



**Universidad
de Huelva**

Facultad de Ciencias de la Educación

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social

Programa de Doctorado en Salud y Calidad de Vida

TESIS DOCTORAL

Para la obtención del título de Doctor en Psicología por la Universidad de Huelva

**LA RELIGIÓN Y SU INFLUENCIA EN
LAS CONDUCTAS DE SALUD**

Presentado por

YOJANÁN CARRASCO RODRÍGUEZ

Director

Prof. Dr. D. Emilio Moreno San Pedro

Huelva, 2015

A mi familia

Agradecimientos

Es para mí un momento muy singular estar escribiendo estos agradecimientos, pues suponen el culmen del trabajo realizado en esta tesis doctoral. Han sido años de esfuerzos y en los que he contado con la inestimable ayuda, sobre todo en este último año, de personas a las que realmente deseo agradecer.

Doy gracias a dos compañeros geniales, Diego Barroso y Miguel Almagro, que fueron imprescindibles en la tarea de confeccionar el cuestionario en la versión online y en la recogida de datos del mismo. La ayuda aportada por dos maravillosas mujeres, Mercedes y Charo, me permitieron obtener buena parte de mis datos de estudios, una tarea ardua que ellas hicieron muy simple y divertida y por la que siempre les estaré agradecido.

Esta investigación no habría llegado lejos sin la dirección del Prof. Dr. Don Emilio Moreno San Pedro que me ha aportado su ayuda, guía, consejos y apoyo desde el principio y que ha aguantado con mucha entereza los años de trabajo y mis errores de aprendizaje.

Solo me queda agradecer a las dos personas más importantes de mi vida. Mi madre, a la que quiero mucho y se lo digo poco, por siempre ser mi pilar de apoyo y nunca abandonarme. Y más que a nadie, a la que ha soportado más horas de lecturas, correcciones, textos en inglés y horas de monólogos sobre religiones, por siempre estar junto a mi, confiar y no dejar nunca de quererme, mi novia Raisa.

Resumen

Las creencias religiosas regulan conductas como la alimentación, relaciones sociales, consumo de sustancias, etc. La psicología debe estudiar el fenómeno psicológico existente que une la práctica religiosa con la salud. Muchos estudios demuestran una relación curvilínea entre creencias religiosas y salud. La presente tesis tiene como objetivo analizar si la posesión de una determinada creencia religiosa favorece el seguimiento de reglas que son beneficiosas para la salud. Se emplea un cuestionario sobre Salud y Religión-Espiritualidad (en modalidad online y en papel) que explora las creencias religiosas (o ausencia de ellas), así como información sobre determinados hábitos de salud y conductas de riesgo de los encuestados (consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, ejercicio físico y dieta). Del total de participantes se realizó una división entre religiosos y no religiosos ($N = 170$). De estos mismos, el 33,7 % son consumidores de tabaco, el 71,6 % consumen alcohol, un 17,8 % consumen drogas, el 62,7% realiza ejercicio y un 27,6% llevan a cabo una dieta. La prueba de Chi-cuadrado arroja resultados significativos para el consumo de tabaco ($\chi^2 = 4,816$; $p < 0,05$), el consumo de alcohol ($\chi^2 = 16,526$; $p < 0,01$) y el consumo de drogas ilegales ($\chi^2 = 10,979$; $p < 0,01$). Estos resultados demuestran que, lejos de poder afirmar con total exactitud que ser seguidor de una u otra religión es el indicativo de la realización de más o menos conductas de riesgo para la salud, sí se puede afirmar que la única diferencia plausible es la de definirse dentro de un grupo religioso.

Abstract

The influence of religious belief can be reflected in several aspects such as diet, social relationships, substance abuse, etc. Therefore, psychology studies the psychological phenomenon between religious practice and health. There are multiple studies that demonstrate a curved relationship between the two concepts mentioned above. The main objective of this present thesis is to analyze if anyone who believes in a particular religion can follow certain beneficial rules for a good health. A Health and Religion-Spirituality questionnaire (paper and online survey methods) explores religious beliefs (or the absence of those) as well as information on certain health habits and risky behaviors (tobacco consumption, alcohol, illegal drugs, doing exercise and make a diet). Among the whole participants a division was made between religious and non-religious (N = 170). The questionnaire rates that a 33,7 % of them were tobacco smokers, a 71,6 % of them were alcohol drinkers, a 17,8 % of them were drug abusers, a 62,7 % of them do exercise and finally, a 27,6 % of them make a diet plan. In addition, Chi-square test shows important and significant results in the area of tobacco consumption ($\chi^2 = 4,816$; $p < 0,05$) also in relation to alcohol consumption ($\chi^2 = 16,526$; $p < 0,01$) and the last one, illegal drug abuser ($\chi^2 = 10,979$; $p < 0,01$). Those results that we have just mentioned above indicates that, far from being completely truth, following a religious group does not demonstrate risky health behaviors, however, it can be stated that the only difference is to denominate oneself religious or not.

Tabla de contenidos

Introducción	1
I. Marco de las religiones	1
II. La religión en las regiones de Andalucía	9
III. Salud, Psicología y Religión	13
IV. La corriente ateísta	19
V. Nexo entre Religión y Antropología en las conductas de salud	23
VI. Perspectiva de la salud	35
Objetivos	43
Método	44
Participantes	44
Instrumentos	44
Variables	47
Procedimiento	48
Resultados	50
I. Descriptivos	50
II. Inferenciales	80
Discusión y Conclusiones	109
Bibliografía	133
Anexos	166
Anexo I. Cuestionario.	166
Anexo II. Tabla 22.	192
Anexo III. Análisis papel versus <i>online</i>	193
Anexo IV. Tablas nivel de estudios para cristianos, ateos y agnósticos.	198

Lista de Tablas

Tabla 1: Estado civil de la muestra	51
Tabla 2: Nivel de estudios de los participantes	51
Tabla 3: Respuestas a la pregunta, ¿Es usted fumador?.....	54
Tabla 4: Respuestas a la pregunta ¿Consume usted bebidas alcohólicas?.....	55
Tabla 5: Respuestas a la pregunta ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? 55	
Tabla 6: Respuestas a la pregunta ¿Realiza usted algún programa de ejercicios?..	60
Tabla 7: Respuestas a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de dieta?.....	65
Tabla 8: Respuesta a la pregunta ¿Con cuál creencia religiosa se identifica usted? 70	
Tabla 9: Participantes ateos que fuman.....	71
Tabla 10: Participantes ateos que consumen bebidas alcohólicas.....	71
Tabla 11: Participantes ateos que consumen algún tipo de droga ilegal	71
Tabla 12: Participantes cristianos que fuman.....	74
Tabla 13: Participantes cristianos que consumen bebidas alcohólicas	74
Tabla 14: Participantes cristianos que consumen algún tipo de droga ilegal.....	74
Tabla 15: Participantes agnósticos que fuman	77
Tabla 16: Participantes agnósticos que consumen bebidas alcohólicas.....	77
Tabla 17: Participantes agnósticos que consumen algún tipo de droga ilegal	77
Tabla 18: Índice de fiabilidad de Cronbach para las preguntas del Beliefs and Values Scale	80
Tabla 19: Correlaciones entre elementos entre elementos preguntas del Beliefs and Values Scale	81
Tabla 20: Estadísticas total del elemento preguntas del Beliefs and Values Scale .	82
Tabla 21: índice de fiabilidad para las preguntas del Rejection of Christianity Scale	80
Tabla 23: Estadísticas de total de elemento para las preguntas del Rejection of Christianity Scale	83
Tabla 24: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿Es usted fumador? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	85
Tabla 25: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿consume usted bebidas alcohólicas? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	86
Tabla 26: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo	87

Tabla 27: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo	88
Tabla 28: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿Realiza usted algún tipo de dieta? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo	89
Tabla 29: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra para el índice de practicancia.....	90
Tabla 30: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra para el índice de ateísmo	90
Tabla 31: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable consumo de tabaco	91
Tabla 32: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable consumo de tabaco	91
Tabla 33: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable consumo de bebidas alcohólicas.....	92
Tabla 34: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable consumo de bebidas alcohólicas	92
Tabla 35: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable consumo de drogas	92
Tabla 36: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable consumo de drogas	93
Tabla 37: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable ejercicio	93
Tabla 38: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable ejercicio	93
Tabla 39: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable dieta	94
Tabla 40: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable dieta	94
Tabla 41: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de ateísmo y variable consumo de tabaco	95
Tabla 42: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de tabaco	95
Tabla 43: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de ateísmo y variable consumo de bebidas alcohólicas	95
Tabla 44: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de bebidas alcohólicas	96
Tabla 45: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de drogas.....	96

Tabla 46: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de drogas.....	96
Tabla 47: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable ejercicio.....	97
Tabla 48: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de drogas.....	97
Tabla 49: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable dieta.....	97
Tabla 50: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable dieta.....	98
Tabla 51: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Es usted fumador? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	99
Tabla 52: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	100
Tabla 53: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo..	101
Tabla 54: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	102
Tabla 55: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Realiza usted algún tipo de dieta? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	103
Tabla 56: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Es usted fumador? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	104
Tabla 57: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	105
Tabla 58: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	106
Tabla 59: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	107
Tabla 60: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Realiza usted algún tipo de dieta? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo.....	108

Lista de Figuras

Figura 1: Sexo de los participantes	50
Figura 2: Sexo de los participantes casados	52
Figura 3: Sexo de los participantes solteros	52
Figura 4: Distribución geográfica de los participantes.....	53
Figura 5: Profesiones de los participantes.....	53
Figura 6: Sexo de los participantes fumadores.....	56
Figura 7: Sexo de los participantes que consumen bebidas alcohólicas	56
Figura 8: Participantes consumidores de bebidas alcohólicas que fuman	57
Figura 9: Sexo de los participantes consumidores de drogas ilegales de algún tipo.....	57
Figura 10: Distribución geográfica de los participantes que consumen drogas ilegales de algún tipo.....	58
Figura 11: Participantes que consumen drogas ilegales de algún tipo que fuman..	58
Figura 12: Participantes consumidores de drogas ilegales de algún tipo que consumen bebidas alcohólicas	59
Figura 13: Sexo de los participantes que realizan algún programa de ejercicios por su cuenta.....	60
Figura 14: Participantes que realizan algún programa de ejercicios por su cuenta que fuman.....	61
Figura 15: Participantes que realizan algún programa de ejercicios por su cuenta que consumen bebidas alcohólicas.....	61
Figura 16: Participantes que realizan algún programa de ejercicios por su cuenta que consumen drogas ilegales	62
Figura 17: Sexo de los participantes que realizan algún programa de ejercicios con un grupo.....	63
Figura 18: Participantes que realizan algún programa de ejercicios con un grupo que fuman.....	63
Figura 19: Participantes que realizan algún programa de ejercicios con un grupo que consumen bebidas alcohólicas.....	64
Figura 20: Participantes que realizan algún programa de ejercicios con un grupo que consumen drogas ilegales	64
Figura 21: Sexo de los participantes que realizan algún tipo de dieta por su cuenta	65
Figura 22: Participantes que realizan algún tipo de dieta por su cuenta que fuman	66

Figura 23: Participantes que realizan algún tipo de dieta por su cuenta que consumen bebidas alcohólicas	66
Figura 24: Participantes que realizan algún tipo de dieta por su cuenta que consumen drogas ilegales.....	67
Figura 25: Sexo de los participantes que realizan dieta bajo los consejos de expertos	68
Figura 26: Participantes que realizan dieta bajo los consejos de expertos que fuman	68
Figura 27: Participantes que realizan dieta bajo los consejos de expertos que consumen bebidas alcohólicas	69
Figura 28: Participantes que realizan dieta bajo los consejos de expertos que consumen drogas ilegales.....	69
Figura 29: Sexo de los participantes ateos	72
Figura 30: Respuestas de los participantes ateos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de programa de ejercicios?.....	72
Figura 31: Respuestas de los participantes ateos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	73
Figura 32: Sexo de los participantes cristianos	75
Figura 33: Respuestas de los participantes cristianos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de programa de ejercicio?	75
Figura 34: Respuestas de los participantes cristianos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	76
Figura 35: Sexo de los participantes agnósticos.....	78
Figura 36: Respuestas de los participantes agnósticos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de programa de ejercicios?.....	78
Figura 37: Respuestas de los participantes agnósticos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	79

Introducción

I. Marco de las religiones

Las creencias son un paradigma¹. Desde esta perspectiva, implican, e incluso, exigen, un firme asentimiento y conformidad, a pesar de que su fundamento racional o demostración empírica resultan muy difíciles de asumir. Una creencia consistiría también en un ideal, un objetivo por el que las personas pueden llegar a regular sus vidas. Su seguimiento y realización, incluso de forma ciega, es la forma de demostrar aquello por lo que sus seguidores están dispuestos a luchar, esto es, conseguir demostrar un logro tanto para ellos mismos como ante la visión de los demás miembros de una determinada sociedad. La conformidad con una creencia depende, en gran medida, de la disposición de la propia persona, pues se desarrolla a partir de sus propias convicciones, a partir de los valores morales *aprendidos* y por la influencia de factores *sociales*. Son, en último término, *conductas* que siempre han condicionado la vida de los seres humanos, de un modo u otro. Y, si asumimos su entidad como conductas, y dejando al margen consideraciones filosóficas o teológicas, caen, por definición, en el campo de estudio de la Psicología, pues creer, en última instancia, es *comportarse*. Desde esta óptica psicológica cabe señalar que las creencias no son otra cosa que *regulaciones verbales*, conducta verbal que controla otras conductas (relaciones conducta-conducta), asunción ésta que, desde el primer acercamiento al tema de Skinner (Skinner, 1957/1983) ha conformado un amplísimo campo de estudio, tanto básico como aplicado y vigente en la actualidad (Sin ánimo de ser exhaustivos, véase, por ejemplo, Álvarez

¹ Con el término "paradigma" se pretende hacer referencia a que las creencias religiosas constituyen un sistema organizado cuya expansión, presente en la mayor parte del mundo, implica una "legislación" por la que multitud de conductas religiosas están presentes e influyen, prácticamente desde el nacimiento, en los sujetos. Como constructo social la religión es innegable y sus representaciones forman parte de la tradición y cultura de cada pueblo impregnando y regulando la vida de los miembros de esa sociedad, quiéranlo o no.

Bermúdez, 2002; Gil Roales-Nieto, Luciano Soriano y Molina Moreno, 1998; Gómez Becerra, 1995; Gómez Becerra y Luciano Soriano, 2000; Granados Gámez, Gil Roales-Nieto, Ybarra Sagarduy y Moreno San Pedro, 2005a, 2005b; Guerin, 1994; Guerin y Foster, 1994; Herruzo Cabrera & Luciano Soriano, 1994; Luciano Soriano, 1993; Moreno San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2003; Moreno San Pedro, Gil Roales-Nieto y Blanco Coronado, 2006; Rivas Torres, 1991; Rivas Torres y Fernández Fernández, 1996).

Por su parte, las *creencias de carácter religioso* conformarían un tipo específico de creencias que están presentes en prácticamente cualquier sociedad humana, por pequeña o primitiva que ésta sea. Son, probablemente, las que más destacan, pues resulta casi imposible concebir sociedades que no se hayan visto influenciadas por algún tipo de religión e, incluso en la actualidad, es difícil dar con una sociedad que no posea algún resquicio de religiosidad. De algún modo u otro todas se ven, o han visto, influenciadas por alguno de los tipos de religión existentes (p. ej., Castellano, 1947).

Como bien pone de manifiesto la Paleontología y el estudio de la Prehistoria, la influencia de las creencias religiosas ha estado presente desde el comienzo de la vida de los hombres. No conocemos nada del nacimiento de las religiones, pero siempre el ser humano ha sentido su presencia (Díaz, 1997). En un principio, las primeras religiones desarrolladas antes del año 3.500 a.C en Mesopotamia (Díaz, 1997), poseían un carácter muy básico y simplista, eran determinadas por los elementos de la Naturaleza: el sol, el agua, el fuego, la lluvia, los animales, la agricultura... Muchos de estos fenómenos resultaban incomprensibles, inexplicables y, mucho menos, controlables por el hombre, fenómenos que influían en diversas facetas de la vida de los seres humanos y para los que se necesitaba una explicación. Fue sencillo para estos primeros miembros de la especie humana atribuirles un carácter superior, por lo que surge la representatividad de

tales fenómenos por medio de seres simbólicos, capaces de realizar toda una serie de actos sobrehumanos. En un principio, pues, una simbología basada en la Naturaleza que les rodeaba, unida a los elementos animales con los que convivían, crearon los arquetipos de los antiguos dioses. Posteriormente, se les fue dotando de un antropomorfismo como medio de hacerlos más cercanos a ellos, de identificarlos de manera más íntima con su condición humana.

Babilonia o Egipto, junto con ciertas regiones de Sudamérica (habitadas por tribus precolombinas como los mayas o incas), contaron con algunos de los panteones de dioses más extensos. Cabe reseñar que, aunque la separación geográfica provocaba que las diferentes tradiciones evolucionasen de formas distintas, ciertos mitos, como el del Diluvio Universal, están presentes en varias de estas tradiciones.

Con la vida en comunidad y muy especialmente con la transformación de una economía nómada a otra sedentaria, basada en la agricultura, las creencias religiosas pasan a ser compartidas y se establecen como uno de los elementos centrales sobre los que el grupo se asienta y se regula. Así, por ejemplo, la jerarquía social se establece para cada individuo a través de la realización de unas pruebas físicas y/o intelectuales ritualizadas, siendo así como cada persona alcanza un puesto determinado en la comunidad. A causa de ello, son muchos los miembros que tienden a seguir las creencias de los líderes, con la idea de que ellos mismos podrían llegar a alcanzar similares beneficios. Para todos, el favor o la ira de los dioses era aplicable y la acción de uno solo de ellos podría repercutir en los asuntos comunales. Era necesario, por tanto, contentar a los dioses y mantenerlos alegres (Asimov, 1968) también mediante una serie de comportamientos claramente regulados. Este fue uno de los motivos por los que surgieron los cuerpos sacerdotales: individuos que eran los responsables de mantener el orden religioso gracias a sus conocimientos acerca del mismo. Personas

altamente influyentes que llegaron a gozar de gran poder y cuyo favor estaba relacionado directamente con el de los dioses.

Una gran mayoría de dichas comunidades poseían, al menos al principio, un carácter nómada o semi-nómada, de desplazamiento y conquista continua (Díaz, 1997). Llevando su cultura y creencias con ellas, las imponían, a menudo por la fuerza, allí donde llegaran. Por ejemplo, los territorios de la Antigua Mesopotamia, la llamada “cuna de la civilización”, estaban siempre en conflicto. Son conocidos los casos de numerosos líderes que conquistaron grandes extensiones de terreno y que llevaron sus creencias a ellos, desde Ramsés II hasta Alejandro Magno (p. ej., véase Asimov, 1968). Sin olvidar, en tiempos más modernos, la expansión que el Cristianismo tuvo, por ejemplo, entre las anteriormente citadas culturas americanas. El contexto bélico y el carácter nómada llevó a que unas creencias sustituyeran a otras, se mezclasen o surgieran nuevas, con lo que el panteón de dioses, los mitos relacionados con ellos y las regulaciones sobre los humanos se hicieran cada vez mayores. La enorme variedad de dioses a la que este proceso dio lugar puede observarse en las mitologías y religiones de las culturas sumeria, acadia, semita, babilónica, egipcia, hasta la griega y la romana. Un politeísmo con muchas figuras destacables y en la que muchos dioses no son más que homólogos de dioses ya presentes en una cultura anterior.

No obstante el mayor predominio de las religiones politeístas, al mismo tiempo existieron pueblos que adoraban a una única deidad. Tal vez el más conocido de estos credos sea la religión judía. Su existencia se remonta, al menos, a 2000 años antes de Cristo, con Abraham como patriarca de la misma (Küng, 1993). Ya en el Génesis (capítulo 15), se relata que hizo un pacto con Dios por el cual debía prestarle adoración como única divinidad verdadera. Así, para el pueblo judío existe un solo dios, de nombre Yahvé, que es un único ser supremo dotado de ciertas características como la

omnipresencia, omnisciencia o la omnipotencia, características que siguen perdurando y definiéndole en la actualidad, en la derivación cristiana. Cabe destacar que, a pesar de las continuas persecuciones a las que ha sido sometida la religión judía a lo largo de los siglos, es una religión superviviente que ha llegado a alcanzar la tradición de cultura en sí misma.

