

Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores

Review of empirical studies on impact of religion, religiosity and spirituality as protective factors

Ana C. Salgado^{1a}

¹Universidad Marcelino Champagnat, Lima, Perú.

^aDoctora en Psicología e investigadora, actualmente se dedica a la línea de Psicología Positiva y Psicología de la Religión y Espiritualidad. Docente de pregrado en la Universidad San Ignacio de Loyola y docente de postgrado en la Universidad Marcelino Champagnat.

Recibido: 19-12-13

Aprobado: 28-11-14

Correspondencia

Email: csalgadolevano@peru.com

Notas

Esta investigación forma parte de un estudio más amplio que se hizo como parte de la tesis doctoral de la autora.

Citar Como:

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. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.55>

Resumen

El objetivo del presente artículo es revisar las investigaciones empíricas que sustentan el impacto favorable que tienen la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores en las diversas áreas de la vida del ser humano. Se realiza un análisis de cada variable por separado y en conjunto. Entre las conclusiones se señala que las investigaciones evidencian que contribuyen a que las personas tengan mayor autoestima, son una fuente de fortaleza y esperanza, se asocian a una mayor satisfacción con la vida y bienestar espiritual e incrementan la capacidad de perdón. Sirve de apoyo emocional y social, promueven valores prosociales, se asocian a un menor uso y abuso de drogas y menor tendencia a fumar. Contribuye a una mejor salud física y psicológica, ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento de enfermedades. Disminuye la depresión, la ansiedad, la presión sanguínea y el estrés. Facilitan una mayor adaptación, contribuyen al enfrentamiento de la enfermedad y temor a la muerte, por último favorece a un mejor afrontamiento de la condición de discapacidad asociada a enfermedad crónica.

Palabras clave: Espiritualidad, factor protector, religión, religiosidad, salud.

Summary

The purpose of this article is to review the empirical researches supporting the positive impact of religion, religiosity and spirituality as protective factors in various areas of human life. An analysis of each variable is performed individually and collectively. Among the conclusions of this work, researches show that they help people to have more self-esteem, are a source of strength and hope, are associated with greater satisfaction with life and spiritual well-being and increase the capacity for forgiveness. They provide emotional and social support, promote prosocial values, are associated with less use and abuse of drugs and less tendency to smoke. They help to have better physical and psychological health, contribute to prevention and help to speed recovery and promote tolerance to diseases. They help to decrease depression, anxiety, blood pressure and stress. They contribute to a better adaptation, help to cope with the disease and fear of death. Finally, they help to better deal with disability condition associated with chronic disease.

Key words: Spirituality, protective factor, religion, religiosity, health.

Introducción

En la actualidad la sociedad se caracteriza por un alto desarrollo tecnológico y grandes avances en la ciencia, pero paralelamente existe un gran vacío existencial y carencias afectivas que se traducen en una mayor prevalencia a nivel mundial de cuadros como la ansiedad, la depresión y estrés que lamentablemente forman parte de la vida, desde edades muy tempranas.

El fuerte énfasis en el logro, la acumulación y la independencia han resultado en un mayor desapego, soledad y descontento. Los lazos familiares, la pertenencia a la comunidad y el vínculo social han sufrido enormemente (Abi-Hashem, 2001, como se citó en Martínez, 2006).

Es evidente que las últimas décadas marcaron notables descubrimientos y progresos científicos, muchos países han salido del subdesarrollo y el nivel de vida ha continuado su progresión con ritmos muy diferentes según los países. Sin embargo, un sentimiento de desencanto parece dominar (Delors, 1997). Por ejemplo, las cifras de suicidio según la Organización Mundial de la Salud (2012) revelan que cada año se quitan la vida casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad “global” de 16 por 100 000, o una muerte cada 40 segundos. Cada día hay en promedio casi 3000 personas que ponen fin a su vida. Asimismo, en los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y lo que resulta altamente alarmante, la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años.

Purnell y Paulanka, en el 2005 (como se citó en Beltrán Guzmán, Torres, Martínez, Beltrán Guerra & Calderón, 2011) han señalado que el siglo XXI se consolida como la era de la diversidad, la misma que está caracterizada por la pobreza, la migración, así como los conflictos políticos y religiosos que conforman una gama multicultural a nivel mundial. De acuerdo a Jiménez (2005) vivimos en el contexto de una economía globalizada y en una cultura de modernidad tardía, en la que las dudas existenciales sobre el sentido de la vida y la propia identidad son fuente creciente de malestar y psicopatología.

