. Por último, Koenig et al. (2012) modelan las vías causales por las que los sistemas de creencias basados en el humanismo secular podrían afectar a la salud, de nuevo siguiendo en gran medida el modelo de las religiones occidentales y orientales, pero eliminando la R/E.

En este modelo, el ser humano y la comunidad son la principal fuente de salud, tomando el lugar de Dios en las religiones occidentales (y el equivalente de Dios en las

religiones orientales). Como exponen los autores, el humanismo secular depende de la razón humana, la ciencia y las leyes de la naturaleza que pueden ser estudiadas y comprendidas. Esto da lugar a un énfasis en la ética, la justicia, el bien público y la búsqueda de la verdad. La visión humanista del mundo da lugar a rasgos psicológicos positivos (virtudes humanas) y afecta a la elección del estilo de vida y a los comportamientos de salud, lo que a su vez influye en las emociones positivas y en las conexiones sociales, al igual que en los modelos presentados para las religiones occidentales y orientales (Koenig et al., 2012). Así, los efectos en la salud mental, las conexiones sociales y los comportamientos de salud influyen a su vez en la salud física y la longevidad a través de un mecanismo similar al de la R/E.

Existen varias diferencias entre la R/E y los modelos seculares:

1) El énfasis en la ciencia y la medicina podría conducir a mayores esfuerzos en la detección de enfermedades y tal vez mejores conductas de salud; 2) El sólido sistema ético y la demanda de justicia también pueden servir para mejorar las relaciones comunitarias y crear capital social, lo que afecta a la salud de manera positiva; y 3) los humanistas seculares también pueden estar mejor educados, provenir de una clase socioeconómica más alta y, por lo tanto, tener mejor acceso a los recursos de atención de la salud, por lo que estas influencias de fondo también podrían tener su efecto en las relaciones con la salud de manera positiva. (Koenig et al., 2012)

Por supuesto, se esperaría que los factores genéticos y de desarrollo influyeran en todas estas relaciones de la misma manera que afectan a las relaciones en los modelos religiosos occidentales y orientales.

Hasta aquí, se han propuesto tres modelos que pueden ayudar a comprender como la R/E afecta a la salud. Como admiten Koenig et al. (2012), se trata de modelos hipotéticos basados en pruebas preliminares de la investigación sobre la R/E y la salud, y sin duda necesitarán ser perfeccionados (o tal vez puedan ser descartados) a medida que se aprenda más a través de futuras investigaciones.

Así, teniendo en cuenta el objetivo general del presente trabajo que ya se ha expuesto más arriba, vamos a centrar la atención en el modelo occidental, dado que es en el que los autores depositan más confianza y, además, la muestra a la que tenemos acceso pertenece fundamentalmente al mundo occidental.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general del trabajo, como ya se ha mencionado, es validar el modelo occidental de Koenig et al. (2012) en una muestra española de personas afectadas por cáncer.

Así, los objetivos específicos y sus correspondientes hipótesis son los siguientes:

1. El primer objetivo será comprobar el modelo occidental propuesto por Koenig sobre salud, religión y espiritualidad en enfermos de cáncer. Dentro de este objetivo, contamos con las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: aquellos pacientes oncológicos que puntúen más alto en Religiosidad/Espiritualidad, es decir, que tengan un mayor apego positivo a Dios, puntuarán más alto en afrontamiento religioso positivo, y, por tanto, su puntuación en rasgos

psicológicos positivos será mayor (en este trabajo se tendrán en cuenta la compasión y la gratitud).

- Hipótesis 2: los pacientes oncológicos que hayan puntuado más alto en rasgos psicológicos positivos, además, experimentarán más emociones positivas, evitarán en mayor medida las emociones negativas y obtendrán una mayor puntuación en apoyo social.

- Hipótesis 3: aquellos pacientes oncológicos que experimenten más emociones positivas, menos emociones negativas y tengan un apoyo social mayor, tendrán una mejor salud percibida.

- Hipótesis 4: a su vez, todas las variables previamente mencionadas estarán influidas por el estilo de vida.

2. El segundo objetivo será comprobar el modelo occidental propuesto por Koenig en relación con distintas variables sociodemográficas, como son la edad, el nivel de estudios y el nivel socioeconómico. Este objetivo cuenta con una sola hipótesis:

- Hipótesis 5: al igual que se espera una influencia transversal del estilo de vida, también se espera una influencia en el conjunto del modelo de Koenig por parte de las variables sociodemográficas de edad, estudios y nivel socioeconómico.

3. METODOLOGÍA

3.1. Participantes

La muestra estaba compuesta por 178 sujetos con diagnóstico de cáncer. Participaron 89 mujeres (50%) y 89 hombres (50%), en un rango de edad de 17 a 81 años.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Características sociodemográficas

Se administró una encuesta ad hoc donde se pedía a los participantes que registrasen los datos relativos a su edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, nivel socioeconómico y problemas de salud.

3.2.2. Escala de Confianza/Desconfianza en Dios

La Escala de Confianza/Desconfianza en Dios (Rosmarin et al., 2011) consta de 6 ítems, tres de ellos evalúan la confianza en Dios (por ejemplo, “Dios me ama inmensamente”) y tres evalúan la desconfianza en Dios (por ejemplo, “Dios me odia”). Se trata de una escala Likert con 5 alternativas de respuesta (de nada a mucho) donde los participantes señalaron su grado de creencia. La fiabilidad de la escala original es alta para ambos factores (confianza $\alpha=0.94$; desconfianza $\alpha=0.84$). Se realizó la traducción de la escala original de Rosmarin et al. (2011) para su aplicación en muestra española, obteniendo también una fiabilidad alta (confianza $\alpha=0.95$; desconfianza $\alpha=0.86$). En el presente trabajo la escala se ha utilizado para medir el apego a Dios, como proponen Koenig et al. (2012).

3.2.3. *El valor de Dios*

El valor de Dios se midió con el ítem “¿Cómo de importante es Dios en tu vida?”, obtenido de la Encuesta Mundial de Valores (Haerpfer et al., 2020). Los participantes debían indicar el nivel de importancia a través de una escala Likert de 10 puntos, en la que 1 denotaba nada importante y 10 muy importante. Este ítem se ha introducido en otros estudios en el área de la salud reportando buenos resultados (Saiz et al, 2021).

3.2.4. *Escala Brief-RCOPE*

La Brief-RCOPE (Pargament et al., 1998) evalúa patrones negativos y positivos de afrontamiento religioso, a través de 14 ítems divididos en dos subescalas: (1) Afrontamiento religioso positivo (compuesto por los ítems 2, 4, 5, 6, 7, 10 y 14, por ejemplo, “Busqué el amor y el cuidado de Dios”), caracterizado por una buena relación con Dios y la búsqueda de un apoyo y un sentido espiritual; y (2) Afrontamiento religioso negativo (compuesto por los ítems 1, 3, 8, 9, 11, 12 y 13, por ejemplo, “Me sentí castigado por Dios por mi falta de devoción”), caracterizado por el descontento con Dios, una peor relación con este y un menor sentido espiritual. Se utilizó la traducción de Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) de la escala original Brief-RCOPE de Pargament et al. (1998). Esta versión presenta un formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta, desde 1 (Nunca) hasta 5 (Siempre), de manera que para cada una de las subescalas tenemos una puntuación mínima de 7 y una puntuación máxima de 35. La fiabilidad del instrumento, obtenida a través del alfa de Cronbach, resultó satisfactoria, si bien lo fue más para el afrontamiento religioso positivo (0.83) que para el negativo (0.65), pues este último arrojó resultados más conservadores (Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007). No obstante, en nuestro caso los resultados fueron mejores, tanto para el afrontamiento religioso positivo ($\alpha=0.97$), como para el negativo ($\alpha=0.77$).

3.2.5. *Escala de Compasión hacia Otros*

La COOL (*Compassion Of Others' Lives scale*) (Chang et al., 2014), traducida y validada por Klos y Lemos (2018), está formada por 26 ítems, de los cuales 13 pertenecen a la dimensión de empatía y 13 a la dimensión de alivio del sufrimiento, que permiten obtener una puntuación global de la compasión hacia otros, además de puntuaciones separadas para cada una de las subescalas. Se trata de una escala de respuesta tipo Likert del 1 (no me describe bien) al 5 (me describe muy bien). La fiabilidad de la Escala de Compasión hacia Otros es elevada, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.93. En el presente estudio se usaron únicamente 6 ítems pertenecientes a la dimensión de *alivio del sufrimiento* (por ejemplo, “Cuando sé cómo se siente alguien, estoy más dispuesto a ayudarlo”). Se seleccionaron estos ítems con el objetivo de no aumentar excesivamente el tiempo de respuesta del instrumento. Además, Klos y Lemos (2018) otorgan en cierta medida más importancia a esta dimensión, pues es esperable que para que se produzca un acto de compasión, sea necesario no solo ser sensible a la necesidad ajena, sino también ser movido a aliviar el sufrimiento de quien lo padece. Con todo, la fiabilidad de estos 6 ítems fue adecuada ($\alpha=0.86$).

3.2.6. Cuestionario de gratitud (GQ-6)

El GQ-6 (McCullough et al., 2002), traducido al español por Beléndez (2011), está compuesto por 6 ítems que miden la tendencia a experimentar gratitud en el día a día (por ejemplo, “Me siento agradecido/a una gran cantidad de gente”). Se presenta a través de una escala tipo Likert de siete puntos, cuyas respuestas van del 1 (totalmente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo), de forma que las puntuaciones mínimas y máximas oscilan entre 6 y 42. Los ítems 3 y 6 tienen puntuaciones inversas. La escala posee un alfa de Cronbach de 0.84 en la versión original y un alfa de Cronbach de 0.88 para la presente muestra.

3.2.7. Escala PANAS

La Escala de afecto positivo y negativo (Watson et al., 1988), adaptada al español por López-Gómez et al. (2014), ha sido ampliamente utilizada para medir el afecto y las emociones. La PANAS incluye dos subescalas, una de afecto positivo y otra de afecto negativo, con 10 ítems cada una de ellas (por ejemplo, “Satisfecho/a consigo mismo” y “Angustiado/a”, respectivamente), conformando un total de 20 ítems. Se trata de una escala en formato Likert de 5 puntos donde el participante debe indicar si ha sentido cada uno de los afectos, desde el 1 (nada o muy ligeramente) hasta el 5 (mucho). En cada subescala se obtiene una puntuación total que oscila entre 10 y 50, donde una mayor puntuación indica una mayor presencia de ese tipo de afecto. En dicha versión, el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.92 para la subescala de Afecto positivo y de 0.88 para la subescala de Afecto negativo. En el caso de nuestra muestra, los resultados fueron también satisfactorios, tanto para la subescala de afecto positivo ($\alpha=0.88$) como para la de afecto negativo ($\alpha=0.86$).