El desarrollo de los hechos narrados en la Biblia nos lleva al nacimiento de Jesús, una figura que se establece como el hijo de Dios, el Mesías prometido al pueblo judío en la tradición cristiana. Su existencia y los hechos que se conocen de su vida marcan la base de la segunda tradición monoteísta mayoritaria, el Cristianismo. Su impacto, casi desde el principio de su constitución, fue tal que fue prohibido y perseguido por considerarlo, entre otras cosas, como una secta más perteneciente a la corriente judía (véase, p. ej., Reyes Vizcaíno, 2008). No fue hasta el año 313 D. C., con el Edicto de Milán, que Constantino I permitió la libre práctica de esta religión. Uno de los aspectos que lo diferencian del judaísmo es la creencia en la Trinidad, el concepto de que Dios está constituido por tres personas o hipóstasis, el Padre, el Hijo y el Espíritu Santo. Actualmente, y aunque en el curso de su historia ha sufrido una serie de escisiones, es la religión mayoritaria en todo el mundo.

También destaca el Islam como religión monoteísta de gran expansión. De base *abrahámica*, para este credo sólo existe un único dios llamado Alá, cuyo profeta es Mahoma. Cabe señalar que Mahoma no es el creador de la religión, tan sólo un profeta que iba enseñando lo que los islámicos consideran la “religión original”, aquella que realmente procedía de Dios. Del arcángel Gabriel recibió las revelaciones propias de la divinidad, las cuales quedaron plasmadas en su libro principal, el Corán.

A lo largo de los siglos, las diversas disputas políticas-religiosas dieron lugar a que estas tres religiones monoteístas fueran constituyéndose como mayoritarias en la

mayor parte del mundo. Los postulados básicos de estas tres creencias monoteístas no han cambiado mucho a lo largo de los años, aunque se han visto afectadas por las interpretaciones de algunos de sus líderes o figuras más destacadas y, también, por sus relaciones con ámbitos como el político o el militar. En el caso del Islam, las escisiones son escasas, con dos vertientes principales: los sunitas o tradicionales, que representan la mayoría y los chiíes o chiitas que, en la actualidad, sólo representan un 10 % (Torres-Dulce, 2001).

Por su parte, en el Judaísmo son tres las corrientes surgidas: por un lado, el ortodoxo, de corte clásico y conservador, mayoritario en las zonas de su nacimiento, en especial, lo que ahora se conoce como Estado de Israel. La migración masiva de gran parte de sus integrantes, a causa de diversos conflictos armados, hizo que llegara hasta los Estados Unidos. En este país también se encuentran los judíos conservadores y los reformados, dos corrientes más liberales, en especial la segunda (véase Filoramo, Massenzio, Raveri, y Scaroi, 2001).

El Catolicismo sufrió una primera escisión importante en el año 1045, que se conoce como el Gran Cisma, por el cual se produjo la separación entre la Iglesia de Occidente y los seguidores ortodoxos de Oriente. Estos últimos siguen una doctrina más conservadora que la propia de la Iglesia Católica Apostólica Romana y perdura hasta nuestros días, principalmente en su país de origen, Grecia, así como en la antigua URSS (Filoramo, Massenzio, Raveri, y Scaroi, 2001).

La segunda gran escisión ocurrió en el periodo de la Reforma luterana del siglo XVI. En aquella época fueron muchas las voces que se alzaron para denunciar que la Iglesia Católica cada vez se inmiscuía más en asuntos ajenos a la religión y se empeñaba en una lucha por el poder terrenal, lo que provocaba que las capas sociales más bajas se sintieran muy descontentas (Filoramo, Massenzio, Raveri, y Scaroi, 2001).

Ya en el siglo XIV un peregrino inglés llamado John Wyclif alentaba a la gente a que interpretase la Biblia según las conclusiones que cada uno extrajera libremente. Los postulados de Wyclif fueron creando un clima propicio para que Martín Lutero, fraile alemán, diera forma a sus tesis en las que condenaba el paganismo y la avaricia de la Iglesia dominante. Casi sin pretenderlo, Lutero llevó a los campesinos a una revolución contra la tiranía eclesiástica. En su movimiento se ganaron el sobrenombre de “protestantes” y fueron expandiéndose por la mayor parte del noroeste de Europa. Sus ideas principales eran volver a una doctrina fundamentalmente cristiana y apostólica, junto con el logro de la renovación de la Iglesia en sus postulados y prácticas. El movimiento de reforma surgido de las tesis luteranas, y la insatisfacción con el clima político-religioso europeo llevaron estas nuevas corrientes al “Nuevo Mundo”, donde se extendió ampliamente. En América del Norte, pueden señalarse cuatro grupos como los más importantes: los anabaptistas, los puritanos, los baptistas y los presbiterianos. Cabe destacar también una corriente aún muy numerosa en los Estados Unidos, los *Amish*. Emigrados desde Alemania y Suecia, son de tradición anabaptista. Conforman un grupo cuyas creencias son muy estables, pero cuyo conjunto de reglas, llamado *Ordnung*, puede variar de una comunidad a otra. No obstante, comparten reglas comunes como el rechazo de la violencia, sus pautas en el vestir o un insistente rechazo a los avances de la tecnología moderna.

Promovidos también por cierto descontento y con un origen algo oscuro que, de acuerdo a las palabras de Mayer (1990) crean un desvanecimiento del cosmos sagrado clásico, pueden destacarse otras tres corrientes americanas:

–La Iglesia de los Santos del Último Día o mormones. Fundada por Joseph Smith en 1820, no fue reconocida oficialmente hasta 1830. Sus primeras publicaciones

estaban recogidas en el Libro de Mormón. En la actualidad, su mayor presencia se detecta en el estado de Utah.

–La Iglesia Adventista del Séptimo Día, de marcada concepción anabaptista, surge de los escritos de William Miller, hacia 1840.

–Por último, los conocidos como Testigos de Jehová, fundados por Charles T. Russell, alrededor de 1870. Él mismo, junto con varios miembros de su grupo, publicaron diversos artículos sobre su nueva religión, muchos de ellos, recogidos en la revista “*Zion’s Watch Tower and Herald of Christ’s Presence*” (La Atalaya), fundada por el propio Russell., que sigue publicándose en nuestros días.

Sin embargo, aunque son mayoritarias, las concepciones monoteístas no son las únicas presentes en la población mundial en la actualidad; un buen número de personas sigue otras prácticas religiosas, algunas de ellas con una longevidad incluso superior al Judaísmo, Cristianismo o Islamismo. Es el caso, por ejemplo, del Hinduismo, principal religión de la India, proveniente de una mezcla de culturas sin un fundador determinado. Esta religión se conforma como una tradición que abarca, no sólo las creencias, sino también cultos, costumbres y rituales muy diversos. Para sus seguidores existe una divinidad a la que llaman Brahma, una forma no personificada de dios al que supone el principio del universo. Las varias sectas que la constituyen implican que sus fieles posean ideologías muy distintas, coexistiendo monoteístas, politeístas e, incluso ateos (Dumézil, 1971).

El Budismo, si bien no puede considerarse en puridad una religión, es otra corriente a tener en cuenta. Surge, en parte, de la tradición hinduista pues su fundador, Siddharta Gautama, era de origen indio. Se trata de una concepción vital de la existencia no teísta, con un fuerte carácter filosófico. Alcanzó una fuerte expansión por la India y Asia hasta el siglo VII D. C. y adopta convicciones humanistas y holistas, cuyo

seguimiento es necesario para alcanzar un estado de plenitud mental que ellos denominan Iluminación (Bareau, 1974). Evitar los extremos en los comportamientos, ser consciente de la existencia del sufrimiento humano y de cómo se origina, hacer uso de la meditación para dominarlo, tener conciencia en el presente y respetar el Karma, son algunos de sus principios doctrinales.

Otra corriente que podemos encontrar presente en el ámbito asiático es la tradicional religión china. Basada en una mezcla de Budismo, Confucionismo y Taoísmo, posee un marcado carácter politeísta de culto a dioses naturales y a algunos astros y, al igual que sucede con el Hinduismo, presenta una gran mescolanza de tradiciones y ritos, a la par de mucho sincretismo.

Por último, podríamos señalar toda una serie de “sectas religiosas” en las distintas regiones de África, las cuales conceden una gran importancia a la espiritualidad de las personas. Muchas de ellas politeístas, con deidades naturales muy parecidas a las de la tradición china. Respetan mucho la comunión con los antepasados y entre ellas cabe destacar a los *Odinani* o los *Serer*.

II. La religión en las regiones de Andalucía

Por lo que respecta a nuestro país y, concretamente, a nuestra comunidad autónoma, cabe señalar que la zona de Andalucía es una región de creencias predominantemente cristianas. Ya en la época del Imperio Romano el Concilio de Elvira constató que 27 de sus ciudades pertenecían al territorio cristiano andaluz (Castón Boyer, 2000). Se le suele denominar como *catolicismo popular*, puesto que el profundo carácter agrícola de la región es, en parte, responsable del mismo. Las diócesis fundadas en Andalucía poseían unas características propias que dotaban a la religión de gran importancia y trascendencia, lo que permitía que ésta se experimentase como un

fuerte elemento de cohesión, tanto familiar como social. Dicho en breves palabras, los cristianos de la región andaluza, incluso hoy día, pretenden expresar la fe, el amor y el acercamiento entre sus familiares y amistades por medio de los rituales tradicionales de sus creencias religiosas. De esta manera, más que en otros lugares geográficos, los elementos del ámbito privado y del público se entremezclan, lo que propicia una gran variedad de simbología religiosa en multitud de celebraciones populares (Moreno Navarro, 1972). Así, la religión impregna poderosamente la cultura tradicional del pueblo andaluz, y continúa siendo uno de los factores definitorios tanto de la identidad social como cultural de esta región (Moreno Navarro, 1972).

Ítem más, la tipología religiosa ha ido incorporando contenidos teológicos distintos a lo largo de su crecimiento en la región andaluza, tratando de forma particular los símbolos en cada subregión y dando lugar a diversas variantes de la fe, cada una de ellas vividas de manera a veces muy distinta, siendo el proceso de inculturación el que ha ayudado a esta asimilación, pero con la visión principal de la fe cristiana manteniéndose intacta. La transformación y desaparición de determinados soportes sociales en Andalucía contribuyeron también al cambio, así como la diversidad de su población a lo largo de los años de crecimiento (véase, p. ej., de Vicente Carmona, 2011).

Además, hay que señalar, de acuerdo con Medina (2000), que las manifestaciones religiosas pueden llegar a tener mayor fuerza pedagógica que la Teología. Así, identidad religiosa e identidad popular pueden llegar a coexistir unidas y consolidar las creencias en el corazón de sus miembros, lo que daría lugar a un cierto fenómeno de dualidad. Esto supone que, por un lado, estaría la importancia de la creencia, y por el otro, el desarrollo personal de la vida cotidiana (Medina, 2000). En suma, puede entenderse como una manera en la que el desarrollo o crecimiento personal

se ve influido irrevocablemente por la tradición de un catolicismo sociológico de gran raigambre (Castón Boyer, 1990). Ítem más, este fenómeno cultural crea un clima que permite explicar por qué muy pocas personas sienten la necesidad de buscar información acerca de otras religiones, con el fin de ampliar su entendimiento o solventar sus inquietudes sobre la fe religiosa. Se convierte, así, en una especie de entorno cerrado.

Por todo ello, es innegable que el Cristianismo forma parte de la tradición andaluza, con las personas mayores como las principales responsables de la transmisión de las ideas y sentimientos acerca del mismo. No obstante, Andalucía ha sido testigo también de una pluralidad de religiones, desde las más primitivas, de adoración a seres sobrenaturales de las cosechas, las lluvias, la suerte o la muerte, hasta las que llegaron con invasiones como la del Islam. Así, como ha ocurrido en cualquier otra región del mundo, las creencias en Andalucía han ido adaptándose, en ocasiones de forma impuesta por guerras, conquistas, reconquistas, cambios en los poderes políticos, etc.

El caso particular de la población de Huelva muestra pocas diferencias con el resto de provincias andaluzas. De marcado carácter agrícola, ganadero y pescadero, estas actividades constituyen gran parte de la base de su identidad popular asentada en la tradición religiosa. Además, su situación geográfica y su riqueza metalera la convirtieron en una zona muy deseada desde tiempos remotos, y así, sus influencias religiosas se remontan hasta los fenicios y los griegos. Del periodo romano encontramos los primeros datos cristianos en la aldea de Niebla (Elepla) de la que se puede constatar su existencia como una de las primeras diócesis cristianas de la península, fundada alrededor del año 466 (Carrasco Terriza, 2008; Pérez, et al., 2004). A partir del siglo VIII, concretamente en el año 713, comienzan los movimientos musulmanes procedentes de África, que provocan que gran parte de la provincia se vea sometida a la

religión musulmana, lo cual lleva a adoptar toda una serie de costumbres nuevas procedentes de dicho pueblo.

Durante la reconquista cristiana Huelva volvió a convertirse en un foco importante gracias a sus límites fronterizos, lo que contribuyó enormemente, junto a la aparición del régimen feudal, al retorno del Cristianismo. Esto puede comprobarse, entre otras cosas, por el surgimiento de nuevos monasterios en La Rábida o Palos de la Frontera (González Gómez. 1987; Jiménez. 1994), aunque éstas no fueron las únicas diócesis de renombre, pues a lo largo de toda su historia Huelva ha destacado por la fundación de un buen número de corporaciones religiosas. Toda una serie de parroquias, monasterios y conventos se erigieron en base al comportamiento social de la época, y todas ellas se establecieron como núcleo ceremonial de la población (Junta de Andalucía, 2009).

En la actualidad, el Cristianismo continúa formando parte de la representatividad, tanto interna como externa, de la comunidad onubense. Es frecuente encontrar imágenes de la Virgen, de Cristo (sin contar todo el despliegue que ocurre en la Semana Santa) alrededor de todo el casco urbano. El autor de Vicente Carmona (2010), en el desarrollo de su tesis doctoral, accedió a entrevistas con miembros de distintas hermandades religiosas de Huelva, los cuales dan una visión según la cual hasta el 90 % de la población onubense profesa la fe cristiana, de una manera u otra, aunque no todos la viven o experimentan de la misma forma. Entre los posibles diferenciadores, se señala a la clase social: una gran parte de los sujetos entrevistados dejan ver que provienen de orígenes sencillos, aunque muchos otros miembros afirman que dentro de las hermandades puede encontrarse a personas de todo tipo de condición social.

No obstante lo apuntado, en la actualidad Huelva vuelve a ser una ciudad diversa. Sus límites con África y Portugal, su clima, sus zonas costeras, la hacen idónea para el recibimiento de gentes provenientes de otros lugares. Por ello, es frecuente observar cada vez más personas con unas creencias religiosas diferentes a la cristiana, entre las que destacan la musulmana, la evangelista y los Testigos de Jehová.

III. Salud, Psicología y Religión

Tener un tipo de creencia, entendida como regulación verbal, no implica necesariamente que ésta deba estar ligada a una concepción religiosa. Al igual que existen personas que creen en algún tipo de divinidad también existen aquellas que no creen en ninguna, a las que podemos considerar como no-religiosas. Básicamente, se trataría de personas que no procesan ningún tipo de creencia religiosa, esto es, no creen en divinidades o fenómenos sobrenaturales. Simplemente, son personas que fundamentan sus creencias —nuevamente: entendidas como regulación verbal de su comportamiento— en los postulados de la Ciencia (aunque sea a un nivel muy básico), en las evidencias empíricas que ésta permite obtener. De esta forma, su visión, su pensamiento y su forma de entender la vida se centran, fundamentalmente, en el mundo natural. Así, por ejemplo, pueden considerar que son los fenómenos físicos del mismo los que provocan que la vida humana se desarrolle de una manera u otra (véase, p. ej., Baggini, 2003).

Sean de carácter religioso o, por el contrario, cimentadas en el mundo natural, la característica común a todas las creencias es su desarrollo en comunidad, en una unión social comunitaria por la que todos sus miembros se mantienen en cohesión y las comparten. En el caso concreto de las religiones esto resulta fundamental, pues es la manera en la que dichas creencias se difunden, se mantienen generación tras generación

y llegan a convertirse en una forma de *control* social. No obstante, en el caso del ateísmo, la característica de la unión social no difiere mucho de la que se encuentra en la creencia religiosa: la información que se alcanza y que se transmite entre sus miembros posee métodos distintos pero, sin embargo, éstos siempre acaban unidos a personas con formas de pensamiento similares.

Las ideas compartidas, la cohesión social que éstas permiten y su mantenimiento mediante la vida en comunidad son, básicamente, las formas por las que las creencias religiosas han llegado a perdurar a lo largo de tantos años. Los principales líderes practicantes de las distintas religiones han sabido captar la atención de los sujetos, en ocasiones, empleando incluso métodos coercitivos para ello. Los postulados estaban ahí y, en cierta manera, su función ha sido darles publicidad mediante determinadas conductas para provocar que la religión o espiritualidad estén presentes de forma inevitable en la vida de los seres humanos.

Son diversos los ámbitos de la vida donde se puede identificar la presencia de los preceptos religiosos. Entre ellos, para la argumentación que se viene desarrollando en esta tesis, revisten una especial importancia las áreas relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Byrne y Price, 1979; Levin, 1994; Levin y Vanderpool, 1987; Quiceno y Vinaccia, 2009; Vaux, 1976). Las regulaciones sociales e individuales que implican las creencias religiosas alcanzan campos como la alimentación (por ejemplo, con la prohibición de comer determinados alimentos), distintas relaciones sociales, sexuales y matrimoniales, el consumo de sustancias, el acceso y seguimiento de los tratamientos clínicos, la consideración del propio cuerpo, cuestiones psicológicas, conativas, interpersonales, etc. (véase, p. ej., Vaux, 1976). Esto es, en todas las religiones se pueden rastrear preceptos relacionados con determinadas conductas que favorecen un estilo de vida enfocado a la mejora de la salud. Como ya

señaló Osler (1910), considerado como el padre de la medicina científica occidental, parece destacable una aparente simbiosis entre religiosidad y salud. En este autor se pueden encontrar las primeras reflexiones científicas relativas a la relación religión-salud. Para este autor, la fe posee un papel saludable dentro del ámbito de la práctica médica. Desde su aportación pionera, más de sesenta estudios han investigado este binomio; por poner un ejemplo, la manera en la que la religión promueve un afrontamiento positivo frente a las distintas enfermedades, sobre todo en aquellas de carácter crónico, como la artrosis, la diabetes, el cáncer (Lyon, Klauber, Gardner y Smart, 1976.; MacMahon y Koller, 1957), el SIDA, enfermedades pulmonares, cardíacas (Berkman y Syme, 1979; Comstock y Partridge, 1972; Jarvis y Northcott, 1987; Levin y Vanderpool, 1987; Zuckerman et al., 1984), de riñón, arteriosclerosis (Comstock y Partridge, 1972.), depresiones, etc. (Koenig, 2002). Según señala este último autor, las creencias religiosas pueden constituir una fuente de esperanza que proporciona fuerza ante la adversidad de la enfermedad (Koenig, 2004).

Así, por ejemplo, un estudio realizado por Silvestri, Knittig y Zoller (2003) analizó la posible influencia favorable de siete factores en el tratamiento por quimioterapia. Los resultados demostraron, para todos los pacientes, que la opinión del oncólogo sería el primer factor más importante. Sin embargo, tanto el grupo de pacientes como el de sus familiares establecieron como el segundo más importante la fe en Dios, mientras que los profesionales de la Medicina, por su parte, situaron esta opción en séptimo lugar. El estudio sugiere que, en una gran cantidad de situaciones, los médicos subestiman el papel que pueden jugar las creencias religiosas de sus pacientes en el éxito de sus tratamientos.