Es pues indudable que aunque se haya avanzado en ciencia y tecnología, paralelamente se han acrecentado los trastornos emocionales y conductuales, evidenciándose situaciones sociales inimaginables: parricidios, feminicidios,

violencia estructural, atropellos a la dignidad personal, incremento notorio de divorcios con la consiguiente ruptura familiar y el inicio sexual cada vez más temprano (v.g. en algunos países a los 10 y 11 años) con las consecuencias que ello implica, entre tantos y tantos problemas que se viven diariamente y que en muchas ocasiones, a fuerza de la cotidianidad ha ido generando insensibilidad, apatía y una peligrosa indiferencia social.

Ante este panorama, han surgido en el mundo de la ciencia, una serie de investigaciones acerca de los efectos que produce la religión, la religiosidad y la espiritualidad en las vidas de los seres humanos, hallándose que son factores protectores que permiten aliviar y mitigar el sufrimiento, superar la adversidad, alcanzar un mayor bienestar, una mayor calidad de vida, una mayor capacidad de trascendencia, así como un sentido de plenitud y autorrealización.

Dichas investigaciones, han permitido que se funde académicamente la Psicología de la Religión y la Espiritualidad, que hace referencia a las experiencias y formas de participación religiosa, creencias y prácticas espiritual-religiosa, el afrontamiento religioso, la conversión y la fe (Yoffe, 2007, como se citó en Quiceno & Vinaccia, 2009) entre otras variables. Es precisamente en esta línea que se inscribe el presente artículo.

Debe recordarse que durante décadas en la ciencia se evitó investigar las variables ligadas a la religión y espiritualidad por considerárselas nada científicas. Al respecto Rivera (2007) señala que el área espiritual de la vida humana fue largamente segregada del campo de la psicología, y parece ser necesario hoy en día, asignarle un lugar más allá del apasionamiento de la fe y el escepticismo academicista contemporáneo.

De acuerdo a Miller y Thoresen, 2003 (como se citó en Torres, 2003) existen dos supuestos erróneos que han influido en subestimar la investigación: el supuesto que la espiritualidad no puede ser estudiada científicamente y el supuesto que la espiritualidad no debe ser estudiada científicamente. Según Mitka, 1998 (como se citó en Rivera, 2007) en el mundo académico, la espiritualidad es una variable de la que se ha preferido no hablar.

En pleno siglo XXI es innegable que se vive en la comunidad científica

entre dos polos contrarios, uno donde se reconoce la creciente importancia de la dimensión religiosa y espiritual; y otro donde existe una actitud de franco rechazo y discriminación hacia todo lo que las represente, por considerárselas incompatibles con la ciencia o en el mejor de los casos, poco científicas.

Paradójicamente se puede observar que en los países más desarrollados donde presumiblemente la dimensión religiosa y espiritual se ha debilitado en las personas, existe un serio interés en la comunidad científica para abordar variables ligadas a la fe, el afrontamiento religioso, la convicción espiritual, el bienestar espiritual, entre otras que se han traducido en importantes investigaciones. Contrariamente, a pesar de la importancia histórica y cultural de la religión y la espiritualidad en las poblaciones hispanoparlantes (Quiceno & Vinaccia, 2009) en la mayoría de los países latinoamericanos, los científicos no han investigado estas variables de manera satisfactoria (salvo algunas excepciones) permaneciendo en muchos sectores académicos, aún una visión estereotipada y sesgada, que ha impedido abrir las puertas a nuevos conocimientos.

Por lo expuesto, el objetivo del presente trabajo es revisar las investigaciones empíricas que sustentan el impacto favorable que tienen la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores en las diversas áreas de la vida del ser humano.

Estudios sobre el impacto de la religión como factor protector.

Koenig, McCullough y Larson, 2001 (como se citó en Quiceno & Vinaccia, 2009) plantean que la religión es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente (Dios, un poder más alto, la verdad o la realidad última). Según Vanistendael (2003) la religión sitúa la vida espiritual en una comunidad con una tradición. Ella se basa en la fe en Dios, busca una organización y una expresión comunitarias, así como un apoyo para la vida espiritual.

La religión hace referencia a una serie de prácticas y normas acorde a las creencias que se tiene, pero el sustrato a todas ellas es la espiritualidad, entendiéndola como aquella que precisamente nutre la religión y le da

sentido, es decir, la fe en Dios.

Levin, 1994 (como se citó en Pérez, Sandino & Gómez, 2005) encontró que la religión, en especial, la asistencia a la iglesia, brinda sentimientos de autoestima positiva y control como resultado de actividades de devoción públicas y privadas, tales como ritos religiosos, oración y meditación al establecer y sostener una relación personal con un ser divino.

La religión según Pargament, 1997 (como se citó en González, 2004) constituye una estrategia de afrontamiento activo para superar mejor los problemas de la existencia, puesto que le permiten a la persona:

- Buscar significado existencial para ciertas situaciones estresantes de la vida.
- Construir o reconstruir los eventos o problemas de la vida en términos de significado.
- Aportar un sistema de orientación existencial a los procesos de afrontamiento.
- Trasladar el sistema de orientación en métodos específicos de afrontamiento.
- Buscar significado en el proceso de afrontamiento a través de mecanismos de conservación y transformación de significado de los acontecimientos vitales.
- Tratar de solucionar los problemas mediante diversas formas que son convincentes para ellos.
- Resolver los problemas a través de mecanismos que están insertados en su sistema cultural.