3.2.8. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMAS)

La EMAS, adaptada al castellano por Landeta y Calvete (2002), es una escala de 12 ítems que evalúa el nivel de apoyo social que perciben las personas, y que cuenta con tres dimensiones diferentes (familia, amigos y personas significativas). Esta escala se presenta en formato Likert con siete alternativas de respuesta, significando el valor 1 “Totalmente en desacuerdo” y el 7 “Totalmente de acuerdo”. En este caso la escala ha sido obtenida del estudio de Ruíz et al. (2017), y como en este se muestra presenta una fiabilidad adecuada ($\alpha=0.91$). No obstante, para el presente estudio se han utilizado solamente los ítems de la dimensión personas significativas, ya que representa una versión aún más abreviada para evaluar el apoyo social percibido sin centrarse en ninguna fuente de apoyo específica (por ejemplo, “Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil”). Esta escala arroja unos datos de fiabilidad también muy positivos ($\alpha=0.94$). Para la presente muestra, si bien la fiabilidad es menor, esta resulta igualmente adecuada ($\alpha=0.80$).

3.2.9. Cuestionario de Salud SF-36

La versión española del SF-36, adaptada por Alonso et al. (1995), está compuesta por 36 ítems que evalúan el estado de salud, a través de 8 subescalas que abarcan distintos conceptos sobre la salud, la enfermedad y el tratamiento: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

Concretamente se han utilizado los ítems relativos a la escala de Salud General, que conforman un total de 5 ítems (1, 11a, 11b, 11c y 11d), ya que, de forma sintética, representan una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar (por ejemplo, “Creo que mi salud va a empeorar”). Todos los ítems están presentados en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, donde las respuestas al ítem 1 van del 1 (excelente) al 5 (mala), y las respuestas a los demás ítems van del 1 (totalmente cierta) al 5 (totalmente falsa). La escala requiere la recodificación de los ítems 1, 11b y 11d, que se puntúan de forma inversa. La puntuación se calcula a través del sumatorio del valor final de los ítems, de manera que un valor elevado indica una mejor percepción de la salud general. El SF-36 resultó ser un instrumento fiable, pues el coeficiente alfa de Cronbach de todas las escalas supera el valor mínimo recomendado ($\alpha=0.70$). Particularmente, el alfa de Cronbach de la subescala de Salud General es de 0.82 en esta versión, y de 0.84 en la presente muestra.

3.2.10. Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida

Este cuestionario de Arrivillaga, Salazar y Gómez (2002) está compuesto por 116 ítems, divididos en dos subescalas: prácticas (69 ítems) y creencias (47 ítems). Los ítems hacen referencia a seis dimensiones distintas del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño. Se trata de una escala tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta, de “siempre” a “nunca” en la subescala de prácticas y de “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo” en la subescala de creencias. En este trabajo se han utilizado 6 ítems de la subescala de prácticas, para valorar la actividad física, la alimentación, el consumo de alcohol y tabaco, y el cuidado médico (por ejemplo, “¿Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte?”). Se seleccionó esta subescala debido a que resulta ser una valoración más real del estilo de vida de los participantes, puesto que evalúa la medida en que los hábitos y prácticas de los sujetos son o no son saludables. El alfa de Cronbach del cuestionario es de 0.83.

3.3. Procedimiento

En primer lugar, se seleccionaron los instrumentos que se iban a utilizar para medir las variables del estudio. Dado que la *Escala de Confianza/Desconfianza en Dios* no contaba con una adaptación al español, se contactó con David Rosmarin, uno de los autores de este instrumento, de quien se recibió el visto bueno para la realización de la traducción. A continuación, se realizaron dos traducciones diferentes de los ítems, una más literal que la otra. Estas dos traducciones fueron nuevamente traducidas al inglés, para asegurarnos de que los ítems conservaran su sentido original. Así, dado que se trataba de ítems bastante sencillos, nos decidimos por la traducción más literal de estos.

Tras esto, se elaboró un cuestionario (Anexo 1) de administración online a través de la aplicación *Google Forms*, a partir de los ítems de los instrumentos explicados en el apartado anterior.

A continuación, se enviaron invitaciones para participar en el estudio a un total de seis asociaciones que trabajan con personas con cáncer, siendo estas rehusadas en todos los casos por motivos relativos a la protección de datos. Así, dada la dificultad de contactar con

pacientes oncológicos a partir de asociaciones y organizaciones, se realizó un muestreo no probabilístico de tipo bola de nieve, a través de casos cercanos de personas con cáncer, que ayudaron a encontrar a más personas afectadas por esta enfermedad. De esta manera se logró una amplia muestra de enfermos de cáncer, pues el cuestionario llegó no sólo a personas individuales, sino también a trabajadores de hospitales, asociaciones, residencias o centros de día que pudieron difundirlo entre un mayor número de sujetos.

Una vez recibido el cuestionario, los sujetos tenían acceso en la primera página a una explicación de en qué consistía el mismo, así como la opción de dar su consentimiento para el tratamiento confidencial de sus datos con fines de investigación. Una vez aceptadas las condiciones, los sujetos tuvieron acceso a la segunda página del mismo, donde debían completar los datos sociodemográficos solicitados. Tras esto, los sujetos pudieron contestar a los diferentes ítems que formaban el cuestionario.

Por último, dado que el cuestionario llegó a personas sanas o afectadas por otro tipo de enfermedades, y pese a describirse en la introducción al mismo que estaba enfocado a personas afectadas por el cáncer, se procedió a eliminar aquellos datos que no eran pertinentes para el presente trabajo.

3.4. Análisis de datos

En primer lugar, en lo relativo a las variables sociodemográficas, se obtuvieron a nivel descriptivo medidas de tendencia central como la media y la mediana, además de la desviación típica, los porcentajes y el mínimo y el máximo. Al ser la mayoría variables nominales, no se obtuvieron estas medidas de todas las variables.

Por otro lado, con el objetivo de adaptar la Escala de Confianza/Desconfianza en Dios (Rosmarin et al., 2011) a muestra española, se analizó la fiabilidad de la escala traducida al español a través de un análisis de consistencia interna, utilizando el estadístico alfa de Cronbach. Además, se realizó un análisis factorial con el fin de ofrecer datos sobre la validez de constructo del instrumento traducido.

Así mismo, se evaluó la validez convergente y discriminante a través de un análisis de correlaciones mediante el coeficiente r de Pearson. En la versión original los autores correlacionaron las subescalas de confianza y desconfianza en Dios (apego positivo y negativo, en nuestro caso) con medidas de depresión, ansiedad y angustia. En este caso, la correlación de ambas subescalas se realizó con las subescalas de emociones positivas y emociones negativas de la escala PANAS. Se consideraron evidencia de validez convergente las correlaciones positivas, y como prueba de validez discriminante las correlaciones negativas y la no correlación.

También se llevaron a cabo análisis de correlación con el fin de comprobar las relaciones existentes entre las variables que componen el modelo.

Por último, se realizaron análisis de regresión jerárquicos para comparar varios modelos con el fin de, finalmente, explicar la variable salud percibida. El primer bloque (bloque 0 o bloque nulo) lo componían las variables sociodemográficas, el apego positivo y negativo, y la importancia de Dios, y se corresponde con la hipótesis 5; el bloque 1, incluía el apego positivo y negativo, la importancia de Dios y, además, el afrontamiento religioso

positivo y negativo y el estilo de vida, variable esta última la cual va a estar presente también en los bloques siguientes; el bloque 2 añadía los rasgos psicológicos positivos (gratitud y compasión) y, junto al bloque 1, conforman la hipótesis 1; el bloque 3 incluía también las emociones positivas, negativas y el apoyo social, constituyendo la hipótesis 2; por último el bloque 4 añadía a lo anterior la salud general percibida, correspondiéndose con la hipótesis 3. La hipótesis 4, como ya se ha mencionado, añade a las hipótesis 1, 2 y 3, el estilo de vida. Los modelos cuyo valor *p* era menor o igual a 0.05, se consideraron como modelos definitivos. Además, se utilizó el estadístico FIV como medida de colinealidad, considerando como problemáticos los valores superiores a 10 (Montgomery et al., 2006; Kleinbaum et al., 2014).

Para todo ello, se usó el software estadístico SPSS Statistics 16.

4. RESULTADOS

4.1. Descripción de la muestra

Los participantes de este estudio fueron un total de 178 personas con diagnóstico oncológico, de los cuales la mitad eran hombres y la mitad mujeres. La edad osciló entre 17 a 81 años, siendo la media de 45,5 años (*DT*=16.53).

En cuanto al nivel de estudios, los que tienen mayor representación son los estudios superiores, seguidos de bachillerato o FP y posgrado, máster o doctorado, conformando entre estos más de tres cuartas partes del total. Las personas sin estudios representan la menor parte de la muestra.

Por otra parte, en lo que concierne a la situación laboral, la mayor parte de los participantes trabajaban actualmente, mientras que las personas que no trabajan, los estudiantes y los jubilados/pensionistas han tenido una representación similar en el total de la muestra. Las personas en paro conforman el menor porcentaje de los participantes.

En otro orden de ideas, se observa que casi la mitad de los participantes pertenecen a un nivel socioeconómico medio, siendo la otra mitad de la muestra perteneciente a los niveles medio-bajo y medio-alto. Los niveles bajo y alto aparecen de forma ínfima.

Los diagnósticos de cáncer de los participantes son de 35 tipos diferentes, estando incluidos en estos algunos casos de afección por más de un tipo de cáncer. Los tipos de cáncer más comunes entre los participantes del estudio son el cáncer de mama (siendo este del que más casos aparecen), las leucemias (no especificadas, linfoblásticas y mieloblásticas), el cáncer de colon, de pulmón y los linfomas.

Los datos relativos a todas estas variables sociodemográficas pueden observarse detalladamente en la tabla 1.

Tabla 1.*Características sociodemográficas de la muestra.*

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Hombre	89	50
Mujer	89	50
Nivel de estudios		
Sin estudios	5	2.8
Educación primaria	10	5.6
Educación secundaria	11	6.2
Bachillerato o FP	42	23.6
Estudios superiores	70	39.3
Posgrado, máster o doctorado	40	22.5
Situación laboral		
Trabaja actualmente	74	41.6
En paro	12	6.7
No trabaja	38	21.3
Estudiante	29	16.3
Pensionista jubilado	25	14.0
Nivel socioeconómico		
Bajo	1	0.6
Medio-Bajo	44	24.7
Medio	86	48.3
Medio-Alto	45	25.3
Alto	2	1.1
Tipos de cáncer principales		
Cáncer de mama	36	20.2
Leucemias	29	16.2
Cáncer de colon	17	9.6
Cáncer de pulmón	15	8.4
Linfoma de Hodgkin	11	6.2
Linfoma no Hodgkin	6	3.4

Nota. N=178. La edad media de los participantes fue de 45.5 ($DT=16.53$), y osciló entre 17 y 81 años.