Por otra parte, el componente emocional y psicológico que acompañan a las creencias son elementos que deberían tenerse más en cuenta en el ámbito de la Medicina

(Byrne y Price, 1979; Faller, 2001; Jarvis y Northcott, 1987; Koenig, 1990; Levin, 1994; Levin y Vanderpool, 1987; Osler, 1910; Quiceno y Vinaccia, 2009; Vaux, 1976; Witrer, Stock, Okun y Earing, 1985). Es por ello que la Psicología, y no desde época demasiado reciente, también se ha interesado por el estudio de la relación entre religiosidad y salud. Un interés que esta colmado de historia pues, no en vano, en un principio Psicología y religión trataban de conocer las mismas cuestiones, esto es, el estudio de la *psyche*, el alma, y las relaciones entre emociones, comportamiento y salud (uno de los campos de estudio de la actual Psicología de la Salud) ya eran conocidas, cuanto menos, desde los tiempos de Hipócrates (Gil Roales-Nieto, 1997, 1998). Más recientemente, en los albores del siglo XX, William James, uno de los padres de la Psicología moderna, en su obra *La variedad de la experiencia religiosa* (James, 1902), distinguía dos clases de religiones: la *institucionalizada*, presente en los grupos sociales y la *personal*, propia de las experiencias privadas, idiosincrásicas de cada sujeto. Desde la perspectiva de James, la privada es vista como una religión *sana* y la institucionalizada, como *enferma*. Edwin Starbuck (1899), Stanley Hall (1904) o George Coe (1900) fueron otros autores que llevaron a cabo investigaciones que pueden enmarcarse en el área de la llamada *Psicología de la Religión*, una rama de la Psicología, aplicada a la religión, que estudia los componentes psicológicos vinculados a la práctica religiosa (Yoffe, 2013). La mayoría de las investigaciones en esta área abordan la influencia de las creencias religiosas, centrándose, sobre todo, en los aspectos positivos que pueden brindar a la salud, tanto física como *mental*, así como la ayuda que pueden prestar en situaciones de malestar, afrontamiento o estrés.

Sigmund Freud, Carl Jung, Alfred Adler, Gordon Allport, Daniel Batson o Erik H. Erikson fueron otros tantos teóricos del siglo XX que se interesaron en esta temática (Quiceno y Vinaccia, 2009). A partir de sus distintas aportaciones, comenzó a

establecerse en este campo de estudio una importante distinción entre los conceptos de *religiosidad* y *espiritualidad*. Así, la espiritualidad comienza a ser vista como algo más íntimo, algo más personal, que haría referencia a un mundo que está más allá de lo físico, un mundo espiritual, trascendente, al que se puede llegar por diversas vías, una de las cuales puede ser la religión, pero no necesariamente. Por ejemplo, Pargament (1999) la define como la búsqueda de lo sagrado: un modo de actuar que ayuda a la persona a sentirse en un estado de paz consigo mismo y con su sociedad. Sin embargo, hay que señalar que, para la mayoría de los teóricos actuales, la espiritualidad no posee una definición clara ni simple, pues se trataría de un constructo multidimensional que posee diversos conceptos en su núcleo (Elkins, Hedstrom, Hughtes, Leaf y Saunders, 1988).

Por su parte, la religión se consideraría como algo más *comunal*, más propia del grupo que del individuo. Englobaría a las vivencias compartidas por el grupo y por ello, de alguna forma, consiste en ponerle límites a la libertad espiritual de cada cual, pues, como bien ha señalado Testerman (1997), controlar una religión es controlar la forma de pensamiento de muchas personas. Así, por ejemplo, los miedos asociados a la muerte, a la vida en soledad, las enfermedades, los peligros del mundo, la falta de apoyo percibido, etc. son razones por las que los seres humanos pueden unirse a un grupo religioso.

No obstante, cada persona tiene la facultad de decidir si desea practicar sus creencias en soledad o en unión a una comunidad. De esta manera, la religión puede verse no sólo como una conducta aislada de un individuo sino, también, como una relación con toda la comunidad. La decisión dependerá, fundamentalmente, de sus necesidades espirituales personales (Shatenstein y Ghadirian, 1998).

El término *religión* también ha sido definido de muchas formas. En la actualidad, tiende a verse como una institución gobernada por dogmas severos, una tradición muy consensuada y que se basa en ritos (véase, p. ej., Testerman, 1997).

Podría decirse, en suma, que la espiritualidad es el objetivo a conseguir y la religión es el camino que mejor puede llevar al mismo. No obstante, como se ha señalado más arriba, la religión no tiene por qué ser la única forma de conseguir la espiritualidad, no es el único camino para llegar a ésta. Así, Zinnbauer y Pargament (2005) de acuerdo con Wink (2003), establecen tres tipos de espiritualidad: una *espiritualidad religiosa*; una *espiritualidad teística* y una *espiritualidad existencial*. Según estos autores, la espiritualidad religiosa presenta una conceptualización estructurada, de realización de determinados rituales que conectan a la persona con la deidad. La teísta es de un tipo no-estructurado, en la que no existe afiliación a ningún tipo de religión. Y, por último, la existencial se fundamenta en la búsqueda de sentido y propósito, y es también de carácter no-estructurado.

Por tanto, parece quedar claro que ser una persona espiritual no implica necesariamente la unión a un grupo religioso. Sin embargo, ser religioso sí lleva implícito un componente de espiritualidad.

Por su parte, Allport, en su libro *The individual and his religion* (1950), distingue entre *religión madura* e *inmadura*. La primera es aquella en la que la persona es capaz de considerar los aspectos religiosos de forma más racional, mientras que la segunda es la que representa, para Allport, los estereotipos negativos. Posteriormente se clasificaron como *religión intrínseca*, más racional (fe genuina, sentida, devota) y *religión extrínseca* (asistencia a la iglesia para obtener o mantener cierto estatus social).

Cabe señalar que la espiritualidad, si bien de forma no tan acusada como sucede en el caso de la religión, también precisa de ciertas prácticas o conductas para poder ser

alcanzada, comportamientos que pueden ser verbales o motores y que pueden verse influidos por la religiosidad. Es por este motivo por el que la espiritualidad tampoco está separada de la cultura de los sujetos. Por ello, tanto una religiosidad como una espiritualidad “pura” no existen, pues son constructos muy difíciles de medir (Testerman, 1997) si no atendemos a dichos comportamientos y prácticas.

Es a mediados del siglo XX cuando comienzan a tener cierto auge las investigaciones relacionadas con espiritualidad, religión y salud (González, 2004; Hill et al. 2000). Es entonces cuando la *Psicología de la Religiones* pasa a denominarse *Psicología de las Religiones y Espiritualidad* (Quiceno y Vinaccia, 2009).

Para Koenig, McCullough y Larson (2001) la espiritualidad es la búsqueda personal para entender las respuestas a las últimas preguntas sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o trascendente, y puede o no conducir al desarrollo de rituales religiosos y a la formación de una comunidad. La religión, por su parte, es un sistema organizado de creencias, prácticas, rituales y símbolos, diseñados para facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente (Hood, 2003, cf. en Riso, 2006).

IV. La corriente ateísta

Dada la relativa facilidad para el acceso a los datos religiosos, la mayoría de las investigaciones realizadas desde la Psicología y la Medicina se han centrado principalmente en la búsqueda de los posibles aspectos de las religiones o espiritualidad que influyen sobre la salud, lo que ha provocado un cierto descuido en el estudio de las características determinantes en aquellas personas que se consideran no-religiosas. Tanto es así que, con una simple búsqueda en cualquiera de las bases de datos disponibles, se puede comprobar que apenas existen estudios que aborden el efecto de la no-religiosidad en el ámbito de la salud. En cierta medida, esto, al menos en décadas

anteriores, podría achacarse a un número inferior de personas consideradas no-religiosas, sea porque éstas ocultaran su falta de fe debido a miedos ante las posibles reacciones de la sociedad, o, simplemente, porque no sintieran la necesidad de involucrarse en actos sociales cotidianos de carácter religioso (fiestas religiosas tradicionales, por ejemplo).

Sin embargo, la situación actual es muy diferente. De acuerdo con Zuckerman (2007) existen, en todo el mundo, entre 500 y 750 millones de personas que no creen en Dios, aunque estas cifras podrían ser más altas.

Hay que señalar que, al igual que ocurre con los términos religiosidad y espiritualidad, existen diferencias en el uso de distintos términos para referirse a los no-religiosos. Hasta ahora se han utilizado las etiquetas de *ateo*, *agnóstico*, *humanista* o, incluso, *secular* (Kosmin y Keysar, 2008; Lugo, 2008). Los términos *ateo* y *agnóstico* se refieren, fundamentalmente, a la postura que adopta la persona frente a la creencia en la deidad. Por su parte, la filosofía personal, que incluye o no lo sobrenatural, estaría en la base del *humanismo*, mientras que la postura esencial no-religiosa haría referencia a lo *secular* (Cragun, Kosmin, Keysar, Hammer, y Nielsen, 2012). Todas estas etiquetas enmarcadas, por la mayoría de los autores actuales, en la categoría de *no-religioso* (Kosmin y Keysar, 2008; Lugo, 2008).

La definición específica de ateo resulta bastante sencilla. El Diccionario de la Real Academia la recoge como *aquella persona que niega la existencia de Dios*. Se trata de una definición clara, simple y compartida por la mayoría de autores. Si bien cabría destacar, desde posturas filosóficas como las de Kant, Hegel, Theunissen y muchos otros, que el término conlleva mucho más que la mera negación. Así, por ejemplo, Krueger (1998) define el ateísmo como una postura intelectual y afectiva que niega la existencia de Dios y de todo proceso que implique un mundo sobrenatural, y la

mayoría de autores se basa en esa oposición a la creencia en la existencia de un ser supremo o divinidad junto con el mundo sobrenatural implícito a la misma.

Cabe señalar que la pluralidad de las consideraciones ateas parece proceder de las religiones. Desde este punto de vista, se trata de una forma de pensamiento que intenta alejarse del simbolismo religioso; sin embargo, la propia palabra *ateísmo* puede ser considerada una desambiguación: una buena parte de la población nace en el marco de una cultura religiosa y la separación de la misma llevaría a la adopción del ateísmo pero, como señala Comte-Sponville (2006), teniendo de base la religión ya existente. Es por esto que existen autores que opinan que no existen ateos puros, que la mayoría ya viene con unos pensamientos anti-religiosos provocados por la misma cultura de creencias religiosas en la que han crecido. Así, algunos han llegado a señalar que las posturas fundamentalistas y las imposiciones provocarían que hubiera más personas divergentes (Benatar, 2006). Un repaso a la literatura disponible sobre la cuestión permite observar que, actualmente, se pueden dar dos posturas:

Martin (2007) nos habla de un *ateísmo positivo*, que es aquel que no sólo niega fervientemente la existencia de Dios sino que, además, lo cree y defiende con certeza y argumentos. Y también habría un *ateísmo negativo*, que supone una mera ausencia de la creencia en Dios.

Otros autores también establecen esta diferencia más o menos en los mismos términos. Así, para Comte-Sponville (2006), el ateo positivo sería aquel que niega la creencia en Dios. El ateísmo negativo sería propio de aquella persona que ni niega ni afirma la existencia de divinidades, aunque se puede englobar a dicha persona bajo otra categorización: la de *agnóstico*. Por su parte, Baggini (2003) habla de un *ateísmo fuerte*, aquel que conlleva una fuerte oposición o ausencia de creencia y un *ateísmo débil*, muy similar al agnosticismo. Así, el agnóstico es aquel que se queda al margen de una

postura u otra; no se posiciona pues opina que no existen evidencias concretas para aceptar o negar una u otra perspectiva. Cabe apuntar también que esta forma de pensamiento se incluye en el llamado *nuevo ateísmo*, una corriente *New Age* de creencias ateas, resurgida con fuerza a partir de 1970. Autores como Dawkins (2000) con *The God delusion*, Dennett (2007) y su *Breaking the spell*, Hitchens (2009) con *God is not great*, Baker (2008) y su obra *Godless*, Stenger (2008), quien escribió *God, the failed hypothesis*, Harris (2005) con *The End of Faith*, son algunos de sus máximos exponentes (Martínez-Taboas, Varas-Díaz, López-Garay y Hernández-Pereira, 2011). Dawkins (2006) ha llegado a sostener que la fe puede ser calificada como una especie de enfermedad mental y ha sostenido abiertamente el argumento de que la fe es uno de los grandes males del mundo, comparable al virus de la viruela, pero más difícil de erradicar (Dawkins, 1997), argumento compartido, entre otros, por Harris (2004).

En definitiva, postulados fuertemente críticos al desarrollo e influencia global de las diversas creencias religiosas, y que colocan a la ciencia como base fundamental para llegar al conocimiento, proponiendo una visión del mundo claramente naturalista-materialista (Whitley, 2010). Para este autor, el ateísmo es una perspectiva doblemente negada: se trataría de una consideración negada, en un dominio de estudio negado (Whitley, 2010).

Por último, cabe decir que la perspectiva sostenida por esta nueva corriente atea se ha visto muy criticada, debido, principalmente, a su radicalismo pero también, ha sido muy alabada en el otro bando, entre otras cosas, por su facilidad de acceso y lo amenos que resultan algunos de sus postulados.

V. Nexo entre Religión y Antropología en las conductas de salud

Como ya se ha apuntado anteriormente, en el campo de estudio de la salud existen determinadas conductas (aquellas relacionadas, básicamente, con el comer, el beber y las relaciones sexuales, aunque podrían citarse muchas más) que, de una forma u otra, siempre han tratado de ser reguladas por las distintas religiones. Sin embargo, aunque este vínculo existe, y existe desde hace siglos, las formas concretas —abordadas desde una óptica científica y rigurosa— por las que la religión interviene sobre la salud de las personas religiosas aún están por determinar: los escasos resultados empíricos encontrados están mezclados y resultan inconsistentes (véase, p. ej., George, Ellison y Larson, 2002). Es de destacar que, durante muchos años, las investigaciones realizadas tan sólo se han centrado en la medición de la asistencia a los servicios religiosos (Gonzales Valdés, 2004), lo cual no arroja datos totalmente fiables y válidos. Por su parte, las investigaciones más recientes contemplan factores sociodemográficos, conductuales, de apoyo social y económicos entre otros, que han sido puestos en relación con aspectos intrínsecos de la religión como la fe, la oración o la meditación (Gonzales Valdés, 2004). Estas prácticas y rituales pueden considerarse como una serie de conductas de efectos directos, indirectos e interactivos sobre los estilos de vida de los seguidores de una determinada religión. Cuando dichos efectos se dirigen principalmente a la promoción de la salud cabría suponer que la práctica religiosa puede asociarse a comportamientos más saludables entre sus practicantes (p. ej., Creel, 2007).

La mayoría de las religiones suele creer en la dualidad cuerpo-alma. Desde este punto de vista, la espiritualidad o la religiosidad sería todo aquello relacionado con el alma, con el elemento más esencial y sagrado que se supone existe en el ser humano. El cuerpo, por su parte, suele considerarse en muchas religiones lo terrenal, como mucho, un mero sustrato para la vida espiritual. Sin embargo, el cuerpo también puede

estimarse como importante, incluso sagrado, puesto que un organismo que se cuida favorecerá una mejor vida espiritual. En palabras de Vaux (1976), Dios es puro, sagrado, y sólo los que estén en las mismas condiciones son dignos de verle, de tal forma que un estilo de vida puro sería una respuesta al deseo de Dios de que poseamos salud. Por ello, las distintas religiones suelen recomendar la práctica de determinados comportamientos que favorecen la salud del cuerpo, como son el consumo de determinados alimentos y la abstinencia de otros, o la prohibición de bebidas alcohólicas y otras sustancias, comportamientos que se unen a aquellos que, se supone, favorecen la salud del alma: los rezos, plegarias u oraciones, la asistencia a los servicios religiosos, la colaboración o ayuda comunitaria y la realización de determinados rituales como la confesión.

Son numerosísimos los estudios disponibles que demuestran que muchas de estas conductas (por ejemplo, una dieta adecuada o la abstención del consumo de ciertas sustancias) contribuyen al bienestar y la salud, lo que se conoce desde hace tiempo, desde la perspectiva de la Psicología de la Salud, como *comportamientos de salud* y sus opuestos, los *comportamientos de riesgo* (véase, p. ej., Gil Roales-Nieto, 2000). Son fenómenos que se han abordado desde concepciones psicológicas, biológicas, sociales, interpersonales, cognitivas, afectivas, conativas, psicodinámicas, psicofisiológicas y conductuales (Ellison, 1994; Ellison y Levin 1998; George et al. 2002; Idler, 1987; Levin, 1996).

Así, históricamente se puede rastrear que las restricciones religiosas de, por ejemplo, determinados alimentos estaban destinadas a prevenir la ofensa a la divinidad o el daño moral, pero en muchas de ellas se pueden detectar componentes de carácter preventivo de la salud psicológica y física (Qureshi, 1981). De esta forma, las religiones pueden conseguir que sus seguidores argumenten que realizan ciertas conductas (o se

abstienen de otras) porque así viene regulado en los libros o escrituras sagradas, los cuales recogen los dogmas de fe que han de ser realizados para alcanzar lo espiritual, cuando, en realidad, o si se prefiere, a la par, están realizando dichas conductas (o absteniéndose de otras) por sus efectos beneficiosos sobre la salud (o preventivos de la enfermedad). Así, por ejemplo, entre las religiones teístas, los dogmas vienen impuestos por Dios mediante lo que se conoce como la *Palabra de Dios*: el deseo de la divinidad es que sus seguidores tengan salud, con motivo de preservar su vida, y los fieles no han de dudar de sus designios, pues Dios es un ser benevolente que mira por y cuida de ellos. Desde una óptica más objetiva, no se debe olvidar que los libros sagrados fueron escritos por los propios hombres, a veces en épocas muy remotas, y existe mucho misticismo en ellos. Los estudios realizados desde el punto de vista antropológico y sociológico han destacado que algunos hechos recogidos en estos textos pueden haber sufrido modificaciones a lo largo de los siglos, o bien, haber sido adaptados a distintos contextos geográficos o culturales (véase, p. ej., Asimov, 1968).

El antropólogo Marvin Harris (p. ej., 1985) es uno de los teóricos que más han profundizado en el estudio de la prohibición o exaltación de ciertos alimentos en las distintas culturas. Este autor postula que las religiones recogerían las tradiciones culturales de los diferentes pueblos o ciudades-estados en las que están inmersos, junto a los comportamientos regulados en las mismas que favorecen la salud, por ejemplo, los relativos a la alimentación. Al analizar las distintas religiones, comprobó que la mayoría de ellas se ocupan de toda una serie de comportamientos compartidos e indisolublemente ligados a la salud. Así, por ejemplo:

– En el Judaísmo, su libro sagrado, la *Torá*, recoge 613 preceptos (denominados *Misvot*) que sus fieles han de seguir. Tratan de los deberes y obligaciones del hombre para con Dios, el prójimo y para consigo mismo, y aúnan tanto mandatos positivos

como prohibiciones (Romero y Macías, 2005). Estos preceptos rigen la práctica totalidad de la vida del judío, desde que se levanta hasta que se acuesta y desde que nace hasta que muere y es tradición (y obligación) el seguirlos (Romero y Macías, 2005), lo que se conoce como *Halajá* (Díaz, 1997), (Filoramo, Massenzio, Raveri, y Scaroi, 2001). Incluso en la actualidad, los judíos pertenecientes a la rama ortodoxa son los que los siguen sin discusión, pues opinan que no llevar el estilo de vida reglado por la Torá implica desobedecer los mandatos divinos. Tanto es así, que, para ellos, la enfermedad no es otra cosa que la manifestación de la ira de Dios. En el caso de la alimentación, por ejemplo, no tienen inconveniente en consumir todo tipo de productos vegetales, pero, respecto a la carne, siguiendo los preceptos del *Levítico*, sólo consumen aquella procedente de animales que tengan la pezuña hendida y que sean rumiantes, pues son los llamados animales puros (Díaz, 1997). Se pueden consumir aves, salvo las rapaces u otros animales voladores, como el murciélago (que puede ser portador de la rabia) (Díaz, 1997). En relación al pescado, sólo aquel que tenga escamas y aletas es apto para el consumo, lo cual excluye al marisco y los moluscos, animales de muy difícil conservación debido a las condiciones climáticas de la región, el carácter nómada de sus habitantes, elementos como la arena o los escasos recursos técnicos disponibles en la época. Todas estas circunstancias podían provocar un rápido deterioro de estos productos y, por tanto, dar lugar a peligrosísimas intoxicaciones alimentarias asociadas a su ingesta, muy complicadas de tratar en aquel entonces (Harris, 2005). Es más, el consumo de productos de origen animal debe realizarse siguiendo escrupulosamente la preparación recogida en el Talmud, es decir, la preparación *Kosher*, que favorece, siquiera sea rudimentariamente, cierta higiene y preservación de los alimentos (Díaz, 1997). Por último, el ayuno está muy presente, sobre todo en los ortodoxos, y es un componente clave en muchas de sus festividades.