Según Ellison, Gay y Glass (1991), Ferraro y Koch (1994) Ellison et al., 1991 (como se citó en Pérez et al., 2005) la religión ofrece un sentido de

propósito que otros tipos de apoyo social no pueden proveer. 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. Las creencias religiosas pueden incluso reajustar el significado de los problemas de la vida diaria para que éstos parezcan más manejables, aumentando así los niveles generales de satisfacción con la vida.

Pérez et al., (2005) encontraron una correlación negativa significativa entre el nivel de depresión y pertenecer activamente a un grupo religioso o espiritual en adultos tanto varones como en mujeres.

Un extenso análisis longitudinal sobre la salud noruega denominado HUNT, realizado por científicos de la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología, basado en 120 000 personas, ha permitido integrar datos familiares e individuales, así como relacionar estas informaciones con los registros sanitarios nacionales, hallando que la asistencia a la iglesia está asociada a una baja presión sanguínea. Los investigadores descubrieron que existía, concretamente, una relación positiva entre el tiempo que se pasa en la iglesia y una presión sanguínea baja, tanto en varones como en mujeres, constatándose que cuanto más a menudo iban las personas participantes a la iglesia, más baja era su presión sanguínea. En otras palabras, aquellas personas que eran religiosamente más activas estaban más sanas que las que no eran religiosamente activas (Lorenzo, 2012).

Otros estudios sugieren que los efectos de apoyo de la religión son más fuertes para las mujeres. En 1994, Ellison et al., (como se citó en Pérez et al., 2005) encontraron que las mujeres religiosas que regularmente asistían a la iglesia reportaron recibir más beneficios de apoyo social y expresivo que los varones y aquellas mujeres que no asistían con frecuencia a la iglesia.

La religión juega un papel importante en el afrontamiento de la enfermedad y el estrés psicológico (Handal, Black-López & Moergen, 1989; Williams, Larson, Buckler, Heckmann & Pyle, 1991; Pargament, 1997), está asociada a la capacidad de perdonar (Rye et al., 2000), la amabilidad (Ellison, 1992), la compasión (Wuthnow, 1991) y la implicación en la iglesia de acuerdo a Hodgkinson, Weitzman y Kirsch (1990), Schervish (1990), Regnerus, Smith y Sikkink (1998), Smith, Fabricatore y Peyrot (1999),

Mattis et al., (2000), es a menudo un predictor de altruismo, voluntariado y filantropía (como se citó en Martínez, 2006).

Para otros autores, la religión se identifica como fuente de soporte social, de ayuda, de fortaleza y de esperanza en medio de situaciones de enfermedad y de discapacidad. Hay documentación abundante que señala que creer en Dios y pedir su apoyo ayuda a muchas personas a sobrellevar su limitación (Narayanasamy, 2002; Saudia & cols, 1991, como se citó en Sánchez, 2009a). De igual forma se relaciona la oración con la sensación de control, y esta se tiene en cuenta como una forma de motivación interna. En este mismo sentido varios autores han encontrado que las creencias y prácticas religiosas tienden a redimensionar el sufrimiento, disminuir el estrés, son fuente de autocuidado y ayudan a evitar la depresión (Sánchez, 2009a).

Hay diversas investigaciones que relacionan las creencias religiosas con el mantenimiento y recuperación de la salud, abordando temas desde la evolución positiva de síntomas y conductas, hasta las intervenciones. Por ejemplo, la relevancia que tiene la religión para la psicoterapia (Bergin, 1991), el fomento del estado de ánimo más positivo (De Miguel, 1994), la satisfacción hacia la vida (De Miguel, 1996), la menor probabilidad de implicarse en la conducta de fumar (De Miguel, 1994/1996), la recuperación ante el alcoholismo (Vaillant, 1995) y el de uso de drogas en general (Avants, Warburton & Margolin, 2001; Ahmed, Brown, Gary & Saadatmand, 1994), el control de la tensión arterial (Steffen, Hinderliter, Blumenthal & Sherwood, 2001), el pronóstico del cáncer (Feher & Maly, 1996), la reducción de la ansiedad (Koenig et al., 1993), el alivio de la depresión (Commerford & Reznikoff, 1996) y de los eventos estresantes (Shams & Jackson, 1993) en general (como se citó en González, 2004).

Estudios sobre el impacto de la religiosidad como factor protector.