4.2. Validación de la Escala de Confianza/Desconfianza en Dios

En primer lugar, se evaluó la consistencia interna de cada una de las subescalas traducidas a partir del estadístico alfa de Cronbach (Tabla 2). En la subescala de Confianza en Dios, utilizada para medir el apego positivo a Dios, se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0.95, mientras que en la subescala de Desconfianza en Dios, utilizada para medir el apego negativo a Dios, el alfa de Cronbach es de 0.86.

Tabla 2.*Alfa de Cronbach de las subescalas de confianza y desconfianza en Dios.*

Subescala	Alfa de Cronbach
Confianza en Dios	0.958
Desconfianza en Dios	0.868

En cuanto a la validez de constructo, a través de un análisis factorial descriptivo, se encontró únicamente un factor (no los dos que predice el modelo). Sin embargo, se diferencian claramente en este factor dos direcciones de ítems (positivos y negativos), que si coinciden con el modelo. Además, el porcentaje de varianza explicado para este modelo es del 78,67%.

Por otro lado, se estimó la validez convergente y discriminante de ambas subescalas. Las correlaciones positivas indican validez convergente, mientras que las correlaciones negativas indican validez discriminante. Dichas correlaciones pueden observarse en la tabla 3.

Respecto a la validez convergente, se encontraron correlaciones positivas significativas entre las puntuaciones totales de apego positivo a Dios (Confianza en Dios) y las de emociones positivas ($r=0.611$, $p<0.01$). Se hallaron, además, correlaciones positivas significativas entre las puntuaciones totales de apego negativo a Dios (Desconfianza en Dios) y las puntuaciones de emociones negativas ($r=0.667$, $p<0.01$).

En lo referente a la validez discriminante, se encontraron correlaciones negativas significativas entre las puntuaciones de apego negativo a Dios (Desconfianza en Dios) y las puntuaciones totales de emociones positivas ($r=-0.701$, $p<0.01$). Igualmente, se observaron correlaciones negativas significativas entre las puntuaciones totales de apego positivo a Dios (Confianza en Dios) y las puntuaciones totales de emociones negativas ($r=-0.620$, $p<0.01$).

Tabla 3.

Coefficientes r de Pearson entre las subescalas de confianza y desconfianza en Dios y las dos dimensiones de la escala PANAS.

	Emociones positivas	Emociones negativas
Confianza en Dios	0.611	-0.620
Desconfianza en Dios	-0.701	0.667

Nota. Todas las correlaciones son significativas a nivel 0.01.

4.3. Análisis de correlación de las variables

En primer lugar, se exponen los resultados de las correlaciones entre las distintas variables que componen el modelo, en función de las hipótesis del trabajo.

En lo referente a nuestra Hipótesis 1, encontramos que el apego positivo a Dios correlaciona fuerte y significativamente con el afrontamiento religioso positivo ($r=0.935$, $p<0.001$). Además, el afrontamiento religioso positivo muestra correlaciones positivas fuertes con la importancia de Dios ($r=0.960$, $p<0.001$), y también correlaciona positivamente, aunque de forma más débil, con el estilo de vida ($r=0.463$, $p<0.001$). En cambio, el afrontamiento religioso positivo presenta una correlación negativa significativa con el apego negativo a Dios ($r=-0.832$, $p<0.001$).

Por el contrario, el afrontamiento religioso negativo correlaciona de manera positiva únicamente con el apego negativo a Dios ($r=0.811$, $p<0.001$), dándose una correlación significativa negativa con el apego positivo a Dios ($r=-0.788$, $p<0.001$), la importancia de Dios ($r=-0.808$, $p<0.001$) y el estilo de vida ($r=-0.330$, $p<0.001$).

En lo relativo a la segunda parte de la primera hipótesis, se observa que la gratitud correlaciona de manera positiva y significativamente con el afrontamiento religioso positivo ($r=0.816$, $p<0.001$), al igual que con el estilo de vida, aunque con un coeficiente r de Pearson más bajo ($r=0.476$, $p<0.001$). Asimismo, la gratitud muestra una alta correlación negativa significativa con el afrontamiento religioso negativo ($r=-0.765$, $p<0.001$).

En cuanto a la compasión, se han encontrado correlaciones positivas de esta con el afrontamiento religioso positivo ($r=0.668$, $p<0.001$) y con el estilo de vida ($r=0.454$, $p<0.001$), ambas significativas. Por el contrario, la compasión correlaciona negativamente, de forma significativa, con el afrontamiento religioso negativo ($r=-0.599$, $p<0.001$).

Las correlaciones referentes a la hipótesis 1 se muestran más exhaustivamente en la Tabla 4.

Tabla 4.

Coefficientes r de Pearson entre las variables estudiadas en la Hipótesis 1.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Apego positivo		-0.828	0.952	0.935	-0.788	0.598	0.812	0.368
2. Apego negativo	-0.828		-0.848	-0.832	0.811	-0.672	-0.806	-0.415
3. Imp. de Dios	0.952	-0.848		0.960	-0.808	0.636	0.837	0.425
4. Afrontamiento positivo	0.935	-0.832	0.960		-0.792	0.668	0.816	0.463
5. Afrontamiento negativo	-0.788	0.811	-0.808	-0.792		-0.599	-0.765	-0.330
6. Compasión	0.598	-0.672	0.636	0.668	-0.599		0.672	0.454
7. Gratitud	0.812	-0.806	0.837	0.816	-0.765	0.672		0.476
8. Estilo de vida	0.368	-0.415	0.425	0.463	-0.330	0.454	0.476	

Nota. Todas las correlaciones son significativas a nivel 0.001.

Siguiendo con la Hipótesis 2, se aprecia que las emociones positivas correlacionan positiva y significativamente con la gratitud ($r=0.728$, $p<0.001$), la compasión ($r=0.680$, $p<0.001$) y el estilo de vida ($r=0.441$, $p<0.001$).

A su vez, las emociones negativas correlacionan significativamente, pero de forma negativa, con la gratitud ($r=-0.770$, $p<0.001$), la compasión ($r=-0.650$, $p<0.001$) y el estilo de vida ($r=-0.536$, $p<0.001$).

Por su parte, el apoyo social muestra una correlación positiva y significativa con las variables gratitud ($r=0.569$, $p<0.001$), compasión ($r=0.497$, $p<0.001$) y estilo de vida ($r=0.418$, $p<0.001$).

Todas las correlaciones relativas a las variables estudiadas en la hipótesis 2 se exponen con detalle en la tabla 5.

Tabla 5.*Coefficientes r de Pearson entre las variables estudiadas en la Hipótesis 2.*

Variabes	1	2	3	4	5	6
1. Compasión		0.672	0.680	-0.650	0.497	0.454
2. Gratitud	0.672		0.728	-0.770	0.569	0.476
3. Emociones positivas	0.680	0.728		-0.686	0.473	0.441
4. Emociones negativas	-0.650	-0.770	-0.686		-0.419	-0.536
5. Apoyo social	0.497	0.569	0.473	-0.419		0.418
6. Estilo de vida	0.454	0.476	0.441	-0.536	0.418	

Nota. Todas las correlaciones son significativas a nivel 0.001.

Centrando la atención en la Hipótesis 3, se han hallado correlaciones positivas significativas entre la salud general percibida y las emociones positivas ($r=0.690$, $p<0.01$), el apoyo social ($r=0.502$, $p<0.001$) y el estilo de vida ($r=0.476$, $p<0.001$). En cambio, la salud general percibida correlaciona negativa y significativamente con las emociones negativas ($r=-0.744$, $p<0.001$). Estas correlaciones se pueden apreciar detalladamente en la tabla 6.

Tabla 6.*Coefficientes r de Pearson entre las variables estudiadas en la Hipótesis 3.*

Variabes	1	2	3	4	5
1. Emociones positivas		-0.686	0.473	0.441	0.690
2. Emociones negativas	-0.686		-0.419	-0.536	-0.744
3. Apoyo social	0.473	-0.419		0.418	0.502
4. Estilo de vida	0.441	-0.536	0.418		0.476
5. Salud general	0.690	-0.744	0.502	0.476	

Nota. Todas las correlaciones son significativas a nivel 0.001.

Como se observa, en mención a la Hipótesis 4, la variable estilo de vida ha sido añadida en los análisis de las demás hipótesis, debido a su posible influencia en todas las demás variables, encontrando correlaciones con las variables esperadas.

Por último, sobre la hipótesis 5, referente a las variables sociodemográficas, se han encontrado diferentes resultados para cada una de las variables sociodemográficas estudiadas en relación con las primeras variables del modelo: apego positivo a Dios, apego negativo a Dios e importancia de Dios (Tabla 7).

En primer lugar, se encontró una correlación positiva significativa entre el apego positivo a Dios y la edad ($r=0.456$, $p<0.001$). Por el contrario, se encontraron correlaciones significativas, pero en este caso negativas, entre el apego positivo a Dios y el nivel de estudios ($r=-0.243$, $p<0.001$) y el nivel socioeconómico ($r=-0.298$, $p<0.001$).

Centrando la atención en el apego negativo a Dios, se observa una correlación negativa significativa con la variable edad ($r=-0.419$, $p<0.001$). En este caso, las correlaciones con el nivel de estudios ($r=0.195$, $p<0.01$) y el nivel socioeconómico ($r=0.206$, $p<0.01$) fueron positivas, pero con un menor grado de significatividad.

En lo relativo a la variable importancia de Dios, esta correlacionó positivamente y de forma significativa con la edad ($r=0.513$, $p<0.001$). En cambio, correlacionó negativa y

significativamente con el nivel de estudios ($r=-0.281$, $p<0.001$) y el nivel socioeconómico ($r=-0.309$, $p<0.001$).

Tabla 7.

Coefficientes r de Pearson entre las variables estudiadas en la Hipótesis 5.

Variables	1	2	3	4	5	6
1. Edad		-0.395*	-0.258*	0.456*	-0.419*	0.513*
2. Nivel de estudios	-0.395*		0.356*	-0.243*	0.195**	-0.281*
3. Nivel socioeconómico	-0.258*	0.356*		-0.298*	0.206**	-0.309*
4. Apego positivo	0.456*	-0.243*	-0.298*		-0.828*	0.952*
5. Apego negativo	-0.419*	0.195**	0.206**	-0.828*		-0.848*
6. Importancia de Dios	0.513*	-0.281*	-0.309*	0.952*	-0.848*	

Nota. * La correlación es significativa a nivel 0.001. ** La correlación es significativa a nivel 0.01.

A modo de resumen de las correlaciones, la Figura 6 muestra, de un modo más visual, las correlaciones principales entre las variables del modelo.

4.4. Análisis de regresión de las variables

Ahora, se exponen los resultados obtenidos en los análisis de regresión realizados para los diferentes bloques en los que se han agrupado las variables, en base a las hipótesis del estudio (tabla 8).