Pero no sólo en los aspectos relativos a la alimentación la *Torá* introduce preceptos claramente orientados a la preservación de la salud y prevención de la enfermedad. En el libro del *Génesis* se dice que una de las primeras señales del pacto de Abraham con Dios es la circuncisión, práctica que, para un pueblo nómada y que recorre grandes extensiones de terreno desértico con un clima árido, sin apenas agua, ofrece ciertas garantías de higiene. Por último, también en el *Génesis* se dice que la circuncisión es la única marca en la piel que pueden llevar sus seguidores, lo que excluye los tatuajes (y, por ende, las posibles infecciones asociadas a esta práctica).

– Por lo que respecta al Islam, la moderación es la base de la vida de sus seguidores. La higiene es un elemento fundamental, sobre todo, en cuanto a la alimentación y la oración. Díaz (1997) recoge en su *Manual de Historia de las Religiones* las diversas características que comprenden al pueblo musulmán: significativamente, la circuncisión (y sus rudimentarios efectos favorables para la higiene) también está presente en los varones musulmanes aunque nada se dice de ella en el Corán. En cuanto a los alimentos, el Corán los divide en dos tipos: por un lado, los permitidos, denominados *Halal*, el cordero, camello, cabra y buey, también las aves, pero no todas, y ciertos pescados. Con respecto a la preparación de la carne, los fieles deben evitar toda aquella que proceda de animales muertos de forma violenta, por ejemplo, por accidente, de aquellos que se hayan matado unos a otros, los que estén en descomposición y los que estén bañados en, o que contengan su propia sangre. La sangre en la alimentación debe evitarse a toda costa. También se prohíbe el consumo de aquellos que hayan sido aprovechados por animales carroñeros. No es difícil rastrear, con los conocimientos actuales, las claras implicaciones beneficiosas para la salud que estas directrices tenían para los seguidores de épocas pretéritas. Por otro lado, están los alimentos prohibidos, que se engloban bajo la denominación de *Haram*, muchos de

ellos ya presentes en las prohibiciones del pueblo judío (curiosamente, con el que compartían territorio y clima). El cerdo (véase más abajo), los animales poseedores de colmillos, las aves rapaces o las carroñeras no están bien vistas y se menciona también a algunos animales terrestres sin orejas, como ranas y serpientes. El alcohol, algunas bebidas con cafeína o té y algunas que contengan o estén elaboradas con grasa animal también están prohibidos.

De acuerdo con Harris (1985) en el Judaísmo, el Islam y en algunas religiones protestantes la prohibición del consumo de carne de cerdo tiene razones similares. El Levítico fue escrito sobre el año 450 a. C., época en la que no se disponía de demasiados conocimientos zoológicos. Cabe señalar que el cerdo es un animal de pezuña partida, pero que no rumia, por lo que, de acuerdo a las escrituras sagradas, estaría prohibido. Uno de los posibles factores explicativos de tal prohibición es que se trata de un animal omnívoro al que el dueño suele alimentar de sus sobras, mientras que cabras, ovejas o vacas se pueden alimentar de pastos inaprovechables por los humanos. Desde esta perspectiva, el cerdo se puede considerar como un animal cuya crianza se realizaría exclusivamente por su carne, lo que conllevaría ciertos problemas en la relación de costes y beneficios de tal crianza a gran escala.

– En el caso de la religión católica, se ha de prestar atención a la interpretación que de la Biblia, o de ciertos pasajes de la misma, hacen las diferentes variantes. En todas ellas, al igual que sostienen las religiones anteriormente citadas, el cuerpo se considera el templo del alma: ha de ser cuidado y mantenerlo sano, alejado de aquellos factores que puedan perjudicar su salud. No obstante, cabe decir que la Católica Apostólica Roma suele ser bastante tolerante respecto a muchas conductas nocivas para la salud. (Filoramo, Massenzio, Raveri, y Scaroi, 2001). De acuerdo a Mateo 15,19-20, *“No contamina lo que entra en la boca, sino lo que sale de ella”*. No se prohíbe el

consumo de ningún alimento en particular aunque se condena severamente lo que pueda suponer una adicción, pues de ella se puede pasar a un vicio y de los vicios a los pecados y, por supuesto, todo lo que lleve a alguno de los pecados ha de ser evitado por sus seguidores.

Desde su fundación, las normas de la Iglesia Católica se han ido suavizando progresivamente, en un sutil proceso de adaptación de algunas de estas normas a las condiciones propias de los nuevos lugares a los que llegaba el Cristianismo. En el caso de las bebidas alcohólicas, muchos versículos de la Biblia animan a mantenerse alejado de ellas (Levítico 10:9; Números 6:3; Deuteronomio 14:26; 29:6; Jueces 13:4, 7, 14; 1ª Samuel 1:15; Proverbios 20:1; 31:4,6; Isaías 5:11, 22; etc.). Pero cabe destacar que no necesariamente prohíben su consumo pero sí el estado de embriaguez, condenado y prohibido debido a los efectos que produce.

La postura cristiana frente al tabaco tiene varias perspectivas. Buescher (2012), en un artículo publicado en *Catholic World Report*, realizó una interesante síntesis del entramado de relaciones del consumo de tabaco con la Iglesia Católica. Como recuerda este autor, en el Nuevo Mundo los nativos americanos que se convirtieron al Cristianismo solían llevar sus pipas de fumar tradicionales a las ceremonias religiosas cristianas, pues para ellos el humo del tabaco era el elemento que los conectaba con los espíritus de sus antiguas religiones. Esto dio lugar a una curiosa síntesis de costumbres, y muchos feligreses y sacerdotes cristianos europeos terminaron por adquirir el hábito de fumar, hasta el punto en que este comportamiento en las iglesias provocó situaciones indeseadas, que llevó a los responsables de las iglesias a tomar medidas en contra. Así, un sínodo de Lima celebrado en 1583 fue el primero que declaró al tabaco prohibido para los sacerdotes bajo pena de condenación eterna. A partir de esta fecha, las opiniones a favor y en contra del uso del tabaco en los ambientes eclesiásticos se

expandieron progresivamente a lo largo del Nuevo Mundo y llegaron también a la vieja Europa. Muchos defendían sus efectos relajantes e incluso supuestamente medicinales (por ejemplo, para calmar la sinusitis si era esnifado), así como la posibilidad de alcanzar un plano superior al contactar con los espíritus a través del humo; mientras que otros defendían que resultaba una práctica molesta y desagradable o, también, relacionada con prácticas demoníacas.

Así las cosas, el Papa Urbano VIII, en su bula *Cum Ecclesiae* de 1624, prohibió el uso del tabaco en las diócesis de Sevilla bajo pena de excomunión. Urbano consideraba que muchos sacerdotes estaban llevando el consumo de tabaco a cotas muy elevadas, y que sus comportamientos ante el altar eran demasiado altivos y deshonorosos para la fe. Incluso se ha llegado a decir que Urbano consideraba que fumar producía cierto éxtasis sexual que era totalmente inapropiado (Buescher, 2012).

Su sucesor, Inocencio X, estableció también una prohibición para los fumadores. No obstante, la fuerte oposición de estos Papas frente al tabaco contrasta con la de otros como Benedicto XIII o Benedicto XIV, ambos fumadores y consumidores de tabaco esnifado. Así, Benedicto XIII revocó la pena de excomunión a los fumadores, pero mantuvo la prohibición de fumar en las iglesias. Por su parte, Benedicto XIV decidió, bajo su potestad, eliminar los impuestos sobre el tabaco, y sostenía que fumar le agudizaba el ingenio. Otros Papas, como el Beato Pío IX o León XIII también fueron fumadores empedernidos.

Ya en tiempos más actuales, de los últimos Papas sabemos que Benedicto XVI era fumador ocasional, pero Juan Pablo II fue un defensor acérrimo de la prohibición, hasta el punto de establecer personalmente que, en los lugares cerrados del Vaticano, e incluso en algunos abiertos muy concurridos, se penaba fumar con una multa de 30 euros.

– Los cristianos ortodoxos, por su parte, propugnan y siguen una reglamentación de conductas más severas, aunque no tienen prohibiciones respecto al consumo de carne salvo en épocas de festividades, sobre todo en el caso de la Gran Cuaresma, en la que no pueden consumir ningún tipo de alimento de origen animal, lo que incluye a los productos lácteos, además de la carne y el pescado. Algunos se abstienen incluso del aceite de oliva. Sin embargo, son más estrictos en el seguimiento del ayuno, que practican durante más días al año que los católicos.

– Las distintas corrientes surgidas del Protestantismo también son bastante prohibitivas. Por ejemplo, los principios por los que se rigen los adventistas implican una dieta vegetariana, con muy poco o nada de consumo de productos animales y grandes cantidades de verduras y frutas. Además, propone poca cafeína, abstinencia de alcohol y nada de tabaco (Shatenstein y Ghadirian, 1998).

Aquellas corrientes que sí tienen permitido el consumo de productos de origen animal suelen abstenerse de la carne de los animales “impuros” del Judaísmo (cerdo, conejo, caballo, etc.), es decir, aquellos de pezuña partida y no rumiantes. Las aves rapaces, los peces sin aletas y sin escamas y en los que haya rastros de sangre tampoco están permitidos.

El estilo de vida de los mormones es muy similar, también muy reglado, con una dieta muy parecida a la de los adventistas: poco consumo de grasas animales y abundancia de productos vegetales. La carne, aunque permitida, siempre con moderación. La prohibición del tabaco y el alcohol también está vigente para ellos. Además, cabe señalar que es una de las pocas religiones que recomienda explícitamente la práctica de ejercicio físico.

Los testigos de Jehová sólo tienen una restricción a la hora de su alimentación: el consumo de sangre. No deben comer ningún animal que aún contenga sangre en su

cuerpo o haya sido cocinado en la misma, según lo que aparece en Génesis 9:3, la cita que ellos utilizan para justificar los posibles riesgos del consumo de sangre. Por lo demás, siguiendo a Eclesiastés 2:24, donde se dice que Dios desea que se alimenten de todo aquello que Él ha creado, poseen una alimentación variada pero siempre con moderación, lo cual también se aplica al alcohol y al tabaco: si bien muchos los evitan, no están estrictamente prohibidos.

Por lo que respecta a los *Amish*, su vida se basa en la comunidad. Todos viven juntos, alejados de las culturas ajenas a la suya y sus principios dietéticos son muy parecidos a los de los anteriores cultos, con poca carne, mucha verdura y fruta, que cultivan ellos mismos. El trabajo al aire libre también se establece como un principio esencial. Se mantienen alejados de aparatos de última tecnología, por lo que su forma de trabajo es artesanal. No obstante, cabe decir que las costumbres de los *Amish* pueden variar de una comunidad a otra e incluso existen algunas que permiten el consumo de alcohol, siempre que no sea en demasía, y lo mismo ocurre con el tabaco.

– Hinduistas y budistas presentan muchas afinidades, pues gran parte de sus creencias estuvieron unidas en siglos pasados y se influenciaron recíprocamente. La creencia en la reencarnación y el Karma los hace ser muy considerados con los animales y ambos grupos siguen, prácticamente, una dieta vegetariana. Sin embargo, el pescado no suele estar prohibido en ninguno de los dos, pues se considera que al sacarlo del agua no se le inflige daño.

En el Hinduismo, la pertenencia a una u otra casta rige el consumo de ciertos alimentos. En el caso de los brahmanes, no pueden comer huevos. Otras castas se abstienen del ajo, la cebolla o ciertos hongos, pero un alimento que resulta sagrado para todas ellas es el coco.

Cabe destacar su consideración hacia la vaca, animal sagrado en la India y principal animal de compañía, al que se le profesa el mismo amor, o más, que el que en los países occidentales se le da al perro o al gato. Los hindúes creen que la vaca fue creada junto a los hombres por la deidad *Brahma* y se la considera símbolo de la maternidad. Su carne está totalmente prohibida pero pueden consumirse los productos derivados de su leche. Harris (1985) también habla de la importancia, a nivel antropológico, de la vaca en la India. Existe un elevado número de ellas, pero muchas presentan enfermedad, son enjutas, estériles, o simplemente viejas. Su crianza también sale cara en tiempos de dificultad económica, no obstante, en la antigüedad, grandes Brahmanes, señores poderosos y ricos, no se privaban de su carne hasta que llegó la situación de escasez. Fue en ese momento cuando los ganaderos comenzaron a ver que resultaba más costoso criar a una vaca a razón del beneficio que iban a obtener por venderla. Esta razón se unió a la expansión de la población, la cual dejaba menos lugares de pasto para estos animales.

Fue con la aparición del Budismo y su idea del karma cuando se prohibió el sacrificio animal. Algunos budistas se privan de la comida hecha o cultivada por ellos mismos y se acogen únicamente a las donaciones que otros budistas o personas les ofrezcan, en especial los monjes. En este caso, algunos no niegan el consumo de carne pues pueden consumirla siempre que no hayan sido ellos los que hayan infringido el daño al animal.

Hay cinco alimentos derivados de la cebolla que sí están prohibidos mientras que la soja es fundamental para ellos. Ambas religiones prohíben también el consumo de alcohol y tabaco. La meta del budista es alcanzar la plenitud mental, la claridad (iluminación), por lo tanto, el tabaco, el alcohol y otras drogas nublan la mente y no deben ser consumidos.

Por último, y como es obvio, desde las posturas no-religiosas no se suele seguir ninguna norma referida a restricciones alimentarias, no al menos de la misma forma que ocurre con los que profesan alguna religión, pues el ateo no posee una regulación verbal de carácter religioso que le obligue a realizar (o abstenerse de) este tipo de comportamientos. Por supuesto, puede acceder a los conocimientos disponibles sobre los factores promotores y perjudiciales para la salud a través de otros mecanismos de información como son las recomendaciones del personal médico, dietista, nutricionista, sanitario, deportivo o científico, que lo ponen en contacto con aquellas conductas más favorables para su salud pero, en último término, queda a su libre albedrío la decisión de llevarlas a cabo o no.

Sin embargo, y para finalizar este apartado, también es importante considerar el valor simbólico de la comida cuando se estudia. Ésta refleja las influencias culturales presentes en la sociedad (Massé y Vanier, 1988). Desde la antropología social se enfatiza la importancia de la adhesión a la cultura, a la tradición y creencias de la misma. La cultura puede mediar las experiencias de las personas y, por tanto, tener una influencia en las actitudes y comportamientos que involucran a la salud. Dicha cultura también posee un componente *hereditario*, pues está firmemente arraigada en una estructura comunal familiar, económica, social y territorial a veces claramente delimitada (Shatenstein y Ghadirian, 1998). Así, por ejemplo, cada cultura ha tenido su particular *súper alimento* (véase, por ejemplo, Carlsson, Kipps y Thomson, 1984). De acuerdo con Harris (1985), un animal que tiene mayor utilidad vivo que muerto no será objeto de alimento humano, lo que también podría explicar, más allá de los preceptos meramente religiosos, ciertas prohibiciones alimentarias presentes en determinadas culturas.

VI. Perspectiva de la salud

Desde esta perspectiva, resulta poco importante si dichas conductas tienen su fundamento último en la religión o en la cultura o tradiciones de un determinado pueblo. Lo importante, a la postre, es la presencia o ausencia de conductas saludables que sean accesibles y beneficiosas para las personas que las realizan. Sin embargo, y teniendo en cuenta lo que se ha venido argumentando en líneas anteriores, el profesional de la salud debería conocer cuáles son las creencias de sus clientes con el fin último de realizar un trabajo que resulte lo más efectivo posible. Por ello, ha de conocer tanto las creencias espirituales como las religiosas de sus clientes (Hinterkopf, 1994; Ivey, Ivey y Simek-Morgan, 1993; McCullough, 1999). Tanto es así, que el Código Ético de la ACA (*American Counseling Association*, 2014; *Section C.5., Nondiscrimination*), ha incorporado esta cuestión en sus postulados, de modo que el profesional sanitario no pueda discriminar a sus pacientes ni por cuestiones sociodemográficas (etnia, raza, sexo, etc.) ni por sus creencias. Basta con revisar brevemente las principales bases de datos (ERIC, Medline, PsycLTT, PsydNFO, etc.), para encontrar toda una literatura referida a esta consideración, estudiada desde una enorme variedad de perspectivas diferentes y trabajada por autores de muchos campos de investigación. Sin embargo, resulta muy escasa la literatura referida al trabajo con personas que no profesan ningún tipo de creencia, es decir, aquellas que se definen como ateas/agnósticas.

Esto puede deberse, por un lado, al hecho de que el profesional sanitario se centra, de forma prioritaria, en los aspectos pragmáticos de su trabajo, los cuales, en muchas ocasiones, no tienen en cuenta el tipo de creencias de los pacientes. Por otro, puede deberse también a la asunción de que todas las personas poseen algún tipo de sistema de creencias y ésta incluye, de una u otra forma, a la divinidad (Linnenberg, 1997), lo que descuidaría a las que, verdaderamente, no tienen creencia religiosa alguna.

Puesto que es innegable que existen sociedades muy religiosas, resulta sencillo comprobar cómo las personas acuden a su religión frente a cuestiones relacionadas con su salud o enfermedad y que esta tendencia no desaparece ni siquiera con el descubrimiento y la evolución de tratamientos médicos cada vez más eficaces y precisos (Moreira-Almeida, 2013).

Por su parte, Weinrach y Thomas (1996) sugieren que la falta de interés de los estudiosos por los posicionamientos ateos en estas cuestiones de salud puede deberse a que centran su atención, fundamentalmente, en los temas políticamente correctos, así como en aquellos por los que obtendrían diversos beneficios que van, desde el reconocimiento ante la comunidad investigadora, hasta un buen soporte económico.

La discriminación social de los ateos ha llegado hasta tal punto que se ha comparado con la que sufren otros grupos minoritarios marginalizados. Algunos ejemplos son: ser asaltado físicamente, sufrir amenazas, el rechazo por parte de familiares, la negación del empleo o la pertenencia a organizaciones comunitarias (Downey, 2004; Heiner, 1992; Kaye, 2008; Nussbaum, 1999; Peters, 2009). Y otras más, tan graves como la negación de tratamiento hospitalario (Smith-Stoner, 2007) o la negación de la custodia de los hijos tan sólo por declarar su ateísmo (Volkh, 2006). Dicha discriminación varía ampliamente según el contexto sociocultural, pero no existe una evidencia sistemática acerca del porcentaje exacto sobre la experiencia de no-discriminación religiosa (Cragun et al., 2010).