La religiosidad es la expresión comportamental del sistema de creencias, la doctrina y los cultos organizados de la religión. La religiosidad se vive en lo social como un cuerpo de conocimientos, comportamientos, ritos, normas y valores que rigen o pretenden regir, la vida de personas interesadas en vincularse con lo divino. Pretende ser un compromiso (no siempre logrado) con creencias y prácticas características de una tradición religiosa particular

(Peteet, 1994), expresada según Walker y Pitts (1998) en credos y rituales (como se citó en Rivera, 2007).

Los resultados de algunas investigaciones parecen ser bastante claros respecto a las relaciones entre religiosidad y bienestar psicológico subjetivo, satisfacción vital y logro de sentido existencial, aspectos vinculados estrechamente entre sí. En 1978 Hadaway y Roof (como se citó en Gallego-Pérez, García-Alandete & Pérez-Delgado, 2007) hallaron que las personas que consideraban importante la religiosidad expresaban un mayor contenido existencial y una esperanza más elevada de poder configurar su propia vida, que aquellos que no la apreciaban en absoluto.

Se ha encontrado que existe una asociación negativa de la religiosidad intrínseca con ansiedad y depresión (Koenig, George & Siegler, 1988) y una asociación negativa entre religiosidad relacionada con organizaciones religiosas y depresión (Strawbridge et al., 1998). Se ha hallado también relación entre la dimensión de la religiosidad “devoción personal” y menores niveles de sintomatología depresiva (Kendler, Gardner & Prescott, 1997). También se ha asociado una mayor religiosidad (Kendler, Gardner & Prescott, 1997; Kendler et al., 2003) con un menor consumo de drogas (como se citó en Rodríguez, 2006).

Otros trabajos se orientan en la misma dirección, hallando relaciones positivas entre religiosidad intrínseca y sentido de la vida (Bolt, 1975; Crandall & Rasmussen, 1975) entre satisfacción vital y asistencia al culto religioso (Hadaway & Roof, 1978; McClure & Loden, 1982); entre autoestima y logro de sentido de la vida en personas que experimentaban sentimientos de pertenencia a “comunidades morales”, especialmente religiosas (Johnson & Mullins, 1990); entre religiosidad y sentido de la vida en personas mayores (Gerwood, LeBlanc & Piazza, 1998); entre religiosidad, felicidad, sentido de la vida y autorrealización (French & Joseph, 1999); entre misticismo, satisfacción vital y sentido de la vida (Byrd, Lear & Schwenka, 2000); entre sentimiento subjetivo de felicidad y frecuencia de asistencia a los servicios religiosos, autodefinición religiosa, orientación doctrinal y creencia en que la religión aporta una percepción de logro de sentido que sería la base del bienestar personal (Ferris, 2002); y según Frederickson (2002) entre religiosidad y experiencia de emociones positivas llenas de sentido (como se

citó en Gallego-Pérez et al., 2007).

Asimismo, los efectos positivos de la religiosidad en la salud mental se han explicado en función de los siguientes parámetros: menor consumo de drogas entre las personas religiosas, mayores posibilidades de apoyo social, encontrar un sentido a las situaciones adversas en base a un sistema de creencias que les da dicho sentido y tener un recurso adicional para afrontar el estrés (Smith, McCullough & Poll, 2003, como se citó en, 2006).

Existen estudios que abordan las repercusiones favorables de la religiosidad sobre la salud y en particular sobre el manejo del cáncer. Por ejemplo, en una investigación con pacientes hospitalizados con cáncer, se encontró que la religiosidad correlaciona positivamente con la satisfacción en general con la vida y negativamente con la desesperanza (Ringdal et al., 1996) Se ha hallado que existe relación entre religiosidad intrínseca y bienestar espiritual y esperanza en pacientes con cáncer (Mickley & Soeken, 1993) y se han encontrado (Koenig, George & Peterson, 1998) mayores tasas de remisión de depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados que tienen una mayor religiosidad intrínseca (como se citó en Rodríguez, 2006).

Por otro lado, Booth, Johnson, Branaman y Sica (1995) informaron sobre correlaciones altas y directas entre religiosidad y adaptación marital. Asimismo, el cumplimiento de rituales (vg. asistir al templo, participar en organizaciones religiosas, seguir los preceptos religiosos) son facilitadores del ajuste marital (Wilkinson & Taner, 1980; Wilson & Flisinger, 1986). Por su parte Bahr y Chadwick (1985) encontraron que tanto el profesar una religión como el asistir al servicio religioso, está asociado con la satisfacción marital. Estos autores encontraron que las personas más religiosas tendieron a permanecer casadas por más tiempo (como se citó en Montero & Sierra, 1996).

Estudios sobre el impacto de la espiritualidad como factor protector.