En primer lugar, se realizaron análisis de regresión con las variables que conforman el Bloque 0. Teniendo en cuenta como variable dependiente el apego positivo a Dios, y como independientes las sociodemográficas, encontramos que el modelo que incluye la edad [$t(175)=5.963$, $p<0.01$] y el nivel socioeconómico [$t(175)=-2.831$, $p<0.01$] tiene un poder explicativo sobre la variable dependiente (24,2% de la variabilidad explicada; $p<0.05$). El nivel de estudios ($p=0.816$) quedó excluido del modelo al realizar la regresión por pasos.

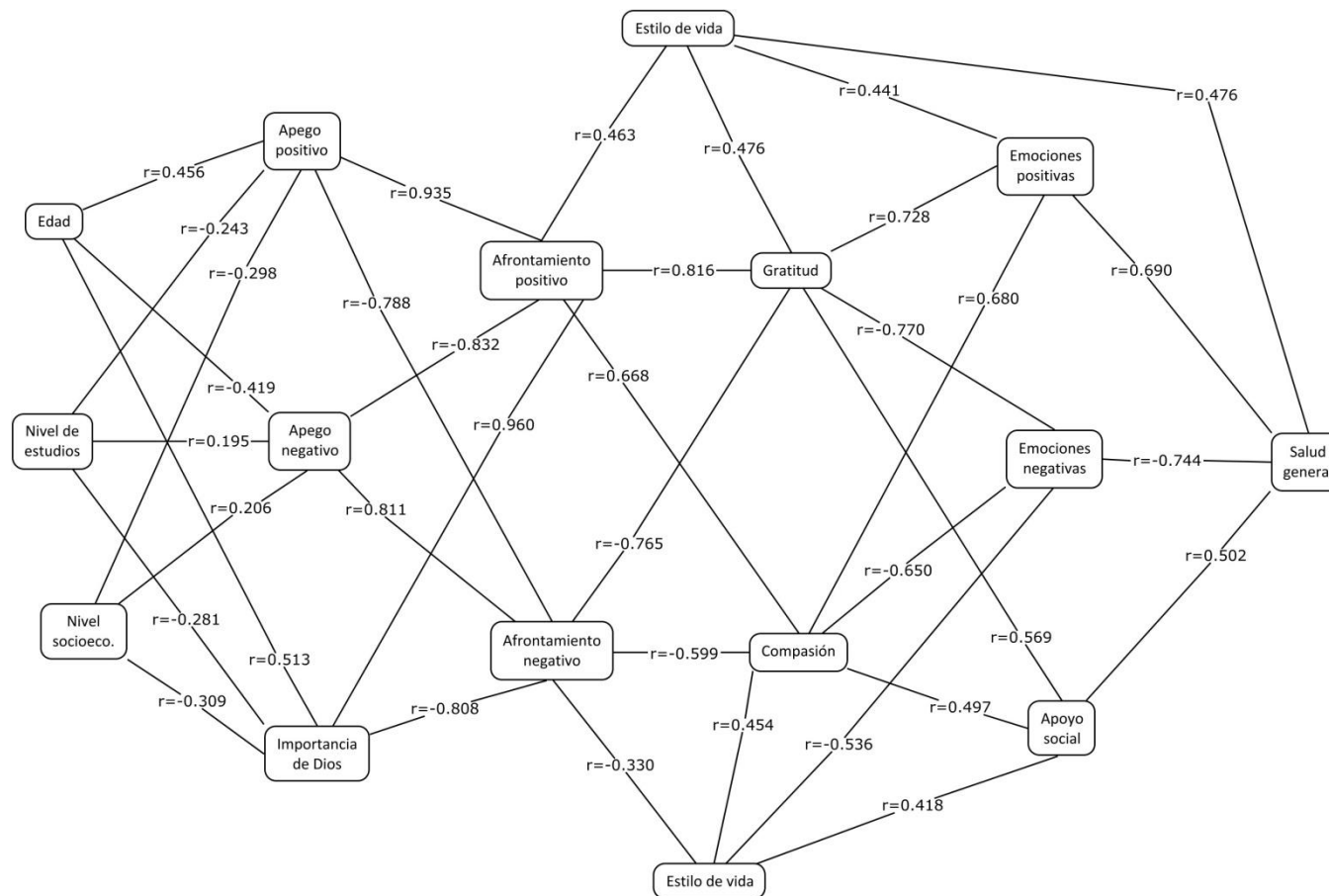
Por otra parte, al establecer como variable dependiente el apego negativo a Dios, encontramos que únicamente la edad [$t(176)=-6.130$, $p<0.01$] explica una parte de dicho apego (17,6% de la variabilidad explicada; $p<0.05$). Tanto el nivel de estudios ($p=0.639$) como el socioeconómico ($p=0.139$) fueron variables que quedaron excluidas del modelo al realizar la regresión por pasos.

Para finalizar este bloque, tomando la importancia de Dios como variable dependiente, se observa que esta vez, la edad [$t(175)=7.076$, $p<0.01$] y el nivel socioeconómico [$t(175)=-2.877$, $p<0.01$] son variables que explican buena parte de la variable dependiente (29,7% de la variabilidad explicada; $p<0.05$). El nivel de estudios ($p=0.594$) fue excluido del modelo al no pasar los criterios del método de regresión por pasos.

En segundo lugar, los análisis de regresión por pasos realizados para el Bloque 1 muestran que, considerando el afrontamiento religioso positivo como variable dependiente, la importancia de Dios [$t(174)=10.072$, $p<0.01$], el apego positivo a Dios [$t(174)=3.940$, $p<0.01$] y el estilo de vida [$t(174)=3.566$, $p<0.01$] son variables que tienen una gran relevancia a la hora de explicar este tipo de afrontamiento religioso (93,1% de la variabilidad explicada; $p<0.05$). La variable independiente apego negativo a Dios ($p=0.438$) quedó fuera del modelo al realizar la regresión por pasos.

Figura 6.

Correlaciones principales entre las variables del modelo.



Nota. La figura muestra los coeficientes r de Pearson para las principales relaciones entre variables descritas por Koenig et al. (2012). Todas las correlaciones mostradas son significativas ($p < 0.01$).

Por otro lado, si consideramos como variable dependiente el afrontamiento religioso negativo, encontramos que el apego negativo a Dios [$t(175)=5.795$, $p<0.01$] y la importancia de Dios [$t(175)=-5.583$, $p<0.01$] tienen un buen poder explicativo (70,9% de la variabilidad explicada; $p<0.05$). Las variables apego positivo a Dios ($p=0.440$) y estilo de vida ($p=0.309$) no resultaron significativas, por lo que quedaron excluidas del modelo al realizar el método por pasos.

A continuación, a través de los análisis de regresión realizados para el Bloque 2 encontramos que, tomando como variable dependiente la gratitud, esta es explicada de manera significativa por el afrontamiento religioso positivo [$t(174)=6.952$, $p<0.01$], el negativo [$t(174)=-5.056$, $p<0.01$] y el estilo de vida [$t(174)=3.099$, $p<0.01$] (72% de la variabilidad explicada; $p<0.05$).

Seguidamente, tomando como variable dependiente la compasión en los análisis de regresión de este Bloque 2, encontramos que las variables afrontamiento religioso positivo [$t(174)=4.393$, $p<0.01$], afrontamiento religioso negativo [$t(174)=-2.308$, $p<0.05$] y estilo de vida [$t(174)=3.156$, $p<0.01$], explican significativamente la compasión (48,9% de la variabilidad explicada; $p<0.05$).

Posteriormente, en los análisis de regresión del Bloque 3 se han encontrado diferentes resultados en función de la variable dependiente.

Tomando como variable dependiente las emociones positivas, observamos que dicha variable es explicada en gran parte por la gratitud [$t(175)=7.618$, $p<0.01$] y la compasión [$t(175)=5.366$, $p<0.01$] (59,6% de la variabilidad explicada; $p<0.05$). La variable estilo de vida ($p=0.244$) queda excluida en este modelo al realizar el método por pasos.

Por otro lado, el análisis de regresión del Bloque 3 nos ofrece resultados significativos al seleccionar como variable dependiente las emociones negativas y como variables independientes la gratitud [$t(174)=-8.788$, $p<0.01$], el estilo de vida [$t(174)=-3.546$, $p<0.01$] y la compasión [$t(174)=-3.192$, $p<0.01$], explicándose un alto porcentaje de la variable dependiente (65,1% de la variabilidad explicada; $p<0.05$).

Tras esto, se realizó el análisis de regresión del Bloque 3 utilizando como variable dependiente el apoyo social, encontrándose que las variables independientes gratitud [$t(174)=4.491$, $p<0.01$], estilo de vida [$t(174)=2.292$, $p<0.05$] y compasión [$t(174)=2.036$, $p<0.05$] explican significativamente parte de dicha variable dependiente (36,7% de la variabilidad explicada; $p<0.05$).

Por último, los análisis de regresión para el Bloque 4, donde la variable dependiente es la salud general percibida, mostraron que las emociones positivas [$t(174)=4.282$, $p<0.01$], las emociones negativas [$t(174)=-7.561$, $p<0.01$] y el apoyo social [$t(174)=3.193$, $p<0.01$] explican un porcentaje importante de la variable dependiente (63,6% de la variabilidad explicada; $p<0.05$). La variable independiente estilo de vida ($p=0.515$) quedó excluida por el método por pasos.

Tabla 8.*Modelos predictivos por bloques.*

Modelos ^a	R ²	B	ET	95% IC		p	FIV
				LI	LS		
Bloque 0							
VD: Apego positivo ^b							
VI: Edad	0.242	0.108	0.018	0.072	0.144	<0.01	1.071
VI: Nivel socioeconómico		-1.123	0.397	-1.906	-0.340	<0.01	1.071
VD: Apego negativo ^c							
VI: Edad	0.176	-0.101	0.016	-0.133	-0.068	<0.01	1.000
VD: Importancia de Dios ^d							
VI: Edad	0.297	0.095	0.013	0.069	0.122	<0.01	1.071
VI: Nivel socioeconómico		-0.848	0.295	-1.429	-0.266	<0.01	1.071
Bloque 1							
VD: Afrontamiento positivo ^e							
VI: Importancia de Dios	0.931	1.961	0.195	1.576	2.345	<0.01	11.440
VI: Apego positivo		0.576	0.146	0.287	0.864	<0.01	10.851
VI: Estilo de vida		0.341	0.096	0.152	0.530	<0.01	1.240
VD: Afrontamiento negativo ^f							
VI: Apego negativo	0.709	0.679	0.117	0.448	0.910	<0.01	3.562
VI: Importancia de Dios		-0.767	0.137	-1.038	-0.496	<0.01	3.562
Bloque 2							
VD: Gratitud							
VI: Afrontamiento positivo	0.720	0.352	0.051	0.252	0.452	<0.01	3.053
VI: Afrontamiento negativo		-0.388	0.077	-0.540	-0.237	<0.01	2.691
VI: Estilo de vida		0.437	0.141	0.159	0.715	<0.01	1.279
VD: Compasión							
VI: Afrontamiento positivo	0.489	0.192	0.044	0.106	0.278	<0.01	3.053
VI: Estilo de vida		0.385	0.122	0.144	0.625	<0.01	1.279
VI: Afrontamiento negativo		-0.153	0.066	-0.284	-0.022	0.02	2.691
Bloque 3							
VD: Emociones positivas ^g							
VI: Gratitud	0.596	0.439	0.058	0.325	0.552	<0.01	1.822
VI: Compasión		0.483	0.090	0.305	0.660	<0.01	1.822
VD: Emociones negativas							
VI: Gratitud	0.651	-0.471	0.054	-0.577	-0.365	<0.01	1.954
VI: Estilo de vida		-0.491	0.138	-0.764	-0.218	<0.01	1.351
VI: Compasión		-0.264	0.083	-0.427	-0.101	<0.01	1.902
VD: Apoyo social							
VI: Gratitud	0.367	0.117	0.026	0.065	0.168	<0.01	1.954
VI: Estilo de vida		0.154	0.067	0.021	0.286	0.023	1.351
VI: Compasión		0.081	0.040	0.002	0.160	0.043	1.902
Bloque 4							
VD: Salud general percibida ^h							
VI: Emociones negativas	0.636	-0.344	0.045	-0.433	-0.254	<0.01	1.932
VI: Emociones positivas		0.193	0.045	0.104	0.282	<0.01	2.053
VI: Apoyo social		0.333	0.104	0.127	0.539	<0.01	1.317