Por lo que aquí interesa, algunas investigaciones parecen haber demostrado que existe una significativa relación curvilínea entre creencias religiosas y salud: aquellos sujetos con fuertes creencias, sean religiosas o ateas, reportan un mayor bienestar frente a los que se definen como religiosamente inciertos o agnósticos (véase Galen y Kloet, 2011 para una revisión). No obstante, otra línea de investigación sostiene que los ateos

tienden a experimentar más problemas psicológicos y, en general, son menos felices que las personas religiosas (Altemeyer, 2010; Reed, 1991; Schumaker, 1992; Steinitz, 1980; véase Zuckerman, 2009, para una revisión). Hay que tener en cuenta que, tradicionalmente, desde el punto de vista social, en aquellos pueblos que se declaraban creyentes, se ha tendido a considerar al ateo como alguien malvado, ignorante, consumidor de sustancias y realizador de todo tipo de conductas de riesgo; hasta hubo un tiempo en que se le consideraba de forma despectiva e, incluso, patológica: el ateo sufría de depresión, neurosis o psicosis, falta de significados y valores, presentaba ciertos tipos de sadismo, etc. (Martínez-Taboas et al., 2011). Por supuesto, negar la existencia de seres superiores no implica en modo alguno ser malvado, la falta de moralidad o la falta de sentido de la vida, ni implica una mayor propensión a sufrir de problemas psicológicos (Baggini, 2003), por mucho que algunos se empeñen en que resulta una especie de estigmatización, según la cual el ateísmo actuaría como un factor que lleva a la persona a sufrir miserias, psicopatologías diversas y tener una vida vacía: jamás dichas afirmaciones han sido contrastadas científicamente con total rigurosidad.

Por el contrario, el estudio del posicionamiento religioso sí ha tenido más calado en la Psicología, desde autores ya clásicos como James, Jung o Freud, hasta los más actuales como W. W. Meissner (2000), Toksoz Karasu (1999) o Richards y Bergin (1997). Y bajo distintas perspectivas teóricas, desde el punto de vista psicoanalítico con María Bonaparte, pasando por el humanismo con Maslow o Rogers, hasta la tercera generación de terapias con Hayes, las creencias religiosas han suscitado el interés de la Psicología.

En este ámbito, cabe señalar que las últimas opiniones surgen de una perspectiva de visión más agnóstica, incluso pragmática, por la que el alma y el espíritu pueden o no ser reales, pero deben de ser aprehendidos siempre a través de constructos

biopsicosociales, rigurosamente científicos. Así, por ejemplo, Pargament y Lomax (cf. en Moreira-Almeida, 2013) proponen que los investigadores centren sus estudios en cómo la espiritualidad puede resultar un factor determinante en la *salutogénesis*, es decir, investigar la forma en la que la espiritualidad (o qué aspectos de ella) contribuye a la realización de determinadas conductas de salud, o influye en la salud en sentido amplio. Y esta nueva perspectiva de abordaje del estudio psicológico de la religiosidad y espiritual no es privativa del mundo occidental o de la religión cristiana en sus distintas vertientes: en el campo de las creencias más orientales, Suzuki junto a Fromm (1960), por ejemplo, o Epstein (1995), son algunos de los autores que han tratado de explicar y acercar la visión budista e hinduista a la ciencia psicológica y así, a través de sus trabajos y el de otros varios autores, varias terapias psicológicas de última generación van aceptando, siempre desde una óptica rigurosamente científica, postulados de estas creencias (Michalon, 2001; Twemlow, 2001) cuyo valor terapéutico se conoce y se viene aplicando en Oriente desde hace siglos (Shear, 2006; Vallejo Pareja, 2006; Germer, Siegel y Fulton, 2005; Lau y McMain, 2005; Hayes, Follette y Linehan, 2004; Galantino, 2003; Hayes, 1984, 2002a, 2002b; Robins, 2002; Seagal, Williams y Teasdale, 2002; Solberg, Halvorsen y Holen, 2000; Kabat-Zinn et al., 1998; Kabat-Zinn, 1994; Marlatt, 1994; Kabat-Zinn et al., 1992; Shapiro y Zifferblatt, 1976a, 1976b; Berwick y Oziel, 1973; Maupin, 1962).

Epstein (1995), por ejemplo, fue uno de los primeros autores en destacar que la esencia de la psicología agnóstica del Budismo reside en el uso del *mindfulness* y la meditación, prácticas tradicionales que hoy se vienen integrando en terapias psicológicas como, por ejemplo, la desarrollada por Kabat-Zinn (1994) o en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, 2002a).

Sin embargo, es necesario puntualizar que una adecuada evaluación de los aspectos relacionados con la religión y la espiritualidad, al encontrarse éstas en un ámbito esencialmente subjetivo, precisa de un modelo conceptual y de medición muy preciso. No tener esto en cuenta podría explicar por qué, a pesar de haberse encontrado ciertas evidencias de relaciones entre los conceptos religiosos y las conductas saludables, también existen multitud de estudios que nos muestran resultados contrarios. Así, por ejemplo, Piedmont (2005), Moberg (2002) o Gorsuch (1984) sugieren que los datos relativos a las cuestiones relacionadas con la religiosidad y la salud suelen estar sesgados debido, sobre todo, al uso de muestras de personas católicas: muy pocos han sido los estudios que se han ocupado de otras religiones. Además, en muchas ocasiones no se ha ido más allá de evaluar la mera asistencia a los oficios religiosos o la frecuencia y cantidad de rezos, y, a tenor de los escasos resultados obtenidos, parece necesario realizar una medición de *todas* las conductas que implica la pertenencia a una determinada religión, es decir, si las creencias se realizan por completo o tan sólo algunas de ellas, cuál es la frecuencia de las mismas, la medición comparativa en cada una de las religiones, etc. También es necesario, a la hora de establecer una medición de los constructos, separar y distinguir el fenómeno religioso de determinadas conductas asociadas a la religión, pero que no son consustanciales a ella. Es decir, no todas las conductas que ayudan a promover la salud tienen su origen necesariamente en la religión sino, más bien, en el contexto socio-cultural en que esa religión se desarrolla (véase, por ejemplo, Levin y Vanderpool, 1987). Tener en cuenta todo esto posiblemente ayudaría a los investigadores a ser más precavidos a la hora de seleccionar determinados comportamientos para su estudio. La religión y sus vínculos con la salud no pueden resumirse únicamente en la medición de la asistencia a los servicios religiosos o en la frecuencia de la realización de rezos u oraciones. Existe todo un

conjunto de acciones dirigidas a la salud relacionadas con la participación religiosa (Levin y Vanderpool, 1987). Por ejemplo, una característica que destacan estos autores es la diferenciación entre asistencia a la iglesia y participación en actos religiosos, pues en diversas religiones no existe una iglesia tal y como se conoce en Occidente. Éste y otros muchos aspectos pueden llevar a malinterpretaciones por parte de las personas participantes, lo que daría lugar a una recolección de datos errónea o sesgada.

Por su parte, en la actualidad van apareciendo, cada vez con mayor frecuencia, investigaciones que tienen en cuenta los planteamientos ateos, considerando al ateísmo como una ideología organizada, pero cuya influencia en las personas es distinta a la que pueden tener las distintas religiones. Así, por ejemplo, Whitley (2010) propone que las ciencias sociales y la Psicología tienen el compromiso de estudiar y aprender más de las posibles relaciones entre salud y ateísmo. Desde esta perspectiva, se supone que el ateísmo, como variable de influencia sobre la salud, podría tener la misma consideración que poseen las variables relacionadas con lo religioso y, por tanto, es conveniente definirla y objetivarla de la forma más empírica posible. De esta forma, en los servicios de salud, por ejemplo, el ateísmo podría evaluarse como una variable que proporcionara información acerca del acceso al tratamiento, el compromiso con el mismo, la retención y la adherencia, y los datos obtenidos podrían compararse con los provenientes de sujetos religiosos (Whitley, 2010), entre otras cosas, para elaborar perfiles que permitieran una aplicación más eficiente de los recursos sanitarios disponibles.

Hasta la fecha, las investigaciones llevadas a cabo han tratado de determinar la compatibilidad de las creencias entre profesionales y clientes en distintos tipos de terapias (p. ej., Richards y Davison, 1989), los efectos de la no creencia en lo espiritual

y su influencia en el bienestar psicológico (Herzbrun, 1999), o la importancia de la religiosidad-espiritualidad de los clientes durante la terapia (Miovic, 2004).

Cabe señalar que, de acuerdo con el modelo biopsicosocial (p. ej., Engel, 1977), el paciente que acude al ámbito clínico no llega provisto solamente de factores biológicos, psicológicos y sociales: su religiosidad implica unas creencias que determinan un particular estilo de vida, y puede ser a partir del mismo como lleve a cabo unas estrategias de afrontamiento concretas. El Concilio Vaticano I (1987) (cap. III, 1. DH 3008) establece que: *“lo que se cree ha de estar por encima de cómo se cree en ello”*. Es decir, una persona puede no seguir las implicaciones “saludables” establecidas por la palabra divina, aunque crea que dichas implicaciones hayan sido propuestas por la divinidad. En otras palabras, la persona puede ser consciente de los beneficios o costes que conlleva seguir o dejar un comportamiento, pero eso no implica que tomen la mejor decisión con respecto a su salud. Y, al igual que el creyente, el ateo tiene la posibilidad de realizar o no las conductas adecuadas para su bienestar, al margen de las indicaciones religiosas.

Algunos autores consideran que cuando el sistema de creencias personales es congruente con las directrices de la religión, sobre todo en el marco social, ésta se convierte en una poderosa influencia que favorece el seguimiento de conductas saludables (p. ej., Creel, 2007). Pero dicho sistema de creencias personales puede verse influido, entre otros factores, por el acceso a los medios de comunicación, en los cuales, actualmente, fumar, seguir una determinada dieta, realizar ejercicio físico o beber alcohol están continuamente presentes (Creel, 2007). Con mucha frecuencia, la publicidad o el cine suelen mostrar a la población toda una serie de comportamientos de riesgo habituales: anuncios de bebidas alcohólicas, bebidas que no son alcohólicas pero cuya composición es perjudicial, dietas prefabricadas, comidas “basura” o rápida, el

modelo de los fumadores en el cine, etc. Pero, al mismo tiempo, también bombardean con toda una serie de anuncios en los que se habla de lo necesario que es para la salud hacer ejercicio, seguir una dieta equilibrada, beber con moderación, no fumar, etc. Por ello, como bien señala Creel (2007), se podría decir que los comportamientos saludables están claramente influenciados por múltiples contingencias de reforzamiento que, con frecuencia, operan simultáneamente.

Todo ello lleva a la conclusión, ya señalada por Gil Roales-Nieto (2004), de que un objetivo fundamental ha de ser la operatividad del concepto de salud para conseguir que sea lo más objetivable posible. En este sentido, y como bien señala este autor, las definiciones *criteriales* de salud y enfermedad pretenden alcanzar esta meta mediante la división del constructo *salud* en una serie de variables objetivas (para una revisión en profundidad véase Gil Roales-Nieto, 2004). En esta línea, la religión y la espiritualidad, quizás, también podrían valorarse como unas de estas variables a tener en cuenta, cuyos comportamientos estén sometidos también a contingencias reforzadoras (o de castigo, según los casos) con una importante influencia sobre el constructo final de salud. Y es en esta perspectiva donde, como veremos en el siguiente apartado, se enmarca el presente trabajo de investigación.

Objetivos

El objetivo general de esta tesis es comprobar si la posesión de una determinada creencia religiosa aporta datos que permitan constatar, en la medida de lo posible, diferencias en la realización de unos determinados patrones de conducta que son beneficiosas para la salud, si se compara con la ausencia de dicha creencia religiosa.

De manera más concreta, los objetivos específicos que se propone esta investigación son:

- Estudiar cómo se encuentra la distribución y valores en conductas tales como el consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de drogas ilegales, la realización de ejercicio físico y la realización de dieta en sujetos que se definan como religiosos, frente a los que se consideren a sí mismos como ateos o agnósticos (no-creyentes).
- Comprobar el nivel de creencia de forma intragrupal, es decir cómo se distribuyen las creencias entre los propios participantes de un grupo y si esa es una condición que favorezca el mayor o menor seguimiento de conductas de salud.
- Adicionalmente, se pretende investigar también la forma en que estas variables se dan o no en conjunción para poder contrastar determinados datos sobre policonsumo.

Método

Participantes

Para el desarrollo de la presente tesis doctoral se pretendió que la muestra fuera lo más amplia posible. El número total de participantes fue de 181, el muestreo se realizó de manera, aleatoria sin restricción alguna en cuanto a sexo, edad, raza, clase social o cualquier otra variable socio-demográfica. Por lo tanto, no se establecieron a priori criterios de inclusión/exclusión: cualquier persona podía participar, con tal de tener un nivel suficiente de comprensión lectora como para entender el cuestionario (ver el apartado siguiente, *Instrumentos*) y siempre y cuando aceptara participar de forma anónima, desinteresada y totalmente voluntaria. Los datos se han recogido tanto a pie de calle como en una versión en línea realizada en formato *Google Docs*, que permitía a los sujetos poder rellenar el cuestionario vía internet. La facilitación al acceso al cuestionario online se propuso a través de diversas redes sociales tales como Twitter, Facebook, Whatsapp, etc. La principal división entre participantes tiene lugar en función de su propia elección de una creencia religiosa.

Instrumentos

El instrumento empleado es un cuestionario que recoge datos sobre conductas de salud e información respecto a la religión de los sujetos, y consta de tres bloques, diseñados a partir de cuestionarios ya existentes (véase más abajo): el primer bloque abarca la información personal del sujeto, el segundo bloque aborda cuestiones relativas a conductas de salud y el tercer y último bloque comprende una serie de preguntas referentes a las creencias religiosas del encuestado.

Para la *medición de las conductas de salud* se ha empleado una versión modificada del *Recall of Health Behaviors Questionnaire* (Yates, Wagner y Surprenant, 1997), un cuestionario presentado originalmente también en formato en línea y en formato papel, que recoge información respecto a variables como consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la conducción bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, realización de ejercicio físico y actividades sexuales de riesgo en un marco temporal de dos a cuatro semanas. Para el presente estudio, se ha seleccionado una serie de sus preguntas y se han ordenado en seis apartados según un criterio clasificador:

–El primero hace referencia a la conducta de fumar y se ha empleado una traducción literal de las preguntas 3, 4, 5 y 7.

–El segundo apartado se ocupa del consumo de bebidas alcohólicas, con la traducción literal de las preguntas 9, 10 y 12.

–El tercero explora la información sobre el uso de drogas y engloba las preguntas 13, 21 y 22. La pregunta número 13 del *Recall of Health Behaviors Questionnaire* se modificó para que sólo hiciese referencia a la conducta relacionada con el consumo de drogas, independientemente del consumo de alcohol.

–Un cuarto apartado aborda aspectos relativos a la conducta sexual de los encuestados, con las traducciones literales de las preguntas 24, 26 y 37. Ésta última también se modificó para abarcar a cualquier método anticonceptivo, no sólo el uso del preservativo.

–El quinto apartado recoge información respecto al ejercicio físico y está compuesto por la traducción literal de las preguntas 48 y 49.

–Por último, el sexto apartado se ocupa de los aspectos relativos a la dieta de los encuestados, compuesto por dos preguntas de elaboración propia, ajenas al *Recall of Health Behaviors Questionnaire*².

Por su parte, para el estudio y *medición de las conductas religiosas* se ha empleado un cuestionario específico para cada tipo de creencias, con base en el *Beliefs and Values Scale* (King et al. 2006), un cuestionario de 20 ítems diseñado para medir la fuerza de las creencias espirituales en una escala que va desde “*Muy de acuerdo*” hasta “*Muy en desacuerdo*”. Para los fines de la presente investigación, se ha empleado con los sujetos que afirmaban ser católicos, testigos de Jehová, mormones y evangelistas, puesto que todos estos credos tienen su base en la fe cristiana.

Para los musulmanes se ha empleado el *Moslem Attitude towards Religion Scale* (Wilde y Joseph, 1997), cuyo interés principal estriba en relacionar religiosidad y puntuaciones en la escala de personalidad de Eysenck. Se ha empleado en esta investigación, fundamentalmente, para comprobar cuál era el nivel de devoción de los musulmanes que respondieron al mismo.

Para los creyentes judíos se ha usado el cuestionario *Brief Orthodox Jewish Religiosity Scale* (Pirutinsky, 2009).

Por último, para la evaluación de ateos y agnósticos se utilizó el *Rejection of Christianity Scale* (Greer y Francis, 1992), escala que se diseñó originalmente como medio de complementar las limitaciones encontradas en escalas previas que median las actitudes frente al Cristianismo.

² Preguntas recogidas en Anexo I:

- ¿Ha comido usted algún tipo de alimentos altamente calórico en los últimos 14 días? Carnes rojas, pizzas, hamburguesas, kebabs, comida precocinada, etc.). Pág. 178.
- ¿En los últimos 14 días ha consumido algún tipo de comida basada en vegetales, frutas y verduras? Pág. 179.

Variables

Las primeras variables que recoge el cuestionario de esta tesis son las llamadas variables descriptivas, las cuales, recogen las características de las personas. Estas son: *sexo, edad, estado civil, distribución geográfica, profesión y nivel de estudios.*

“*Recall of Health Behaviors Questionnaire*” (Yates, Wagner, y Surprenant, 1997), es el cuestionario empleado para delimitar las variables de salud que van a componer esta tesis. En función de sus preguntas se delimitaron las siguientes variables: *consumo de tabaco; consumo de bebidas alcohólicas; consumo de drogas ilegales; ejercicio; dieta.* Este cuestionario recoge otra serie de cuestiones relativas a la salud, pero se han dejado al margen en nuestro estudio.

La pregunta *¿Con cuál creencia religiosa se identifica usted?* delimita la variable *religión*. Es decir, la identificación de cada persona que contesta a nuestro cuestionario en un grupo religioso específico.

El cuestionario “*Beliefs and Values Scale*” (King, et al. 2006) acota, dentro de la variable *religión*, al grupo de *cristianos*. De este mismo cuestionario se emplean las preguntas: “soy una persona espiritual”, “creo que poseo espíritu o alma y que puede sobrevivir a mi muerte”, “creo que Dios es una presencia omnipresente”, “creo en la vida después de la muerte”, “soy una persona religiosa”, “las ceremonias religiosas son importantes para mí”, “cumpló con la asistencia a mis oficios religiosos”, “creo que existe un cielo”, “creo que rezar tiene valor” y “creo que existe un dios”; con motivo de establecer una nueva variable, mediante el análisis estadístico de recodificación de variables, llamada *índice de practicancia*. Su fin es poder establecer una diferenciación dentro del grupo cristiano a razón de una puntuación numérica que va desde el 5 hasta el 50.

Del cuestionario "*Rejection of Christianity Scale*" (Greer y Francis, 1992) se delimita a aquellas personas que se consideran *ateo* y *agnósticos*. Al igual que con el cuestionario para los cristianos, se realiza el procedimiento de recodificación de variables para crear una nueva llamada *índice de ateísmo*. Las preguntas que encuadran esta nueva variable son: "la religión está fuera de mis experiencias e intereses", "no creo en un dios personal", "no creo que exista ninguna vida después de la muerte", "la iglesia no debería de dictaminar una forma de vida ni un cogido moral para todo el mundo", "los sermones de la iglesia son una pérdida de tiempo", "si existe un dios quiero evidencias que me ayuden a creer", "ir a la iglesia es un ritual sin sentido", "la mayoría de las personas religiosas son hipócritas que no practican lo que creen", "las religiones no me han ayudado en conseguir ideas satisfactorias sobre dios", "la iglesia no es moderna y no me atrae". Su finalidad es remarcar la diferenciación dentro del grupo que une a los ateos y agnósticos, la cual, también posee una puntuación numérica que va de 5 a 50.

Procedimiento

Como ya se ha apuntado anteriormente, las respuestas a los cuestionarios se recogieron tanto a pie de calle como por medio de la versión en línea del cuestionario, sin distinciones en cuanto a sexo, edad, raza, nivel sociocultural, etc. Todos los participantes respondieron a las mismas preguntas y a todos se les informó de la finalidad de la investigación y de la confidencialidad de los datos que aportasen. Las preguntas iniciales del cuestionario, relativas a los datos personales y a las cuestiones de salud, eran comunes para todos los entrevistados. Posteriormente, una vez que el sujeto definía su creencia religiosa, rellenaba la sección del cuestionario adecuada para la misma.