En relación a la espiritualidad, en 1991 Reed (como se citó en Rodríguez, Fernández, Pérez & Noriega, 2011) planteó que es la capacidad de autotranscendencia que permite a la persona ampliar las fronteras personales y orientarse hacia actividades y objetivos más allá de sí mismo, sin negarse

el valor del ser en el contexto presente y favoreciendo su propia maduración. En 1995 Ross (como se citó en Rodríguez et al., 2011) afirma que es la comprensión del significado y propósito, junto a la voluntad de vivir y la fe en uno, en los demás o en Dios.

Para autores como Burkhart y Solari-Twadell (2001), Ferrer (2001), Monge y Benito (1996) y Gotterer, 2001 (como se citó en Martínez, Méndez & Ballesteros, 2004) la búsqueda de sentido de la vida hace referencia a la dimensión espiritual de la persona. Según Koenig, 2008 (como se citó en Quiceno & Vinaccia, 2009) el concepto de espiritualidad sobrepasa los límites de la religión y de la moral, especialmente en el mundo occidental, hasta convertirse en un constructo estudiado ampliamente por el campo de la salud.

Varios estudios sugieren que el ejercicio de actividades espirituales puede influir a través de las emociones positivas como la esperanza, el perdón, la autoestima y el amor, las cuales pueden ser importantes para la salud mental, a través de mecanismos de acción psiconeuroinmunológicos y psicofisiológicos (Gastaud et al., 2006).

La espiritualidad se ha asociado con menor mortalidad, menor depresión, menor riesgo de cirrosis, enfisema, suicidio y muerte por isquemia cardiaca, así como menor uso de servicios hospitalarios, e inclusive menor tendencia a fumar. Así mismo, la revisión hecha por Levine en 1997, de más de 250 estudios, demostró una reducción del cáncer y otros padecimientos crónicos, lo cual fue consistente con diferentes religiones y diferentes culturas (como se citó en Pinto, 2007).

Diversas investigaciones han demostrado una implicación importante de la dimensión espiritual a la hora de hacer frente a la enfermedad y se han encontrado correlaciones positivas entre los índices de recuperación y espiritualidad (Mueller, Plevak & Rummans, 2001; Mytko & Knight, 1999), así como entre bienestar espiritual y calidad de vida, y entre bienestar espiritual y ajuste a las situaciones que supone la enfermedad (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold & Targ, 1999; Brady, Peterman, Fitchett, Mo & Cella, 1999). La espiritualidad se constituye como una forma de afrontamiento para los pacientes, más que una forma de negación o evitación, y algunas

investigaciones han mostrado que muchos pacientes desearían que sus médicos discutieran con ellos (Mytko & Knight, 1999; Reiman, 1999) cuestiones sobre la misma (como se citó en Martínez et al., 2004).

Por su parte, Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya (2005) hallaron una relación positiva entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud en una población de personas en edad avanzada. Dichos autores afirman que niveles altos de bienestar espiritual para la población que estudiaron, significa que la cercanía con Dios muestra el camino para lograr la adaptación ante los retos del envejecimiento (percepción del ambiente como fuente de oportunidades y no de obstáculos).

Otros hallazgos asociados a la influencia de la espiritualidad en la salud física, señalan que las personas que regularmente asisten a la iglesia, oran individualmente y leen la Biblia, tienen una presión sanguínea diastólica mucho más baja que los menos religiosos, sufren menos hospitalizaciones, tienden a tener estilos de vida más saludables, tienden a evitar el abuso de alcohol y drogas y los comportamientos sexuales riesgosos. Las personas que asisten regularmente a servicios religiosos tienen sistemas inmunes más fuertes que sus contrapartes menos religiosos, y muestran significativamente mejores resultados al sufrir alguna enfermedad que los no religiosos (Koenig, 2001 como se citó en San Martín, 2007).

En pacientes con cáncer, la espiritualidad mejora la función inmune, aumenta la sobrevida, disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento, favorece estilos de vida y comportamientos más sanos, y por lo tanto contribuye a un menor riesgo de enfermedades, y en general, mejora la calidad de vida (San Martín, 2007). La espiritualidad se asocia con la enfermedad terminal en varios aspectos. De una parte, la misma cercanía a la muerte parece modificarla y algunos informes reportan un mayor nivel de perspectiva espiritual en las personas en esta situación (Coward & Kahn, 2005; Reed, 1991, como se citó en Sánchez, 2009b).

Por ejemplo, en 1999, Feher y Maly (citado en Martínez et al., 2004) realizaron un estudio con mujeres con cáncer de mama, llegando a la conclusión de que las creencias religiosas o espirituales se mantuvieron o incrementaron durante la enfermedad, sirviendo de soporte emocional para el

91% de las mujeres que participaron en el estudio; las pacientes encontraron la forma de darle significado a su vida, sobre todo, durante su experiencia con el cáncer.