Nota. ^a Solo se muestran los modelos finales para cada VD. ^b Variables excluidas: nivel de estudios. ^c Variables excluidas: nivel de estudios y socioeconómico. ^d Variables excluidas: nivel de estudios. ^e Variables excluidas: apego negativo. ^f Variables excluidas: apego positivo y estilo de vida. ^g Variables excluidas: estilo de vida. ^h Variables excluidas: estilo de vida. ET = error típico; IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior; FIV = factor de inflación de la varianza.

5. DISCUSIÓN

La relación entre la religión, la espiritualidad y la salud ha sido ampliamente estudiada desde diferentes perspectivas y, a la hora de dar una explicación a dicha relación, son numerosas las variables que han entrado en juego.

Este estudio pretendía comprobar un modelo concreto que, a través de interrelaciones entre distintas variables como los rasgos psicológicos positivos, las emociones positivas y negativas, el apoyo social o el estilo de vida, trata de explicar como la religión y la espiritualidad afectan a la salud física.

En este caso, dada la enorme prevalencia de la enfermedad de cáncer, se trató de validar el modelo en una muestra de pacientes oncológicos. Creemos que esto añade relevancia al trabajo, puesto que son numerosos los estudios que han encontrado diversos efectos positivos de la religión y la espiritualidad sobre la salud de los pacientes de cáncer, como niveles más altos de bienestar o calidad de vida y niveles más bajos de desesperación, aislamiento social, ansiedad o depresión (McCoubrie y Davies, 2006; Krupski et al., 2006; Tarakeshwar et al., 2006; Janiszewska et al., 2008; Yanez et al., 2009; Kim et al., 2011) e, incluso, tasas más bajas de mortalidad (McCullough et al., 2000). Por ello, la existencia de un modelo explicativo puede resultar fundamental de cara a un uso adecuado de la religión y la espiritualidad en el proceso de la enfermedad oncológica en aquellos pacientes que puedan requerirlo.

Con esto, en primer lugar, podemos afirmar que los resultados obtenidos confirman nuestra hipótesis 1.

Los pacientes oncológicos que han puntuado más alto en apego positivo a Dios lo han hecho también en afrontamiento religioso positivo, estableciéndose así una relación directa entre ambas variables. Además, de la misma manera, encontramos una relación directa entre las variables apego negativo a Dios y afrontamiento religioso negativo.

De hecho, los resultados arrojados por los análisis de regresión confirman esta primera parte de la hipótesis 1: el modelo que incluye el apego positivo a Dios, junto con la importancia de Dios y el estilo de vida, tiene un gran poder explicativo sobre el afrontamiento religioso positivo.

Los hallazgos hasta aquí parecen consistentes con lo encontrado en la investigación sobre afrontamiento religioso.

Pargament (1997), pionero en el estudio de este tema, propone que las puntuaciones altas en medidas de religiosidad se asocian con “formas útiles de afrontamiento religioso”, es decir, con el afrontamiento religioso positivo. Por el contrario, el afrontamiento religioso negativo se asocia con puntuaciones bajas en medidas de religiosidad. Esto es precisamente lo que manifiestan nuestros resultados.

Por otro lado, observamos que, tal y como afirman diferentes estudios (Koenig et al., 2001; Koenig, 2001, 2004, 2009), este tipo de afrontamiento es realmente muy frecuente entre personas con enfermedades físicas y mentales graves. En definitiva, podemos confirmar que, como postulan Koenig et al. (2012), el apego a Dios da lugar a conductas de afrontamiento religioso ante situaciones estresantes, como puede ser la enfermedad de cáncer.

Como inciso en este punto, cabe destacar que la traducción de la Escala de Confianza/Desconfianza en Dios (Rosmarin et al., 2011) resultó ser un instrumento válido y fiable para la medición del constructo apego a Dios, como proponían Koenig et al. (2012) sobre la versión original de la escala.

Siguiendo con lo que nos ocupa, como se esperaba en esta hipótesis 1, existe una relación directa entre el afrontamiento religioso positivo y las variables que conforman los rasgos psicológicos positivos (gratitud y compasión). Sucede lo contrario con el afrontamiento religioso negativo: niveles más altos en esta variable se relacionan con puntuaciones más bajas en gratitud y compasión.

En lo que concierne a la variable gratitud, los análisis de regresión confirman lo esperado, pues el modelo que incluye el afrontamiento religioso (positivo y negativo) junto al estilo de vida, explica casi tres cuartas partes de esta variable. En lo relativo a la compasión, los resultados manifiestan lo mismo: el modelo que incluye dichas variables independientes explica casi la mitad de la variable dependiente.

Así, sostenemos la idea de Koenig et al. (2012) de que la religiosidad y la espiritualidad generan rasgos psicológicos positivos, en este caso, gratitud y compasión. Esto mismo se ha encontrado en diferentes trabajos donde, del mismo modo, se expone una asociación positiva de la religiosidad y la espiritualidad con la gratitud (Tsang et al., 2011) y la compasión (Fuentes, 2018).

No obstante, diferentes investigaciones han encontrado que la religiosidad está positivamente relacionada con otros rasgos psicológicos positivos que también pueden ser tenidos en cuenta, como el altruismo (Batson et al., 1989; Koenig et al., 2005; Martí-Vilar, 2017), el perdón (Macaskill, 2007; Fox y Thomas, 2008; Toussaint y Williams, 2008) o la honestidad (Randolph-Seng y Nielsen, 2007).

Por otro lado, los resultados nos permiten corroborar la hipótesis 2.

Se han hallado relaciones directas de la gratitud y la compasión con las emociones positivas y el apoyo social, así como relaciones inversas de las primeras variables con las emociones negativas.

Asimismo, los análisis de regresión muestran que las emociones positivas son explicadas en gran medida por el modelo que incluye los rasgos psicológicos positivos, mientras que las emociones negativas y el apoyo social son explicados por modelos que, además de la gratitud y la compasión, incluyen el estilo de vida.

De esta manera, podemos reafirmar lo propuesto por Koenig et al. (2012): los rasgos psicológicos positivos, fomentados por motivaciones religiosas y espirituales, influyen en la generación de más emociones positivas, la reducción de emociones negativas y la promoción de un mayor apoyo social.

En lo referente a la gratitud, adicionalmente, resulta importante subrayar que nuestros resultados vienen a respaldar los hallazgos de la investigación previa sobre esta cuestión. Y es que, una exhaustiva revisión bibliográfica realizada por Jans-Beken et al. (2019), sugiere que la gratitud se asocia positivamente con un mayor bienestar emocional (más emociones positivas, mayor bienestar subjetivo) y social (mejores relaciones, más comportamientos

prosociales), además de hacerlo negativamente con indicadores de emociones negativas, estrés o ansiedad.

En cuanto a la hipótesis 3, también es corroborada por los resultados de la investigación.

Se han hallado relaciones directas entre la percepción de salud y las emociones positivas y el apoyo social, mientras que la relación entre la percepción de salud y las emociones negativas es inversa. Asimismo, se observa que la percepción de salud es explicada en gran parte por el modelo que incluye las emociones positivas, las emociones negativas y el apoyo social.

Esto es coherente con lo propuesto por Koenig et al. (2012), pues encontramos que los pacientes oncológicos que puntúan más alto en emociones positivas y apoyo social, y más bajo en emociones negativas, puntúan más alto en salud general percibida.

Estos hallazgos, además, son congruentes con la investigación acerca del tema, pues numerosos estudios han encontrado relaciones positivas entre las emociones positivas y la salud (Fredrickson et al., 2003; Lyubomirsky et al., 2005; Gerstenbluth et al., 2008). De igual modo, nuestros resultados se corresponden con investigaciones previas en relación con el apoyo social y la salud, donde se ha encontrado una asociación positiva entre ambas variables (House et al., 1988; Barrón y Sánchez, 2001; Uchino, 2009).

Por otro lado, en lo relativo a las emociones negativas, nuestros resultados igualmente concuerdan con las relaciones negativas entre la salud y este tipo de emociones establecidas en diferentes estudios (Sirois y Burg, 2003; Kiecolt-Glaser, 2009; Piqueras et al., 2010). En relación con nuestra muestra, Piqueras et al. (2009) explican cómo el cáncer genera reacciones emocionales negativas que a su vez tienen un impacto en la salud y que, en muchos casos, puede agravar la propia enfermedad oncológica o producir otros problemas. Por esta razón, creemos, resulta importante la investigación acerca de los efectos que la religiosidad y la espiritualidad tienen sobre el bienestar emocional de las personas, más en concreto, de los pacientes oncológicos, y usar esto en pos de un mejor pronóstico.

La hipótesis 4, en cambio, se cumple parcialmente.

Es cierto que los resultados de nuestro trabajo muestran correlaciones significativas entre el estilo de vida y el resto de las variables: correlaciones positivas con todas las variables a excepción del apego negativo, el afrontamiento negativo y las emociones negativas, las cuales dieron correlaciones inversas. No obstante, la mayor parte de estas correlaciones son moderadas, sin llegar a ser correlaciones fuertes.

Además, el estilo de vida quedó fuera en varios modelos explicativos, cuando era de esperar que tuviese un poder explicativo mayor. A la hora de explicar el afrontamiento religioso positivo, la gratitud, la compasión, las emociones negativas y el apoyo social, el estilo de vida entra en los modelos que explican dichas variables, es decir, tiene cierto poder explicativo sobre estas. Sin embargo, el estilo de vida no entró en los modelos explicativos para las variables dependientes afrontamiento religioso negativo, emociones positivas y salud general percibida, al no cumplir los criterios requeridos en la regresión por pasos.