Una vez recogidos los datos se empleó para su análisis el programa IBM SPSS versión 22 para Windows. Análisis de frecuencia y descriptivos se emplearon para conocer los valores descriptivos de las variables. La consistencia interna de los ítems seleccionados de cada cuestionario religioso fue medida con el Alfa de Cronbach. Se realizó el cálculo de la normalidad en los índices de practicancia y ateísmo, al no cumplirse dicho supuesto se aplicó un contraste no paramétrico U de Mann-Whitney como alternativa a la *Prueba t* para el contraste de diferencias de grupos (Pardo y Ruiz, 2002).

Resultados

I. Descriptivos

La muestra de esta investigación está compuesta por 181 participantes. La variable *sexo* se muestra en la Figura 1. El rango de *edad* se distribuye desde los 14 hasta los 86 años. El *estado civil* de la muestra está recogido en la Tabla 1. Dentro de cada subgrupo puede observarse una separación por sexo para los participantes *casados* en la Figura 2, mientras que para los participantes *solteros* se muestra en la Figura 3.

Por lo que respecta a la *distribución geográfica*, 82 participantes pertenecen a la población de Huelva (Figura 4).

En el apartado de las *profesiones*, el 32,6 % (n = 59) de los participantes son estudiantes (Figura 5). De esos 59 participantes, un 31,6 % son hombres.

El *nivel de estudios* está representado en la Tabla 2.

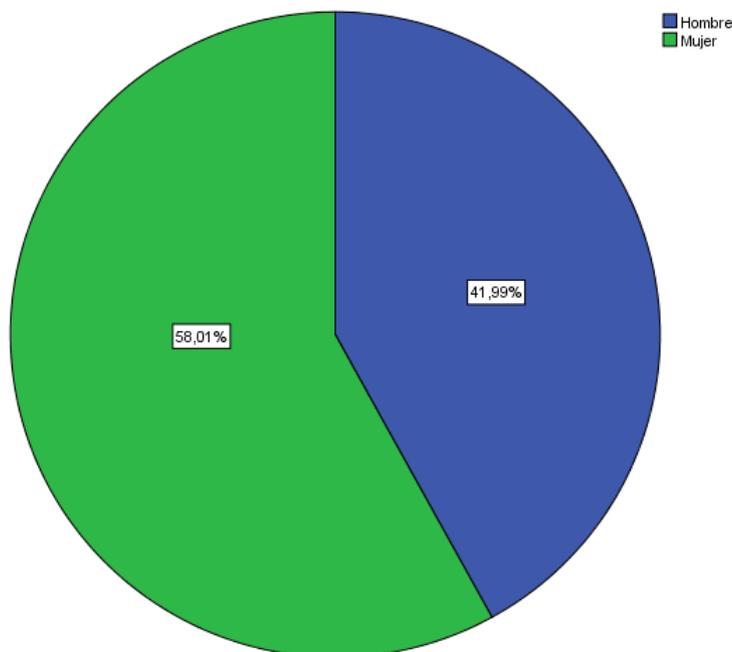


Figura 1: Sexo de los participantes

Tabla 1: Estado civil de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casados	65	35,9	35,9	35,9
	Solteros	109	60,2	60,2	96,1
	Viudos	4	2,2	2,2	98,3
	Separados	3	1,7	1,7	100,0
	Total	181	100,0	100,0	

Tabla 2: Nivel de estudios de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Básicos	36	19,9	19,9	19,9
	Medios	29	16,0	16,0	35,9
	Intermedios	38	21,0	21,0	56,9
	Universitarios	66	36,5	36,5	93,4
	Universitarios Superiores	12	6,6	6,6	100,0
	Total	181	100,0	100,0	

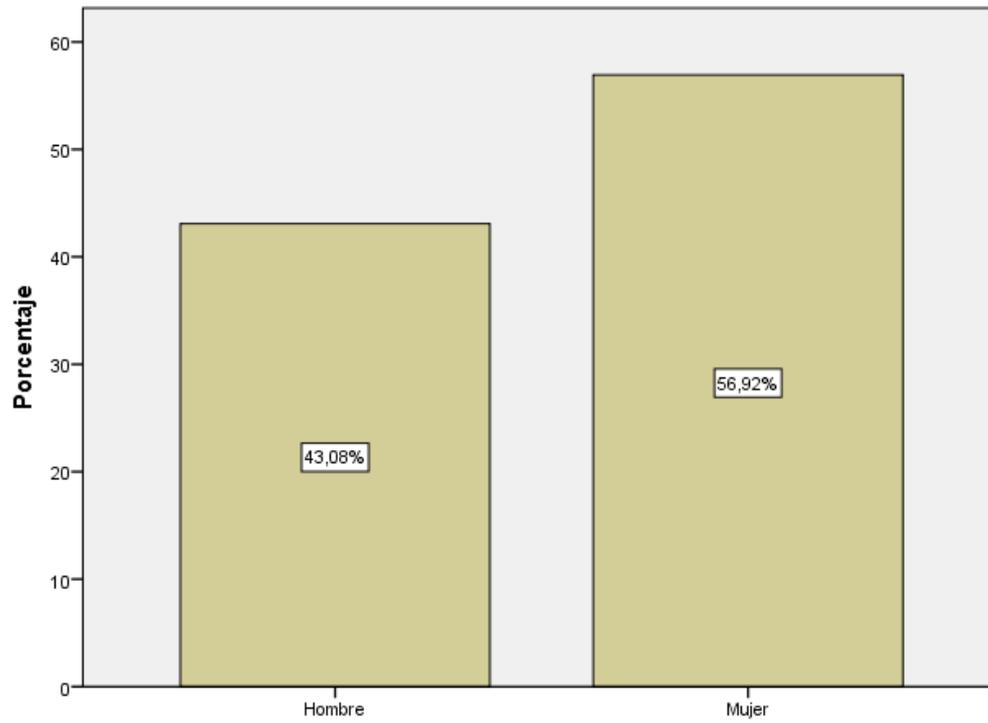


Figura 2: Sexo de los participantes casados

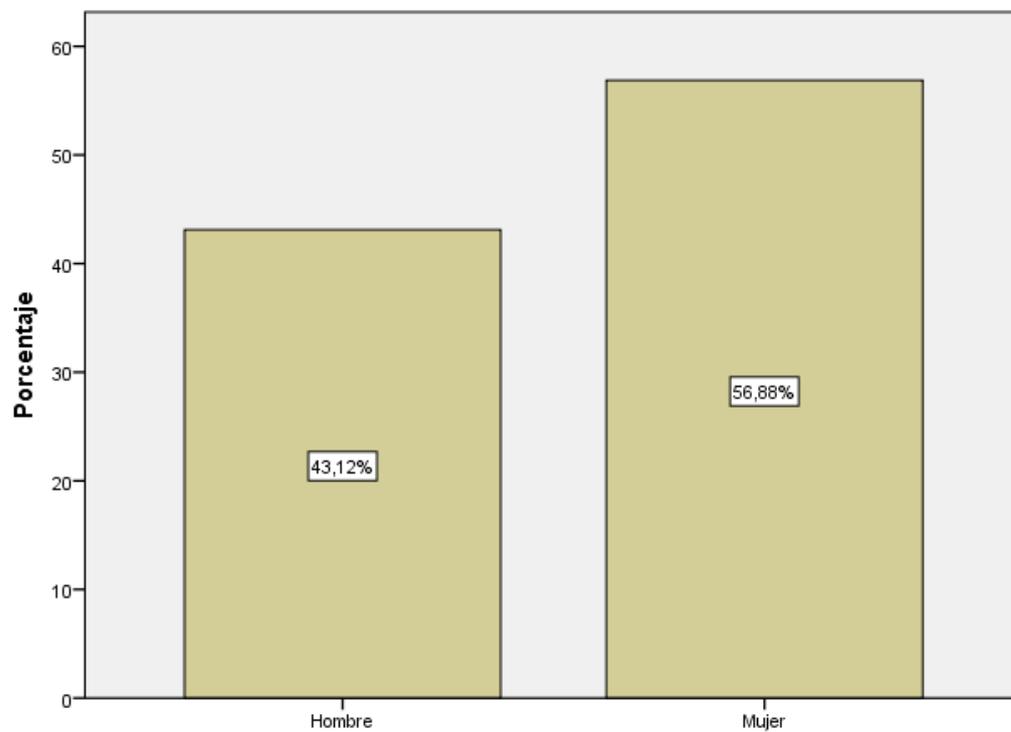


Figura 3: Sexo de los participantes solteros

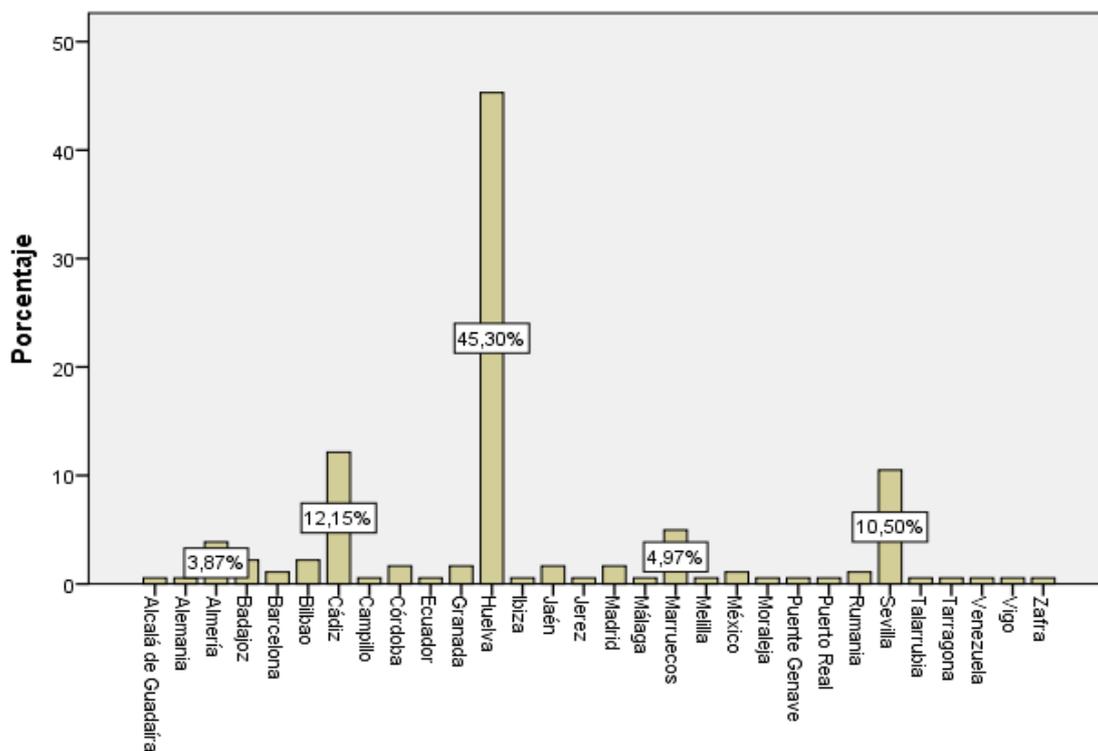


Figura 4: Distribución geográfica de los participantes

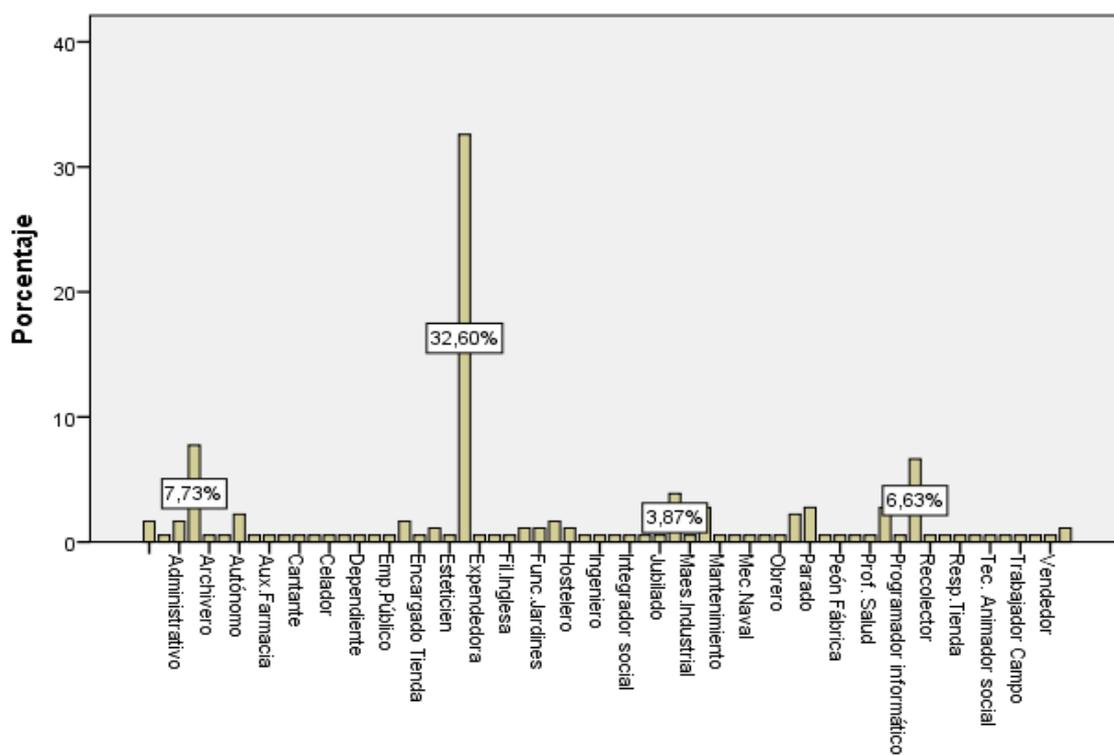


Figura 5: Profesiones de los participantes

Los datos relativos a la variable *consumo de tabaco* están presentes en la Tabla 3. La Figura 6 recoge la distribución por sexos de aquellos participantes que han respondido afirmativamente en dicha variable.

La variable *consumo de bebidas alcohólicas* está representada en la Tabla 4. De aquellos participantes que responden afirmativamente en ella, 63 son hombres (Figura 7). Posteriormente se ha comprobado cuántos de los participantes que afirman ser *consumidores de bebidas alcohólicas* son también *consumidores de tabaco*, cuyos porcentajes pueden verse en la Figura 8.

En la Tabla 5 se puede comprobar la distribución en el apartado relativo al *consumo de drogas ilegales*. El sexo de los participantes que consumen puede observarse en la Figura 9. De aquellos participantes que consumen drogas, el 76,5 % también son fumadores (Figura 11) y un 97,1 % son consumidores de bebidas alcohólicas (Figura 12).

Tabla 3: Respuestas a la pregunta, ¿Es usted fumador?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	57	31,5	31,7	31,7
	No	123	68,0	68,3	100,0
	Total	180	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,6		
Total		181	100,0		

Tabla 4: Respuestas a la pregunta ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	127	70,2	70,6	70,6
	No	53	29,3	29,4	100,0
	Total	180	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,6		
Total		181	100,0		

Tabla 5: Respuestas a la pregunta ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	34	18,8	18,9	18,9
	No	146	80,7	81,1	100,0
	Total	180	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,6		
Total		181	100,0		