Otros investigadores han documentado la relación entre la espiritualidad y la salud y entre el desarrollo de rituales y prácticas religiosas y la calidad de vida (Santos, 2000; Sprangers & Schwartz, 1999), cómo las creencias afectan el estilo de vida (Avants, Warburton & Margolin, 2001), el tratamiento (Matthees, Anantachoti, Kreitzer, Savik, Hertz & Gross, 2001), las decisiones frente al cuidado de la salud (Haddad, 1999; Gillman, 1999) y la percepción de la situación de enfermedad (Morrison & Thornton, 1999), así como la asociación según Haynes y Watt (2008) entre la espiritualidad y comportamientos saludables (como se citó en Sánchez, 2009a).

Por otro lado, desde la perspectiva terapéutica se ha estudiado el impacto de la espiritualidad en el comportamiento en situación de discapacidad y se ha encontrado documentación que muestra como los pacientes con enfermedad crónica discapacitante han podido mejorar los comportamientos o los resultados de algunos tratamientos, la forma como la espiritualidad influye en su adaptación, la asociación entre las creencias y los temores de quienes están hospitalizados, las estrategias de afrontamiento positivo, los patrones de este afrontamiento y su relación con el estrés, la asociación entre los valores y el afrontamiento y el apoyo en el afrontamiento positivo del día a día. Parece haber un consenso amplio entre diferentes autores al señalar que la espiritualidad puede tener utilidad para el cuidado de quienes tienen una condición de discapacidad asociada a enfermedad crónica, y que ésta da elementos para permitirles afrontar mejor esa situación y encontrar significado en la experiencia para aceptar, crecer o trascender (Sánchez, 2009a).

Estudios que abordan el impacto de la religión, religiosidad o espiritualidad en su conjunto.

Dado que las variables se encuentran estrechamente vinculadas, existen estudios donde no se diferencian los efectos que causa cada uno, sino que se han investigado sus efectos en conjunto, (porque abordan dos o tres de los factores estudiados) como a continuación se podrá observar.

Koenig, McCulloch y Larson en el 2001 (como se citó en Jiménez, 2005) ofrecieron un análisis crítico, sistemático y amplio de más de 1200 estudios empíricos y 400 revisiones que examinaron las relaciones entre espiritualidad y religión y variadas condiciones físicas y psíquicas. Estudios correlacionales y longitudinales que incluyeron enfermedades cardíacas, hipertensión, enfermedad cerebro-vascular, disfunción inmunológica, cáncer, mortalidad, dolor y discapacidad, mostraron entre un 60% y un 80% de relación entre mejor salud y religión o espiritualidad. Las condiciones psiquiátricas revisadas incluyeron psicosis, depresión, ansiedad, suicidio y problemas de personalidad. Los beneficios de la espiritualidad según estos autores son triples: ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento.

El compromiso religioso y espiritual temprano desempeña un papel importante en la promoción de valores prosociales (Mattis et al., 2000), y la religiosidad se ha asociado, en niños y adolescentes, con menos actividades antisociales (Johnson, Larson, Li & Jang, 2000) y mejor rendimiento académico (Donahue & Benson, 1995). Los jóvenes con mayor grado de participación religiosa perciben el mundo como un lugar más coherente (Bjarnason, 1998), y diversos estudios ofrecen correlaciones positivas entre diversas medidas de espiritualidad y religiosidad y varios aspectos personales y familiares adaptativos (como se citó en Martínez, 2006).

La religiosidad/espiritualidad y la salud mental parecen estar positivamente asociadas (Gastaud et al., 2006). En el 2003 Hill y Pargament, (citado en Rodríguez, 2006) afirman que las creencias espirituales pueden proporcionar apoyo y estabilidad en tiempos de crisis, además que pueden brindar una sensación de un sentido último, incluso en medio de situaciones vitales muy estresantes; proporcionando una filosofía de vida unificadora. Estos aspectos son los que podrían tener que ver con una mejor salud mental en las personas con estas características. A esto se podrían asociar variables que se han vinculado a una mejor salud mental como el énfasis en tener conductas virtuosas, el apoyo social y la oración.

La religión y la espiritualidad juegan un papel importante en la vida de muchas personas y los enfermos con frecuencia usan prácticas de tipo

espiritual y/o religioso como vía para afrontar el estrés que les provoca su situación (Ferrell, 2003; Flannelly, Weaver & Costa, 2004; Koenig, Pargament & Nielsen, 1998; Stefanek, McDonald & Hess, 2005; Taylor, 2001). Muchos pacientes refieren que confían en que sus creencias religiosas y espirituales les ayuden a poder afrontar con éxito el estrés que supone una enfermedad grave (Koenig, Pargament & Nielsen, 1998; Silberfarb et al., 1982 y 1991) o bien para que les puedan ayudar a adaptarse a esta situación (Jenkins & Pargament, 1995). Koenig, George y Siegler (1998) encontraron, en un estudio sobre actitudes y prácticas religiosas en pacientes adultos mayores hospitalizados, que aproximadamente un 40% de ellos referían espontáneamente que su fe religiosa era el factor más importante para afrontar su situación (como se citó en Rodríguez, 2006).