Con esto, podemos decir que nuestros resultados apoyan lo propuesto por Koenig et al. (2012) en referencia al estilo de vida y los comportamientos de salud, si bien no lo hacen tan firmemente como se esperaba, por lo que es mejor interpretar estos datos con cautela.

Nuestros hallazgos acerca de la influencia del estilo de vida resultan igualmente sorprendentes al compararlos con la investigación previa sobre el tema, pues no se ajustan tanto como se esperaba.

A modo de ejemplo, si bien nuestros resultados manifiestan la existencia de una influencia del estilo de vida sobre el apoyo social, varios autores no han encontrado relaciones significativas entre ambas variables (Avendaño y Barra, 2008; Gamarra et al., 2010).

Así y todo, resulta inesperado que, pese a haber encontrado una correlación significativa moderada entre estilo de vida y salud, la primera no forme parte del modelo explicativo de la segunda, puesto que la mayor parte de la investigación ha reportado una relación significativa fuerte entre ambas variables (Remor y Pérez-Llantada, 2007; Esnaola et al., 2011; García-Laguna et al., 2012; Angelucci et al., 2017).

Finalmente, la hipótesis 5 también ha sido mayormente confirmada a través de nuestros resultados, si bien hay que hacer varias aclaraciones al respecto.

En primer lugar, hay que aclarar que las variables sociodemográficas no se han estudiado en relación con la totalidad del modelo, sino que únicamente se ha hecho con las primeras variables del mismo, que conforman para Koenig et al. (2012) la fuente inicial en el camino hacia una mejor salud. Es decir, la edad, el nivel educativo y el nivel socioeconómico se han examinado con respecto al apego a Dios y a la importancia de Dios en la vida.

De este modo, se han hallado relaciones positivas y significativas entre la edad y el apego positivo, así como con la variable importancia de Dios. Por otro lado, correlacionó negativamente con el apego negativo. Además, hallamos que la edad tiene un buen poder explicativo sobre las tres variables mencionadas.

Nuestros resultados respecto a la edad, por tanto, reflejan lo que se ha venido encontrando a lo largo de diferentes investigaciones: la edad está asociada con la religiosidad y la espiritualidad (Argyle y Beit-Hallahmi, 1975; Angelucci et al., 2009), de modo que a mayor edad, mayor religiosidad y espiritualidad.

En lo que concierne al nivel de estudios y al nivel socioeconómico, encontramos que ambos correlacionan débilmente y de forma negativa con el apego positivo y la importancia de Dios, mientras que lo hacen de manera positiva, y también débil, con el apego negativo a Dios.

En cuanto a los análisis de regresión de estas variables, se ha observado que el nivel socioeconómico, junto con la edad, explica parte del apego positivo y de la variable importancia de Dios. En cambio, el nivel de estudios no tiene ningún poder predictivo sobre las primeras variables del modelo.

Estos datos se corresponden en gran medida con lo hallado en otras investigaciones sobre religiosidad y espiritualidad donde se ha tenido en cuenta la variable nivel socioeconómico (Argyle y Beit-Hallahmi, 1975; Quinceno y Vinaccia, 2011; Beltrán, 2012). Ahora bien, observando los estudios que han hallado relaciones entre el nivel de estudios y la

religiosidad y la espiritualidad (Argyle y Beit-Hallahmi, 1975; Rivera-Ledesma y Montero-López, 2007; Quinceno y Vinaccia, 2011), se esperaba encontrar una asociación negativa más fuerte entre estas variables en el presente trabajo, donde la relación entre el nivel de estudios y las variables religiosas, a pesar de ser negativa, es bastante débil.

Por tanto, hasta cierto punto podemos confirmar la idea de Koenig et al. (2012) de que estas variables (edad, educación y nivel socioeconómico) influyen en la salud física percibida y añaden complejidad a las relaciones entre la religiosidad, la espiritualidad y la salud, si bien lo hacen a través de las variables de carácter religioso.

En resumen, creemos que, con prudencia, podemos concluir que nuestros resultados apoyan el modelo occidental propuesto por Koenig et al. (2012) para explicar como la religión y la espiritualidad influyen en la salud física. No obstante, es necesario realizar varias aclaraciones acerca de las limitaciones de la investigación y aquellos aspectos metodológicos que han podido influir en nuestros resultados y, por tanto, en las conclusiones alcanzadas. Además, se realizarán algunos comentarios sobre la relevancia de nuestros hallazgos tanto para la investigación académica como para la práctica médica.

Limitaciones y líneas futuras

Tenemos varios motivos para ser cautelosos a la hora de interpretar y generalizar los resultados de este trabajo.

La primera y principal razón es la colinealidad entre algunas variables encontrada con estas medidas. Resulta interesante puesto que, si bien es cierto que las medidas utilizadas son conceptualmente distintas, las relaciones entre ellas son altas. Una posible causa es esta, la existencia de una relación causal entre las variables explicativas de los modelos.

De esta manera, la colinealidad existente entre las variables del modelo que explica el afrontamiento religioso positivo puede deberse a la alta relación entre el apego positivo a Dios y la importancia de Dios. Es posible que esta relación se dé porque ambas variables puedan evolucionar conjuntamente, es decir, cuanto más importante es Dios para una persona, más apego positivo tendrá a este. Por este motivo, resulta complicado separar el efecto que tiene cada una sobre la variable dependiente, en este caso el afrontamiento religioso positivo.

Así, hemos de ser cuidadosos con la interpretación, pues existe colinealidad entre las variables del modelo principal, variables de tipo religioso que según Koenig et al. (2012) resultan ser la fuente que finalmente lleva a una mejor salud. No obstante, la colinealidad no supone un problema en el resto de las variables que componen los modelos explicativos, puesto que en ningún caso el FIV es superior a 10.

El reducido tamaño muestral también puede ser, en ocasiones, la causa de la colinealidad, si bien en nuestro caso, como puede observarse, la colinealidad la hemos atribuido al aspecto relacional. Aun así, es necesario hacer un breve comentario sobre la muestra.

Esta representa una limitación en nuestro trabajo debido a la dificultad que representa su búsqueda. Aunque finalmente, para ser una población de difícil acceso, consideramos que el tamaño de la muestra es adecuado, en un principio se esperaba más facilidad para esta labor. La Ley Orgánica de Protección de Datos dificulta a las asociaciones y organizaciones

su colaboración con este tipo de estudios realizados por personas ajenas a ellas, por lo que en futuras investigaciones es importante tener esto en cuenta para buscar vías alternativas de acceso a muestras amplias de pacientes oncológicos.

Por otro lado, es necesario reseñar la existencia de ciertas variables o medidas que Koenig et al. (2012) tienen en cuenta para su modelo, y que nosotros por limitaciones metodológicas no hemos podido incluir.

Los autores, en su modelo teórico, dan especial relevancia a los factores genéticos y de desarrollo, los cuales pueden tener influencia en los rasgos psicológicos positivos, el estilo de vida y en la propia salud física, entre otros aspectos. Debido a la complejidad de aplicar medidas sobre aspectos genéticos y de desarrollo, se obviaron estas variables, aun sabiendo de su gran implicación en el conjunto del modelo. Sin duda, en ocasiones venideras, son variables que han de ser consideradas por aquellos investigadores interesados en validar este modelo, siempre que tengan a su alcance los medios adecuados para ello.

Asimismo, la falta de medidas fisiológicas (inmunes, neuroendocrinas y cardiovasculares), es decir, de medidas directas sobre la salud física, supone una de las trabas principales que se encuentra nuestro estudio. No podemos comprobar si realmente la religión y la espiritualidad tienen influencia en la salud física porque carecemos de este tipo de medidas. Aun así, diferentes estudios han encontrado relaciones entre la espiritualidad y la salud física subjetiva o percibida (Reig-Ferrer et al., 2012; Ureña et al., 2014), lo cual concuerda con nuestros hallazgos.

En este sentido, no tenemos pruebas suficientes que nos ayuden a generalizar nuestros resultados más allá de la mera percepción que los sujetos tienen de su salud, puesto que la relación entre salud percibida y salud real está mediada por otras variables que la hacen más intrincada (Castro-Vázquez et al., 2007).

Entre estas variables que median la salud, se encuentran las variables sociodemográficas. A respecto de estas variables, como ya se ha mencionado, en este trabajo se han estudiado únicamente en relación con las primeras variables del modelo, dado que el análisis se ha realizado por bloques. No obstante, somos conscientes de que se ha podido obviar su influencia en otras variables del modelo, puesto que se han encontrado relaciones de variables sociodemográficas con la gratitud (Caycho et al., 2016), las emociones positivas (Marrero et al., 2014) o el apoyo social (Pérez et al., 2017).

En cualquier caso, a pesar de las limitaciones, nuestros hallazgos proporcionan una visión de una posible vía de relación entre la religión, la espiritualidad y la salud, así como una mejor comprensión de los factores que influyen en dicha relación. Por ello, creemos que nuestros resultados pueden resultar de interés para los profesionales de la salud, puesto que este modelo abre nuevos caminos para el desarrollo de planes de atención e intervención con pacientes oncológicos, o con otras enfermedades físicas, que presenten necesidades religiosas y/o espirituales. Asimismo, este trabajo, que representa un esfuerzo por entender un fenómeno ampliamente estudiado, puede despejar senderos que lleven a futuros investigadores a esclarecer las complejas relaciones entre lo religioso/espiritual y la salud o la enfermedad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, C., Valenti, G. y Cerda, S. (2016). Religión y modernidad en los sistemas teóricos de Parsons y Weber. *Cultura y religión*, 10(1), 107-127.
<https://www.revistaculturayreligion.cl/index.php/revistaculturayreligion/article/view/637>
- Allport, G. W. y Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J. M. (1995). La versión Española del "SF-36 Health Survey" (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- American Psychological Association. (2012). *About Div. 36*. <https://apadivisions.org/division-36/about>
- Angelucci, L. T., Cañoto, Y. y Hernández, M. J. (2017). Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 531-546.
<http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4454>
- Angelucci, L. T., Da Silva, J., Juárez, J., Serrano, A., Lezama, J. y Moreno, A. (2009). Valores y factores sociodemográficos en estudiantes universitarios: un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 151-162.
<https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/339>
- Argyle, M. y Beit-Hallahmi, B. (1975). *The Social Psychology of Religion*. Routledge.
- Arrivillaga, M., Salazar, I.C. y Gómez, L. (2002). *Prácticas, creencias y factores del contexto asociados con estilos de vida en jóvenes y adultos* (Reporte de investigación). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- Avendaño, M. J. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200002>
- Barrón, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=408>
- Batson, C. D., Oleson, K. C., Weeks, J. L., Healy, S. P., Reeves, P. J., Jennings, P., y Brown, T. (1989). Religious prosocial motivation: Is it altruistic or egoistic?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 873-884. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.5.873>
- Batson, C. D., Schoenrade, P. y Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: a social-psychological perspective*. Oxford University Press.
- Beléndez, M. (2011). *Traducción y adaptación al castellano del cuestionario de Gratitud Disposicional (CG-6)*. Universidad de Alicante.