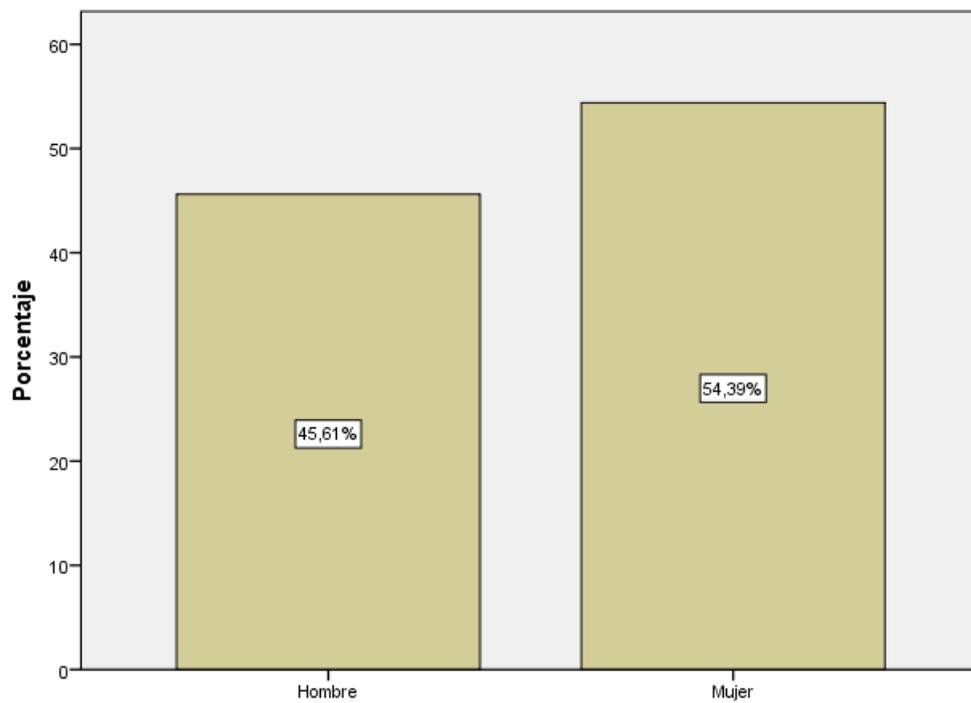


Figura 6: Sexo de los participantes fumadores

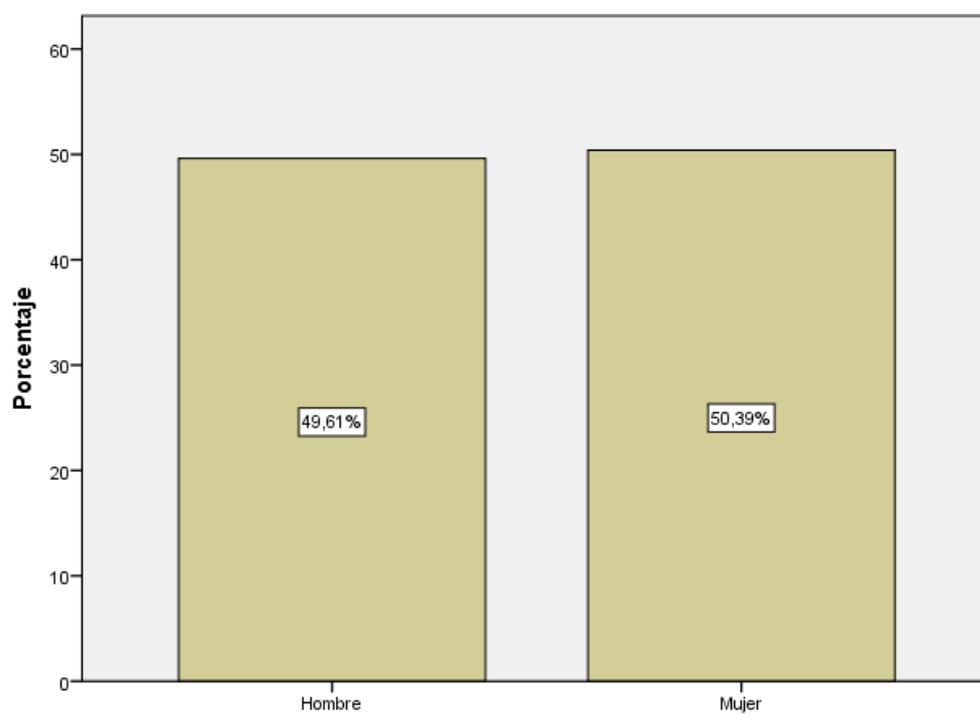


Figura 7: Sexo de los participantes que consumen bebidas alcohólicas

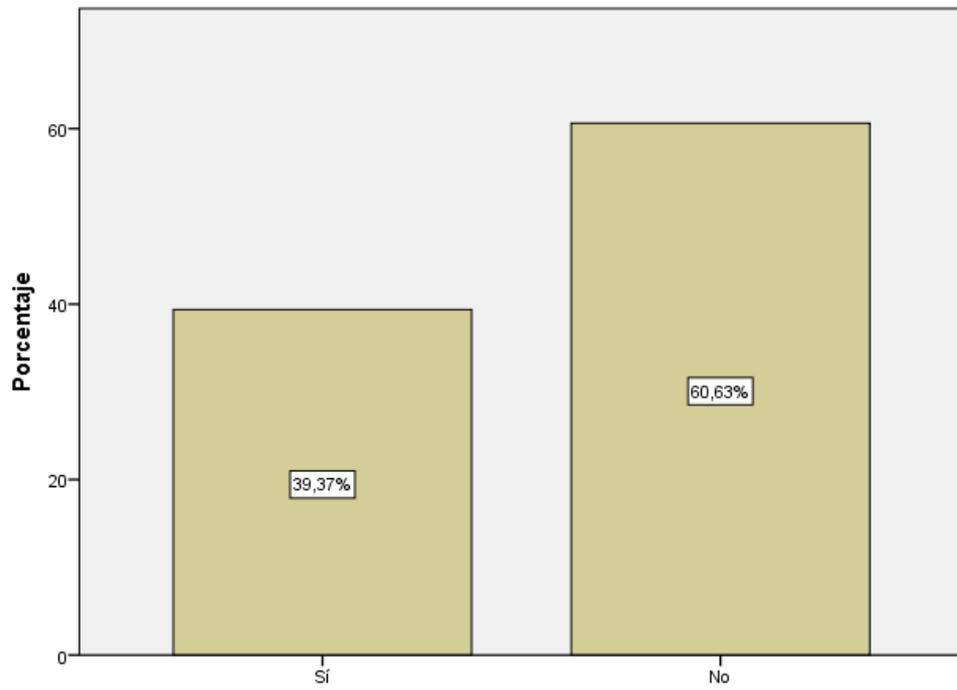


Figura 8: Participantes consumidores de bebidas alcohólicas que fuman

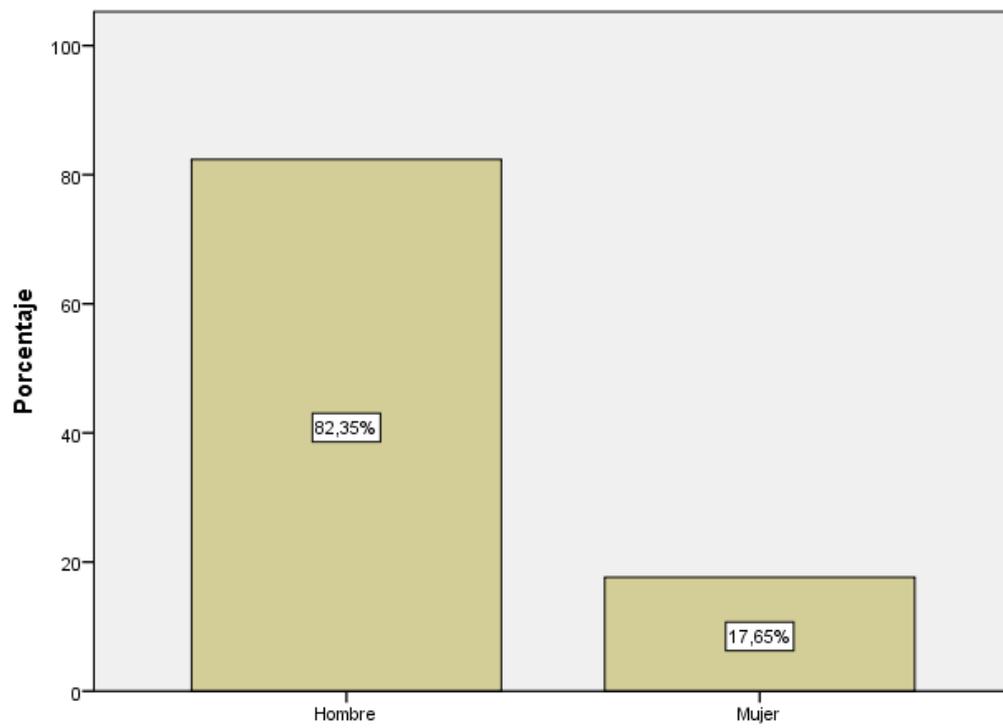


Figura 9: Sexo de los participantes consumidores de drogas ilegales de algún tipo

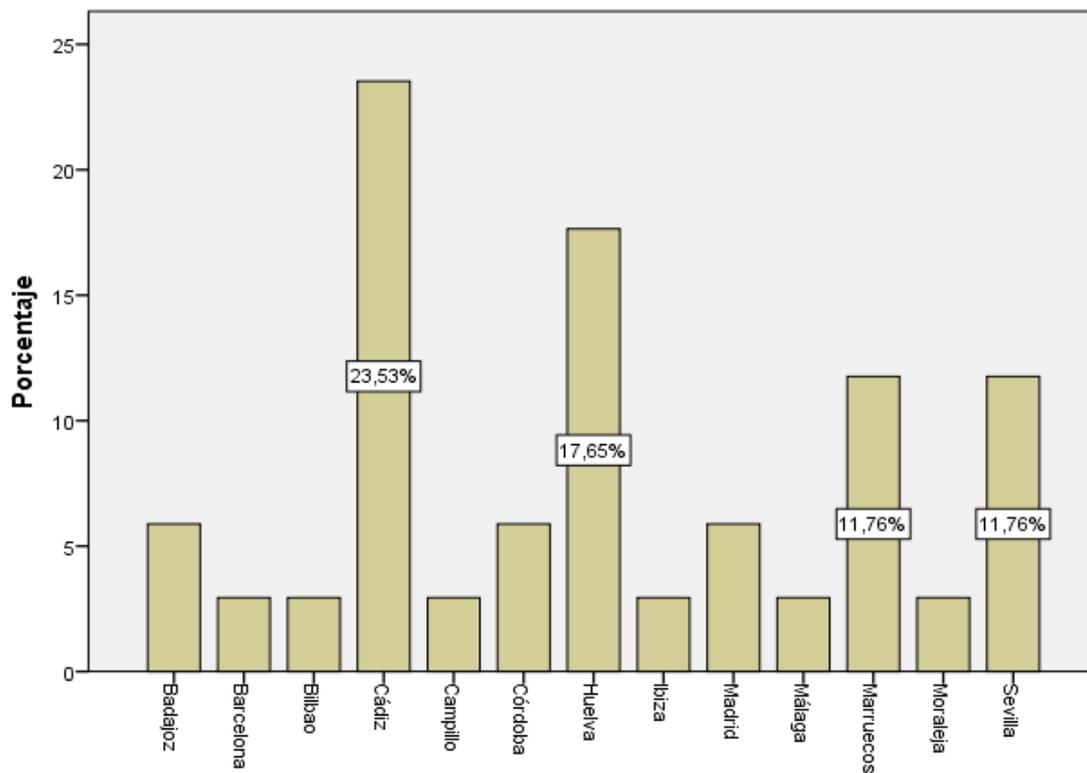


Figura 10: Distribución geográfica de los participantes que consumen drogas ilegales de algún tipo

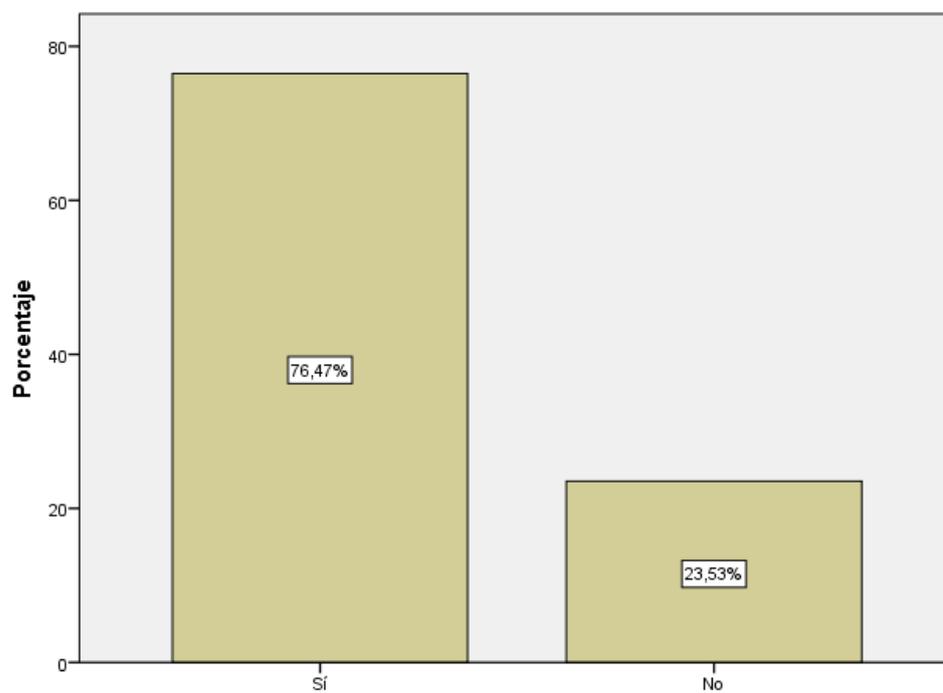


Figura 11: Participantes que consumen drogas ilegales de algún tipo que fuman



Figura 12: Participantes consumidores de drogas ilegales de algún tipo que consumen bebidas alcohólicas

Las respuestas a la variable *ejercicio*, recogidas por la pregunta ¿Realiza usted algún programa de ejercicios? pueden verse en la Tabla 6.

Centrando la atención en aquellos participantes que *realizan ejercicio por su cuenta*, la distribución por sexo se recoge en la Figura 13. Las Figuras 14, 15 y 16 muestran los porcentajes de participantes que *consumen tabaco*, *consumen bebidas alcohólicas* y *consumen drogas* dentro de aquellos que realizan ejercicio por su cuenta.

Tabla 6: Respuestas a la pregunta ¿Realiza usted algún programa de ejercicios?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	69	38,1	38,3	38,3
	Sí, lo realizo por mi cuenta	95	52,5	52,8	91,1
	Sí, con un grupo de ejercicio	16	8,8	8,9	100,0
	Total	180	99,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,6		
Total		181	100,0		

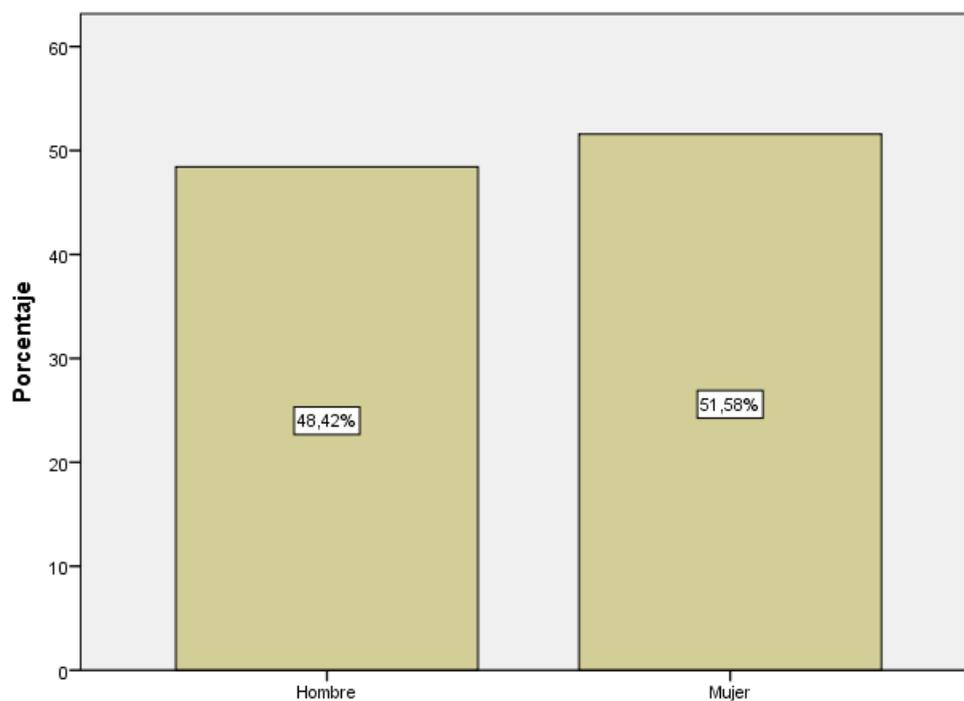


Figura 13: Sexo de los participantes que realizan algún programa de ejercicios por su cuenta

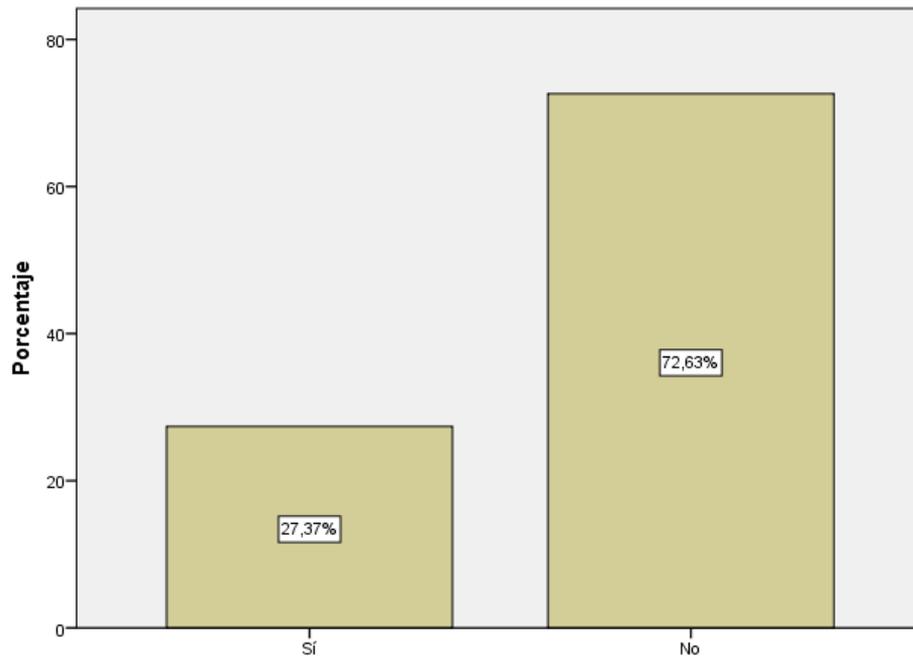


Figura 14: Participantes que realizan algún programa de ejercicios por su cuenta que fuman

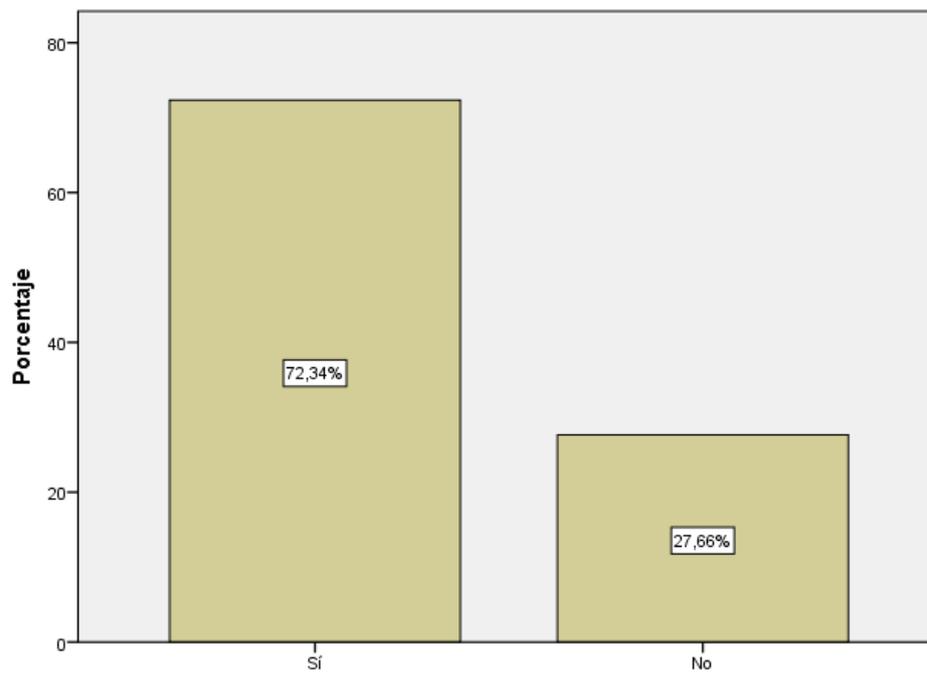


Figura 15: Participantes que realizan algún programa de ejercicios por su cuenta que consumen bebidas alcohólicas

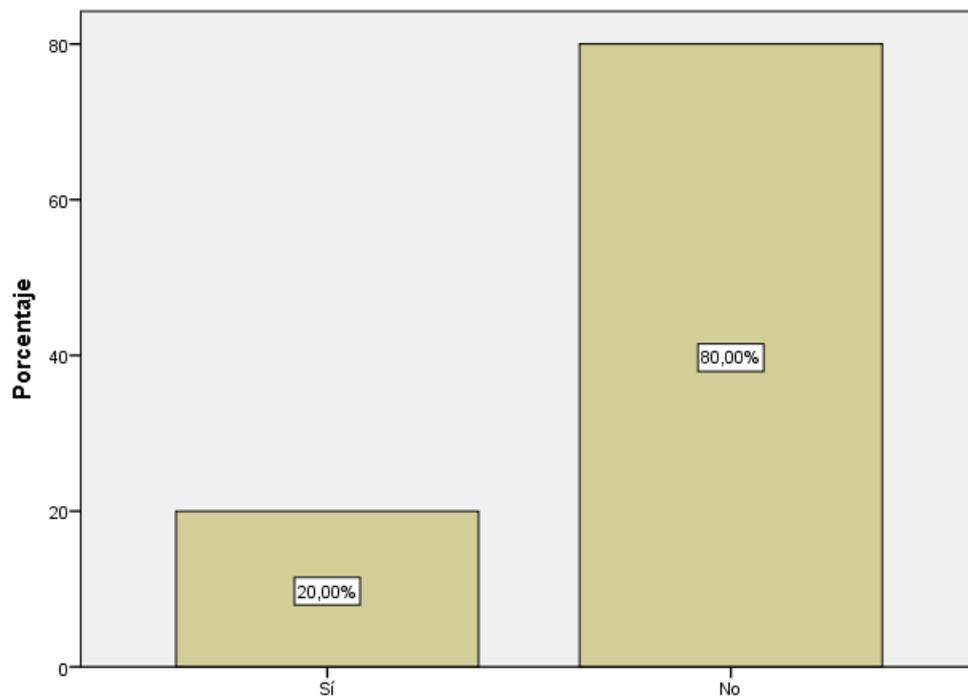


Figura 16: Participantes que realizan algún programa de ejercicios por su cuenta que consumen drogas ilegales

Dentro de la variable *ejercicio*, la Tabla 6 recoge también a aquellos participantes que *realizan ejercicio con un grupo*. Su repartición por sexos puede verse en la Figura 17, y las Figuras 18, 19 y 20 recogen a aquellos que *consumen tabaco*, *consumen bebidas alcohólicas* y *consumen drogas* dentro de estos participantes.