Con respecto a la adaptación adecuada a la enfermedad se ha encontrado una relación entre creencias de tipo espiritual y práctica religiosa con la mejor adaptación a la situación de padecer un cáncer (Jenkins & Pargament, 1995). También se han relacionado con dicha adaptación más positiva, aspectos concretos de dichas creencias como tener un sentido trascendente de la vida y asistir a la iglesia (Acklin, Brown & Mauger, 1983), práctica religiosa (Fehring et al., 1997), bienestar espiritual (Kaczorowski, 1989), conciencia espiritual (Smith et al., 1993) y pensamientos religiosos -Fehring, Miller y Shaw, 1997. (como se citó en Rodríguez, 2006).

Por otra parte, se ha encontrado relación positiva entre religiosidad intrínseca y esperanza, y entre bienestar espiritual y otros estados de ánimo positivos en enfermos de cáncer (Fehring, Miller & Shaw, 1997). También se han hallado menores deseos de muerte entre quienes manifestaban mayor bienestar espiritual (Breitbart, 2000). En varios estudios se ha encontrado que las fuertes creencias religiosas en los enfermos de cáncer, se asociaban a menores niveles de dolor, ansiedad, hostilidad y aislamiento social y con niveles más altos de satisfacción con la vida (Acklin, Brown & Mauger, 1983; Holland et al., 1998; Kaczorowski, 1989; Koenig et al., 1992; Yates et al., 1981). Algunos pacientes han referido que dichas creencias les reportan mayores niveles de bienestar (Rowland, 1989b) e incluso se relacionaban con menores niveles de dolor en pacientes con cáncer avanzado (Yates et al., 1981). Dichos mayores niveles de bienestar se han relacionado con el apoyo social que aporta la pertenencia a una comunidad religiosa (como se citó en

Rodríguez, 2006).

La espiritualidad también tiene una importante influencia sobre la longevidad, el enfrentamiento a la muerte y la satisfacción vital. Koenig en el 2001 (como se citó en San Martín, 2007) encuentra que los adultos mayores que tienen una profunda y personal fe religiosa tienen una mayor sensación de bienestar y satisfacción vital que sus pares menos religiosos. Asimismo, halló que los mayores tienden a confiarse más a su fe religiosa y a la oración, cuando se encuentran bajo estrés, tienden a mostrar mucho menor o ningún temor a la muerte, comparados con pares para quienes la fe y la oración son menos importantes. Más que la actividad religiosa en sí, es la fe personal la que parece ayudar a las personas mayores a enfrentar el estrés y el temor a la muerte. La fe religiosa parece proteger a los adultos mayores de las dos más importantes aflicciones del final de la vida, la enfermedad cardiovascular y el cáncer, y también parece evitar por mayor tiempo el llegar a una invalidez.

Por otro lado, Canaval, González y Sánchez (2007) en un estudio con mujeres maltratadas, hallaron que la espiritualidad se convierte en un recurso importante para las mujeres que viven situaciones de violencia y que les ayuda a iniciar y mantener un proceso de cambio que puede conducir a resolver el conflicto. Por otro lado, el hecho de que más mujeres que hombres asuman prácticas espirituales, principalmente a nivel religioso, podría reflejar una conducta adaptativa; dicha conducta hace que las mujeres, encuentren un recurso de fortaleza y adaptación eficaz (Rodríguez et al., 2011) sobre todo cuando se tienen que enfrentar a las enfermedades, al maltrato, al abuso o a la adversidad en general.

Conclusiones

1. Las investigaciones científicas demuestran el rol fundamental que cumple la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores en las vidas de las personas, lo cual se manifiesta no solo en su salud, sino también en su manera de relacionarse con el entorno, afectando sus relaciones familiares, de pareja, académicas, laborales y sociales, impactando su visión acerca de sí mismo y del mundo que les rodea.
2. En base a la revisión de las investigaciones científicas se puede afirmar

que:

- a) La religión contribuye a un mayor sentido de propósito y sentimiento de control, está asociada a la amabilidad y compasión, es un predictor de altruismo, voluntariado y filantropía; sirven como una estrategia de afrontamiento activo para superar problemas y ayuda a redimensionar el sufrimiento.
 - b) La religiosidad proporciona un mayor bienestar psicológico subjetivo, mayor sentido de vida, felicidad y autorrealización, así como contribuyen a una mayor adaptación, satisfacción y ajuste marital.
 - c) La espiritualidad está asociada a una mayor calidad de vida, estilos de vida más saludables, tendencia a evitar comportamientos sexuales riesgosos, sistemas inmunes más fuertes, aumento de sobrevida en pacientes con cáncer, menor mortalidad, menor uso de servicios hospitalarios, así como reducción de cáncer y padecimientos crónicos.
 - d) En su conjunto las investigaciones evidencian que la religión, religiosidad y espiritualidad contribuyen a que las personas tengan más autoestima, son una fuente de fortaleza y esperanza, se asocian a una mayor satisfacción con la vida y bienestar espiritual e incrementan la capacidad de perdón. Sirven de apoyo emocional y social, promueven valores prosociales, se asocian a un menor uso y abuso de drogas y menor tendencia a fumar. Contribuyen a una mejor salud física y psicológica, ayudan a la prevención, aceleran la recuperación y promueven la tolerancia frente al padecimiento de enfermedades. Disminuyen la depresión, la ansiedad, la presión sanguínea y el estrés. Facilitan una mayor adaptación, contribuyen al enfrentamiento de la enfermedad y temor a la muerte, y favorecen un mejor afrontamiento de la condición de discapacidad asociada a enfermedad crónica.
3. Debe enfatizarse que los beneficios que aportan la religión, la religiosidad y la espiritualidad en bien del ser humano son altamente favorables, cuando son vividos y experimentados, sin fanatismos, sin dogmatismos, ni imposiciones de ninguna índole.
 4. A pesar del creciente interés de la ciencia en el campo de la Psicología de la Religión y Espiritualidad, queda mucho camino por recorrer, ya que debido a que no existen teorías rigurosas, su estatus epistemológico aún es débil, constituyéndose en uno de los principales retos que se deberá

enfrentar en un futuro cercano. En este sentido, es imprescindible que se dejen atrás prejuicios y estereotipos y por el contrario, se dediquen esfuerzos sostenidos para realizar investigaciones conducidas con todo el rigor que la ciencia exige, para responder a los desafíos que representa la riqueza y complejidad del ser humano.

Referencias

- Beltrán Guzmán, F., Torres, I., Martínez, G., Beltrán Guerra, L. & Calderón, M. (2011). Valoración del sentido de vida y la autoestima en estudiantes universitarios de Psicología. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1 (3), 1-23.
- Canaval, G., González, M. & Sánchez, M. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 38 (2), 72-78.
- Delors, J. (1997). *La educación o la utopía necesaria*. En J. Delors et al. *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI*. (pp.7-30). Paris: Unesco. Recuperado de http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF
- Gallego-Pérez, J., García-Alandete, J. & Pérez-Delgado, E. (2007). Factores del Test purpose in life y religiosidad. *Univ. Psychol*, 6 (2), 213-229.
- Gastaud, M., Souza, L., Braga, L., Horta, C., De Oliveira, F., Sousa, P. & Da Silva, R. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Rev. Psiquiatria*, 28 (1), 12-8.
- González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Vol. 7 (2), 19-29. Recuperado de www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/.../vol7no2art2.pdf
- Jiménez, J. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la Medicina. *Revista Gaceta Universitaria*, 1, 92-101.
- Lorenzo, M. (2012). *La religiosidad podría reducir la hipertensión, según un estudio*. ForumLibertas.com Diario digital 17/02/2012 – Sociedad.

- Recuperado de http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=22168&id_seccion=8
- Martínez, M., Méndez, C. & Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro javeriano de oncología. *Univ. Psychol.* 3 (2), 231-246.
- Martínez, Ma. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17 (3), 245-258.
- Montero, M. & Sierra, L. (1996). Escala de Bienestar Espiritual: un estudio de validación. *La Psicología Social en México, AMEPSO*, 6, 28-33.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- Pérez, A., Sandino, C. & Gómez, V. (2005). Relación entre depresión y práctica religiosa: un estudio exploratorio. *Suma psicológica*, 12 (1), 77-86.
- Pinto, N. (2007). Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9 (1), 20-35.
- Quiceno, J. & 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.
- Rivera, A. (2007). *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en un contexto religioso*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Rodríguez, Ma. (2006). *Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M. & Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11 (2), 24-49.
- Sánchez, B. (2009a) Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan*, 9 (1), 8-22.

- Sánchez, B. (2009b). Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27 (1), 86-95.
- San Martín, C. (2007). Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate* 8. *Psicología, Cultura y Sociedad*. pp.111-128.
- Torres, W. (2003). *Utilización de internet y el bienestar psicológico en estudiantes universitarios de alto y bajo nivel de acceso a la tecnología de información por computadora*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Vanistendael, S. (2003). *Resiliencia y espiritualidad. El realismo de la fe*. Ginebra, Suiza: Oficina Internacional Católica de la Infancia.
- Whetsell, M., Frederickson, K., Aguilera, P. & Maya, J. (2005). Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Aquichan*, 5 (1), 72-85.