http://www.psy.miami.edu/faculty/mmccullough/GratitudeRelated%20Stuff/Spanish_gratitude_scale_Belendez2011.pdf

- Beltrán, W. M. (2007). La sociología de la religión: una revisión del estado del arte. En C. Tejeiro, F. Sanabria y W. M. Beltrán (Eds.), *Creer y poder hoy: memorias cátedra Manuel Ancízar* (pp. 75-94). Universidad Nacional de Colombia.
- Beltrán, W. M. (2012). Descripción cuantitativa de la pluralización religiosa en Colombia. *Universitas Humanística*, (73), 201-237.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4410268>
- Bento Gastaud, M., Matos Souza, L., Braga, L., Lessa Horta, C., Martinez de Olivera, F., Rosa Sousa, P. y Azevedo da Silva, R. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 12-18. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000100003>
- Bergin, A. E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46(4), 394-403. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.394>
- Cabrera Macías, Y., López González, E., López Cabrera, E. y Arredondo Aldama, B. (2017). *Revista Finlay*, 7(2), 115-127.
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/522>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 363-392.
<https://doi.org/10.18800/psico.200302.006>
- Castro-Vázquez, A., Espinosa-Gutiérrez, I., Rodríguez-Contreras, P. y Santos-Iglesias, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 883-898. <http://hdl.handle.net/10481/32753>
- Caycho, T., Ventura-León, J. L. y Castilla, H. (2016). La gratitud en adolescentes y jóvenes de lima: un estudio comparativo. *Revista de Psicología*, 6(1), 13-22.
<https://revistas.ucsp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/36>
- Chang, J. H., Fresco, J., y Green, B. (2014). The development and validation of the Compassion of Others' Lives Scale (the COOL Scale). *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(5), 33-42.
- Cieslak, K., Pawlukiewicz, M., Gołab, D., Konys, M., Kusnierkiewicz, M. y Kleka, P. (2013). Styles of coping with stress of cancer in patients treated with radiotherapy and expectations towards medical staff – Practical implications. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 18(2), 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2012.10.006>
- Cordero del Castillo, P. (2001). La religión y su lugar en la sociología. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (4), 239-257.
<https://doi.org/10.20932/barataria.v0i4.280>

- Cornejo, M. y Blázquez, M. (2016). De la mortificación a la new age: genealogía y política de las espiritualidades terapéuticas contemporáneas. *Nómadas: Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 49, 219-233.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5852945>
- De la Corte Ibañez, L. (2000). La psicología de Ignacio Martín-Baró como psicología social crítica. Una representación de su obra. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 437-450. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2357055>
- De la Corte Ibañez, L. (2001). Religión y política desde un punto de vista psicosocial. Reflexiones a partir de la obra de Ignacio Martín-Baró. *Ilu, Revista de Ciencias de la Religión*, (6), 33-46.
<https://revistas.ucm.es/index.php/ILUR/article/view/ILUR0101140033A>
- Durkheim, E. (2000). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Colofón. (Obra original publicada en 1912).
- Esnaola, I., Infante, G., Rodríguez, A. y Goñi, E. (2011). Relación entre variables psicosociales y la salud percibida. *Revista de Psicología del Deporte*, 20(2), 413-427.
<https://psycnet.apa.org/record/2011-21527-010>
- Fox, A. y Thomas, T. (2008). Impact of religious affiliation and religiosity on forgiveness. *Australian Psychologist*, 43(3), 175-185. <https://doi.org/10.1080/00050060701687710>
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. y Larkin, G. R. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crisis? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Fuentes, L. (2018). La religiosidad y la espiritualidad, ¿son conceptos teóricos independientes?. *Revista de Psicología*, 14(28), 109-119.
<https://erevistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/1742>
- Gamarra, M. E., Rivera, H. S., Alcalde, M. E. y Cabellos, D. (2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. *UCV-Scientia*, 2(2), 73-81.
<http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENTIA/article/view/451>
- Garcés, J. (1985). Perspectivas actuales en Psicología de la Religión. *Estudios de Psicología*, (23-24), 187-198. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65948>
- García-Laguna, D. G., García-Salamanca, G. P., Tapiero-Paipa, Y. T. y Ramos, D. M. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126826012>
- Gerstenbluth, M., Rossi, M. y Triunfo, P. (2008). Felicidad y salud: una aproximación al bienestar en el Río de la Plata. *Estudios de Economía*, 35(1), 65-78.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-52862008000100004&lng=es&nrm=iso

- González, T.L. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), 19-29.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/2004-2b/vol7no2art2.pdf>
- Gouldner, A. (2000). *La crisis de la sociología occidental*. Amorrortu Editores.
- Hadaway, C. K. y Roof, W. C. (1978). Religious commitment and the quality of life in American society. *Review of Religious Research*, 19(3), 295-307.
- Haerperfer, C., Inglehart, R., Moreno, A., Welzel, C., Kizilova, K., Diez-Medrano, J., Lagos, M., Norris, P., Ponarin, E.,... Puranen, B. (eds.). (2020). *World Values Survey: Round Seven - Country-Pooled Datafile*. JD Systems Institute & WWSA Secretariat.
<https://doi.org/10.14281/18241.1>
- Hawks, S. R., Hull, M. L., Thalman, R. L. y Richins, P. M. (1995). Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 9(5), 371-378. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-9.5.371>
- House, J., Landis, K. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241(4865), 540-545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>
- Janiszewska, J., Buss, T., De Walden-Gałuszko, K., Majkiewicz, M., Lichodziejewska-Niemierko, M. y Modlińska, A. (2008). The religiousness as a way of coping with anxiety in women with breast cancer at different disease stages. *Supportive Care in Cancer*, 16(12), 1361-1366. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0437-x>
- Jans-Beken, L., Jacobs, N., Janssens, M., Peeters, S., Reijnders, J., Lechner, L. y Lataster, J. (2019). Gratitude and health: an update review. *The Journal of Positive Psychology*, 15(6), 743-782. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1651888>
- Jones, J. W. (2004). Religion, Health, and the Psychology of Religion: How the Research on Religion and Health Helps Us Understand Religion. *Journal of Religion and Health*, 43(4), 317-328. <https://doi.org/10.1007/s10943-004-4299-3>
- Kiecolt-Glaser, J. K. (2009). Psychoneuroimmunology: Psychology's Gateway to the Biomedical Future. *Perspective on Psychological Science*, 4(4), 367-369.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01139.x>
- Kim, Y., Carver, C., Spillers, R. L., Cramer, C. y Zhou, E. S. (2011). Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psychooncology*, 20(7), 762-770.
<https://doi.org/10.1002/pon.1778>
- Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L., Nizam, A. y Rosenberg, E. S. (2014). *Applied Regression Analysis and Multivariable Methods*. Cengage Learning.
- Klos, M. C. y Lemos, V. N. (2018). Adaptación y validación de un instrumento para evaluar el constructo compasión. *Evaluar*, 18(2), 31-44. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v18.n2.20801>

- Koenig, H. G., George, L. K. y Siegler, I. C. (1988). The Use of Religion and Other Emotion-Regulating Coping Strategies Among Older Adults. *The Gerontologist*, 28(3), 303-310. <https://doi.org/10.1093/geront/28.3.303>
- Koenig, H. G., King, D. E. y Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health (2ª ed.)*. Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2001). Religion and Medicine IV: religion, physical health and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(3), 321-336. <https://doi.org/10.2190/X28K-GDAY-75QV-G69N>
- Koenig, H. G. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE>
- Koenig, H. G. (2009). Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 283-291. <https://doi.org/10.1177/070674370905400502>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, 2012, 1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G., Larson, D. B. y Larson, S. S. (2001). Religion and Coping with Serious Medical Illness. *Annals of Pharmacotherapy*, 35, 352-359. <https://doi.org/10.1345/aph.10215>
- Koenig, L. B., McGue, M., Krueger, R. F. y Bouchard, T. J. (2005). Genetic and Environmental Influences on Religiousness: Findings for Retrospective and Current Religiousness Ratings. *Journal of Personality*, 73(2), 471-488. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00316.x>
- Krupski, T. L., Kwan, L., Fink, A., Sonn, G. A., Maliski, S. y Litwin, M. S. (2006). Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology*, 15(2), 121-131. <https://doi.org/10.1002/pon.929>
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 173-182.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Londoño, N. H., Henao-López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EECM) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2193585>

- López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23(3), 529-548.
- Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Macaskill, A. (2007). Exploring religious involvement, forgiveness, trust and cynicism. *Mental Health, Religion and Culture*, 10(3), 203-218. <https://doi.org/10.1080/13694670600616092>
- Marrero, R. J., Carballeira, M. y González, J. A. (2014). Relación entre bienestar subjetivo, optimismo y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de la Universidad de San Luis Potosí en México. *Universitas Psychologica*, 13(3), 1083-1098.
- Martín-Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*, 1(2), 7-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2652421>
- Martínez, M., Méndez, C. y Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro javeriano de oncología. *Universitas Psychologica*, 3(2), 231-246. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1123143>
- Martí-Vilar, M., Iribarren, M. V., Grau-Martínez, L. y Olivera-La Rosa, A. (2017). Actitudes religiosas, valores y razonamiento moral prosocial en una muestra adolescente. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 9(1), 146-166. <https://doi.org/10.21501/22161201.2613>
- Marx, K. (2005). *Crítica de la Filosofía del Derecho de Hegel*. Ediciones del Signo. (Obra original publicada en 1844).
- McCoubrie, R. C. y Davies, A. N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer?. *Supportive Care in Cancer*, 14(4), 379-385. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6>
- McCullough, M. E., Emmons, R. A. y Tsang, J. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112-127. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112>
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B. y Koenig, H. G. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.3.211>
- Montgomery, D. C., Peck, E. A. y Vining, G. G. (2006). *Introducción al análisis de regresión lineal*. CECSA.

- Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G. y Vernaza, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 8(1), 77-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4924059>
- Paloutzian, R. F. y Park, C. L. (2021). The psychology of religion and spirituality: How big the tent?. *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(1), 3–13. <https://doi.org/10.1037/rel0000218>
- Pargament, K. I. (1997). *Psychology of Religion and Coping. Theory, research and practice*. The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. y Pérez, L. (1998). Patterns of Positive and Negative Religious Coping with Major Life Stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. <https://doi.org/10.2307/1388152>
- Park, C. L. y Paloutzian, R. F. (2021). Is the psychology of religiousness and spirituality a science? Yes. *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(1), 24–25. <https://doi.org/10.1037/rel0000403>
- Pérez, A., Sandino, C. y Gómez, V. (2005). Relación entre depresión y práctica religiosa: un estudio exploratorio. *Suma psicológica*, 12(1), 77-86. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134219072005>
- Pérez, P., González, A., Mieles, I. y Uribe, A. F. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento psicológico*, 15(2), 41-54. <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1475>
- Piedmont, R. L. (2021). Putting the science back in the scientific study of religiousness and spirituality: A commentary on Paloutzian and Park (2021). *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(1), 19–23. <https://doi.org/10.1037/rel0000298>
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16(2), 85-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3113076>
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E. y Oblitas, L. A. (2010). Emociones negativas y salud. *Avances en Psicología*, 18(1), 33-57. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2010.n.18.1919>
- Poloma, M. M. y Pendleton, B. F. (1990). Religious domains and general well-being. *Social Indicators Research*, (22), 255-276. <https://doi.org/10.1007/BF00301101>
- Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(2), 321-336. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3423326>

- Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 5(1), 25-36.
<https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1119/911>
- Randolph-Seng, B. y Nielsen, M. E. (2007). Honesty: one effect of primed religious representations. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 17(4), 303-315. <https://doi.org/10.1080/10508610701572812>
- Reig-Ferrer, A., Arenas, M. D., Ferrer-Cascales, R., Fernández-Pascual, M. D., Albadalejo-Blázquez, N., Gil, M. T. y De la Fuente, V. (2012). Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en hemodiálisis. *Nefrología*, 32(6), 731-742.
<https://medes.com/publication/78288>
- Remor, E. y Pérez-Llantada, M. C. (2007). La Relación entre Niveles de la Actividad Física y la Experiencia de Estrés y de Síntomas de Malestar Físico. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 313-322.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-96902007000300006&lng=pt&nrm=iso
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-47.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=16085>
- Rivero, R., Piqueras, J.A., Ramos, V., García, L.J., Martínez, A.E. y Oblitas, L.A. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, 15(1), 171-198.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2563874>
- Rosmarin, D. H., Pargament, K. I. y Pirutinsky, S. (2011). A brief measure of core religious beliefs for use in psychiatric settings. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(3), 253-261. <https://doi.org/10.2190/PM.41.3.d>
- Ruíz, M. T., Saiz, J., Montero, M. T. y Navarro, D. (2017). Adaptación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido en población con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 415-437.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000200415
- Saiz, J., Ayllón-Alonso, E., Sánchez-Iglesias, I., Chopra, D. y Mills, P. J. (2021). Religiosity and suicide: a large-scale international and individual analysis considering the effects of different religious beliefs. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01137-x>
- Saiz, J., Chen-Chen, X. y Mills, P. J. (2021). Religiosity and spirituality in the stages of recovery from persistent mental disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(2), 106- 113. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001271>
- Saiz, J., Galilea, M., Molina, A. J., Salazar, M., Barsotti, T. J., Chopra, D. y Mills, P. J. (2021). Spirituality and Employment in Recovery from Severe and Persistent Mental Illness and Psychological Well-Being. *Healthcare*, 9(1), 57-68.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9010057>

- Saiz, J., Pung, M. A., Wilson, K. L., Pruitt, C., Rutledge, T., Redwine, L., Taub, P. R., Greenberg, B. H. y Mills, P. J. (2020). Is Belonging to a Religious Organization Enough? Differences in Religious Affiliation Versus Self-ratings of Spirituality on Behavioral and Psychological Variables in Individuals with Heart Failure. *Healthcare*, 8(2), 129-144. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020129>
- Salgado, A. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y representaciones*, 2(1), 121-159. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5475193>
- Sirois, B. C. y Burg, M. M. (2003). Negative Emotion and Coronary Heart Disease. A review. *Behavior Modification*, 27(1), 83-102. <https://doi.org/10.1177/0145445502238695>
- Slife, B. D., & Reber, J. S. (2021). Against methodological confinement: Toward a pluralism of methods and interpretations. *Psychology of Religion and Spirituality*, 13(1), 14–18. <https://doi.org/10.1037/rel0000274>
- Sociedad Española de Oncología Médica (2020). *Las cifras del cáncer en España*. <https://seom.org/dmccancer/cifras-del-cancer/>
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. *Boletín de Psicología*, (75), 73-85. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=741934>
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V. y Prigerson, H. G. (2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646-657. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.646>
- Toussaint, L. L. y Williams, D. R. (2008). National survey results for Protestant, Catholic, and Nonreligious experiences of seeking forgiveness and of forgiveness of self, of others, and by God. *Journal of Psychology and Christianity*, 27(2), 120-130.
- Tsang, J., Schulwitz, A., y Carlisle, R. D. (2012). An experimental test of the relationship between religion and gratitude. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 40–55. <https://doi.org/10.1037/a0025632>
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on Psychological Sciences*, 4(3), 236-255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- Ureña, P., Barrantes, K. y Solís, L. (2014). Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción subjetiva de la salud en personal académico y administrativo de la Universidad Nacional. *Revista Electrónica Educare*, 18(1), 155-175. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194129374008>
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

- Weber, M. (1978). *Sociología de la religión*. Editorial Pléyade.
- Yanez, B., Stanton, A. L., Kwan, L., Edmondson, D., Park, C. L. y Ganz, P. A. (2009). Facets of Spirituality as Predictors of Adjustment to Cancer: Relative Contributions of Having Faith and Finding Meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 730-741. <https://doi.org/10.1037/a0015820>
- Yazgan, E. y Demir, A. (2018). Factors Affecting the Tendency of Cancer Patients for Religion and Spirituality: A Questionnaire-Based Study. *Journal of Religion and Health*, 58(2), 891-907. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0468-z>
- Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate. Psicología, Cultural y Sociedad*, (7), 193-206. <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.435>
- Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en Psicología*, 23(2), 155-176. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.160>

ANEXOS.

Anexo 1. Cuestionario.

¡Hola! Soy un estudiante del Máster en Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid. Estoy realizando mi Trabajo de Fin de Máster, en el que trato de estudiar las relaciones entre la religión, la espiritualidad y la salud.

El presente cuestionario constituye una herramienta para recoger la información pertinente acerca de diferentes aspectos relacionados con la investigación, y que sin duda puede ayudarme a conseguir los objetivos. Por ello, le pido unos minutos de su tiempo para que conteste a las preguntas y, por favor, le ruego que lo haga con la mayor sinceridad que pueda, para obtener así los resultados más veraces posibles.

Le informo de que sus respuestas son totalmente anónimas y serán evaluadas únicamente con fines de investigación

Así mismo, me comprometo a enviarle, si es de su interés, los resultados del estudio una vez este haya finalizado. ¡Muchas gracias por su colaboración!

Sabiendo que las respuestas son totalmente anónimas y serán tratadas únicamente con fines de investigación, ¿accede a contestar al cuestionario, dando así su consentimiento para el uso de sus respuestas?

- Sí, doy mi consentimiento
- No, prefiero no contestar

(Siguiente página)

Por favor, en primer lugar, le pido los siguientes datos acerca de usted.

Indique su edad:

Indique su sexo:

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no decirlo

Indique su nivel de estudios:

- Sin estudios
- Educación primaria
- Educación secundaria
- Bachillerato o Formación Profesional
- Estudios superiores (universitarios, grados, etc.)
- Posgrado, máster o doctorado

Indique su situación laboral:

- Trabajo actualmente
- En paro
- No trabajo
- Estudiante
- Jubilado/Pensionista

Indique su nivel socioeconómico:

- Bajo
- Medio-Bajo
- Medio
- Medio-Alto
- Alto

¿Padece algún problema de salud?

- Sí
- No

En caso de padecer alguno, ¿cuál?

.....

(Siguiente página)

A continuación, le expongo un listado con afirmaciones acerca de sus creencias sobre Dios, las cuáles usted puede o no experimentar. Observará que la palabra "Dios" aparece en todas ellas. Si no se siente cómodo con esta palabra, sustitúyala por otra que traiga a su mente aquello que tiene que ver con lo divino o lo espiritual para usted.

Por favor, indique cuán firmemente cree que son ciertas para usted estas afirmaciones.

	No, en absoluto	Un poco	Ligeramente	Bastante	Totalmente
Dios me ama inmensamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dios me ignora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A Dios le importan mis preocupaciones más profundas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Me sentí castigado por Dios por mi falta de devoción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puse en entredicho el amor de Dios por mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me enfoqué en la religión para dejar de preocuparme por mis problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me pregunté que hice para que Dios me castigara así	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supuse que Dios me había abandonado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me sentí convencido de que el diablo había hecho que eso pasara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Busqué una cercanía más fuerte con Dios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Siguiente página)

Ahora, le presento una serie de frases que exponen diferentes situaciones.

Le pido que, por favor, conteste en qué grado cree que le describen estas afirmaciones.

	No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe muy bien
Cuando sé cómo se siente alguien, estoy más dispuesto a ayudarlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento la obligación de ayudar a quien está pasando por mucho dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sin importar
cuál es la
circunstancia,
siento la
obligación de
ayudar a quien
parece estar en
problemas

Me gusta
ayudar a otros,
cuando veo
que de esa
manera alivio
su malestar

Estoy
dispuesto a
ayudar a quien
lo necesita sin
importar si
esto me
beneficia

No necesito
recompensas
por ayudar a
otros

Me gustaría que, ahora, expusiese su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones (1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. Ligeramente en desacuerdo; 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5. Ligeramente de acuerdo; 6. De acuerdo; 7. Totalmente de acuerdo).

- Tengo tanto en la vida por lo que estar agradecido/a

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

- Si tuviera que hacer una lista de todo aquello por lo que me siento agradecido/a, sería muy larga

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

- Cuando observo el mundo, no veo mucho por lo que sentirse agradecido/a

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

- Me siento agradecido/a a una gran cantidad de gente

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

- A medida que me hago mayor me veo más capaz de valorar a las personas, eventos y situaciones que han sido parte de la historia de mi vida

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

- Pueden pasar años antes de que me sienta agradecido/a a alguien o de algo

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

(Siguiendo página)

A continuación, le presento una serie de expresiones que tienen que ver con la forma en qué se ha sentido recientemente.

Por favor, le pido que marque la opción que refleje mejor como se ha sentido en la última semana.

	Nada o muy ligeramente	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
Interesado/a por las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angustiado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ilusionado/a o emocionado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Afectado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Culpable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asustado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agresivo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entusiasmado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfecho/a conmigo mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despierto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avergonzado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inspirado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervioso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Decidido/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Concentrado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agitado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miedoso/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Siguiete página)

A continuación, le pido que lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente.

Por favor, indique su grado de acuerdo con cada una de ellas (1. Totalmente en desacuerdo; 2. En desacuerdo; 3. Ligeramente en desacuerdo; 4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 5. Ligeramente de acuerdo; 6. De acuerdo; 7. Totalmente de acuerdo).

- Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

- Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

- Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

- Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos

	1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo

(Siguiente página)

A continuación, aparecen una nueva serie de preguntas, algunas de las cuales pueden parecerse entre sí, pero cada una es diferente. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

En general, usted diría que su salud es:

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Ahora, le pido que diga si le parece falsa o cierta cada una de las siguientes frases.

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy tan sano como cualquiera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud va a empeorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