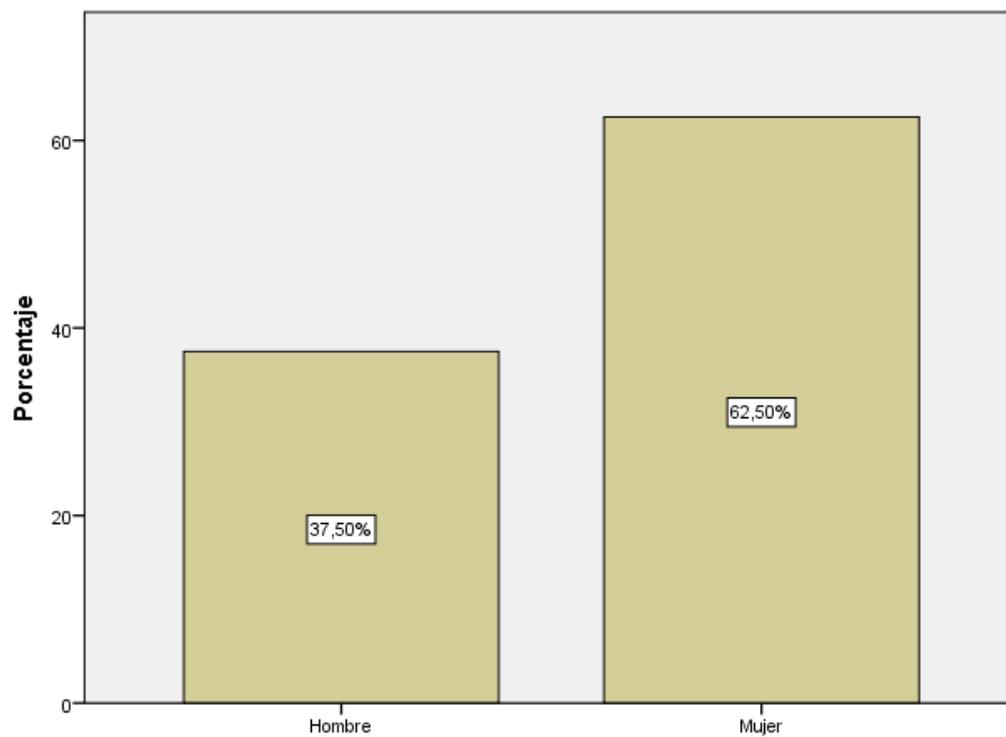


Figura 17: Sexo de los participantes que realizan algún programa de ejercicios con un grupo

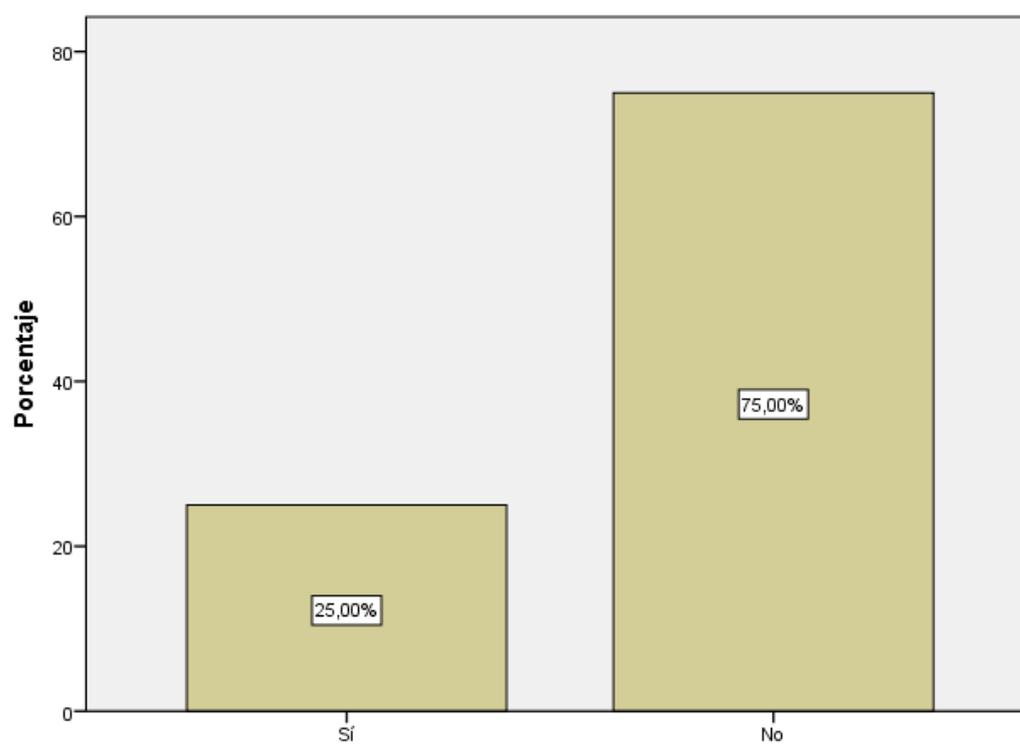


Figura 18: Participantes que realizan algún programa de ejercicios con un grupo que fuman

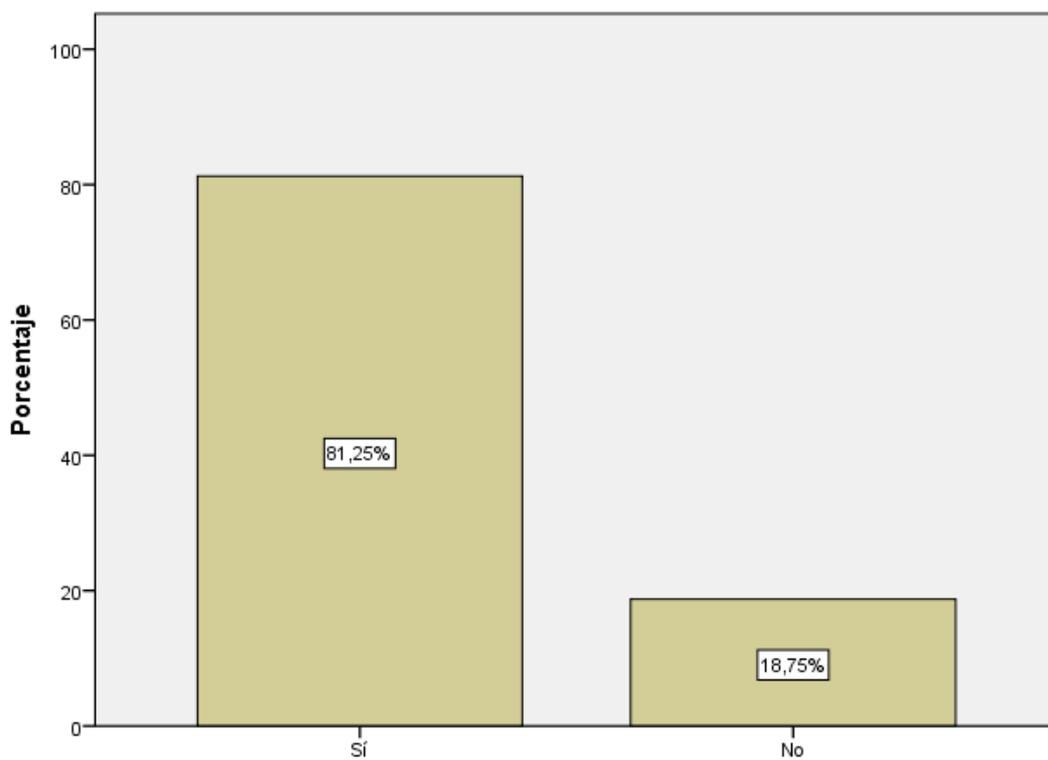


Figura 19: Participantes que realizan algún programa de ejercicios con un grupo que consumen bebidas alcohólicas

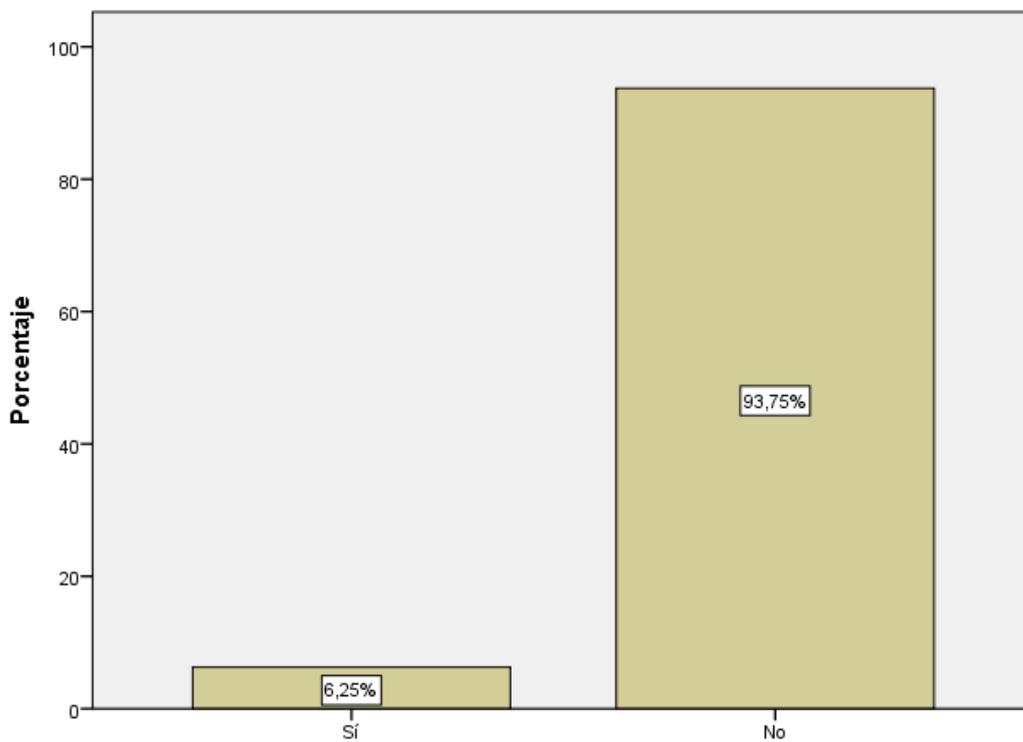


Figura 20: Participantes que realizan algún programa de ejercicios con un grupo que consumen drogas ilegales

Las respuestas recogidas para la variable *dieta* se muestran en la Tabla 7.

En el nivel *Sí, la realizo por mi cuenta* la distribución por sexos está recogida en la Figura 21. Dentro de este mismo nivel, la Figura 22 muestra a aquellos que *consumen tabaco*, la Figura 23 a los que *consumen bebidas alcohólicas* y la Figura 24 recoge a los que *consumen drogas ilegales* al tiempo que realizan ejercicio por su cuenta.

Tabla 7: Respuestas a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de dieta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	133	73,5	73,5	73,5
	Sí, la realizo por mi cuenta	39	21,5	21,5	95,0
	Sí, bajo los consejos de expertos	9	5,0	5,0	100,0
	Total	181	100,0	100,0	

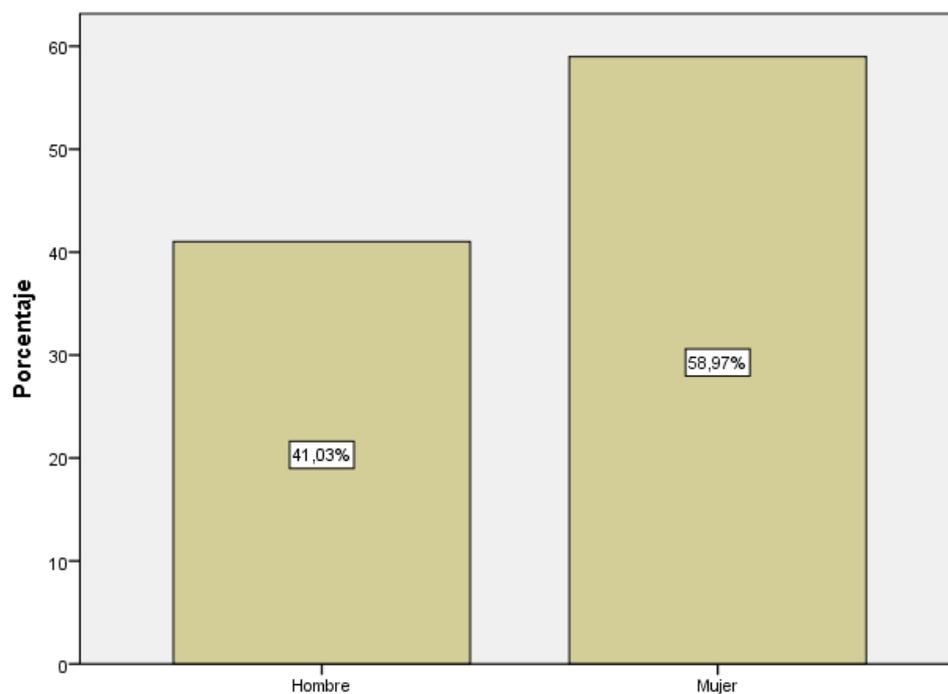


Figura 21: Sexo de los participantes que realizan algún tipo de dieta por su cuenta

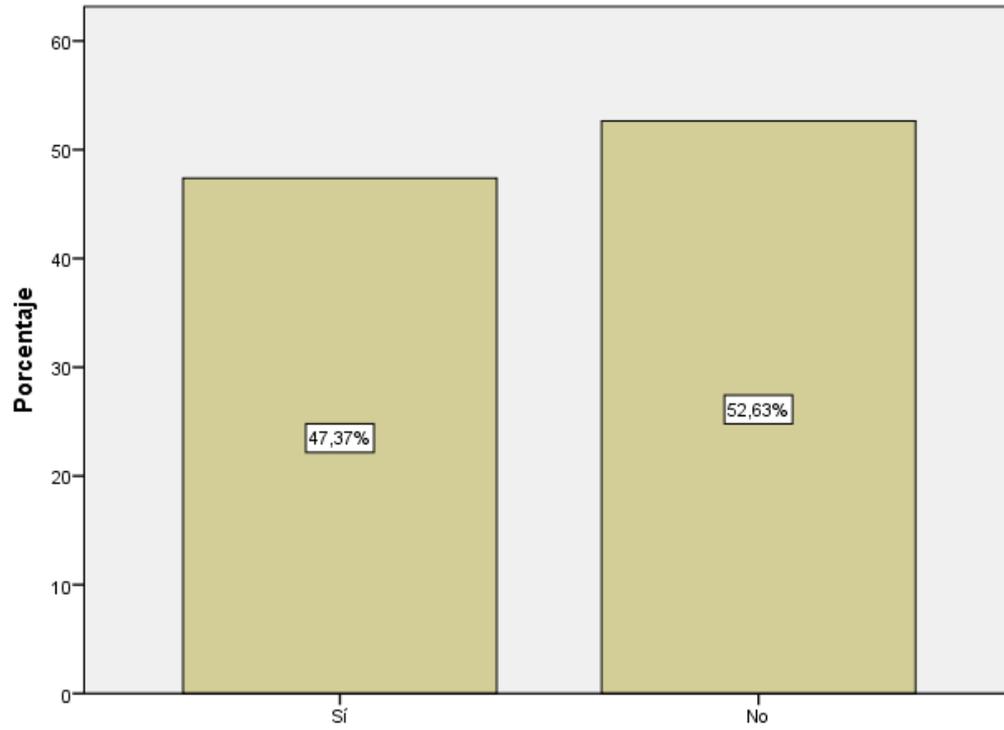


Figura 22: Participantes que realizan algún tipo de dieta por su cuenta que fuman

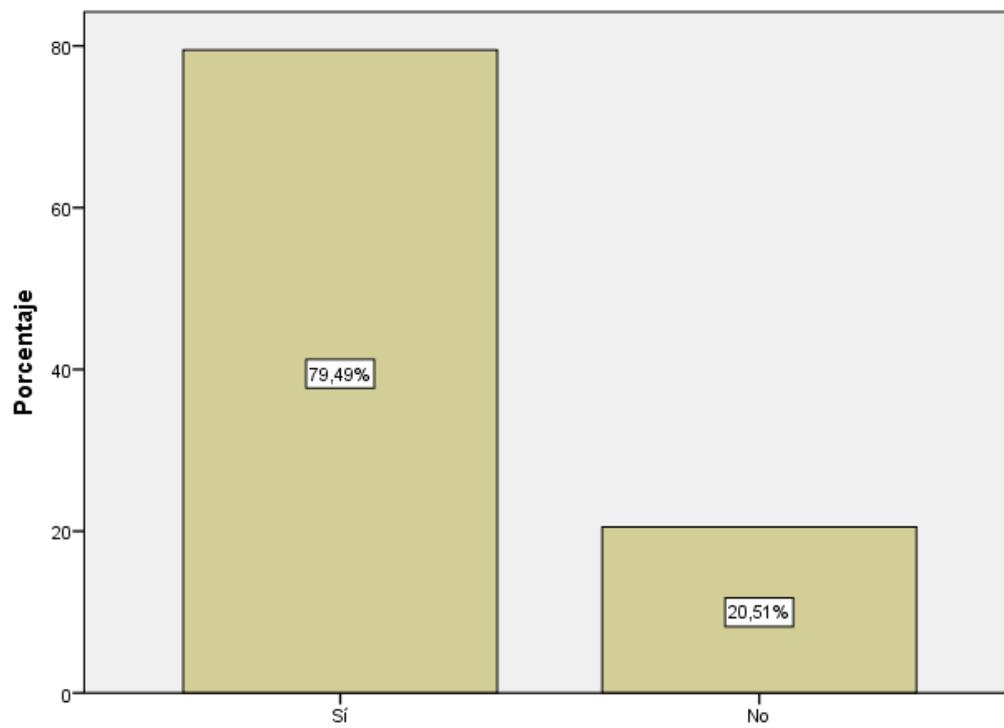


Figura 23: Participantes que realizan algún tipo de dieta por su cuenta que consumen bebidas alcohólicas

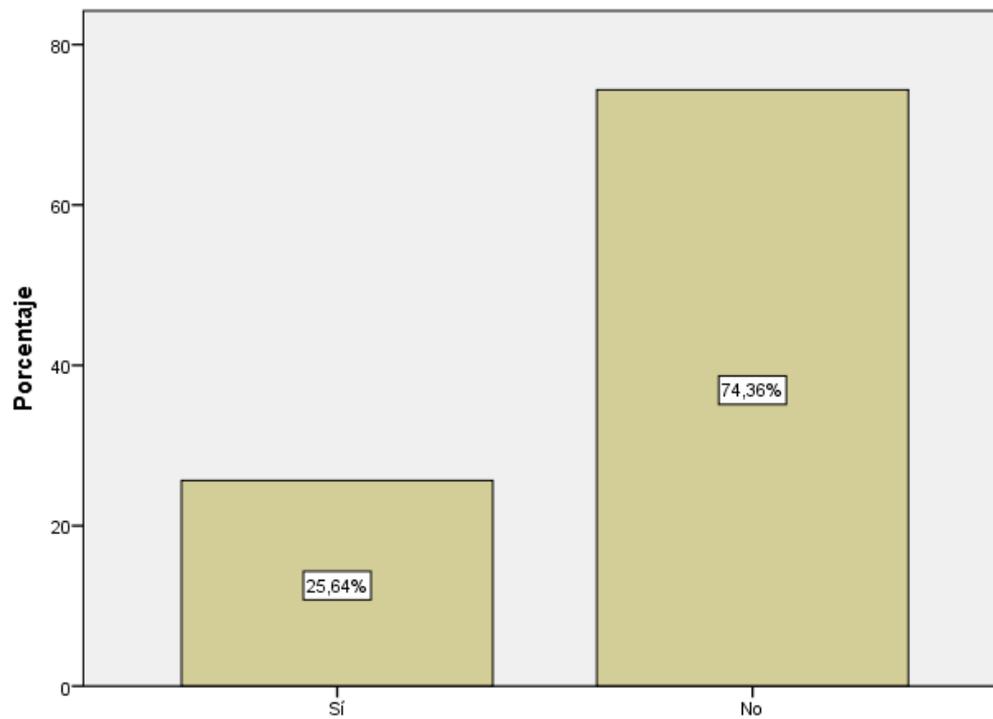


Figura 24: Participantes que realizan algún tipo de dieta por su cuenta que consumen drogas ilegales

De la variable *dieta*, la Tabla 7 refleja el nivel de *Sí*, *bajo los consejos de expertos*, cuya nivelación en función del sexo se muestra en la Figura 25. En este mismo nivel puede observarse quiénes de ellos realizan la dieta al mismo tiempo que *consumen tabaco* (Figura 26), aquellos que *consumen bebidas alcohólicas* (Figura 27), y los que siguiendo la dieta *consumen drogas ilegales* (Figura 28).

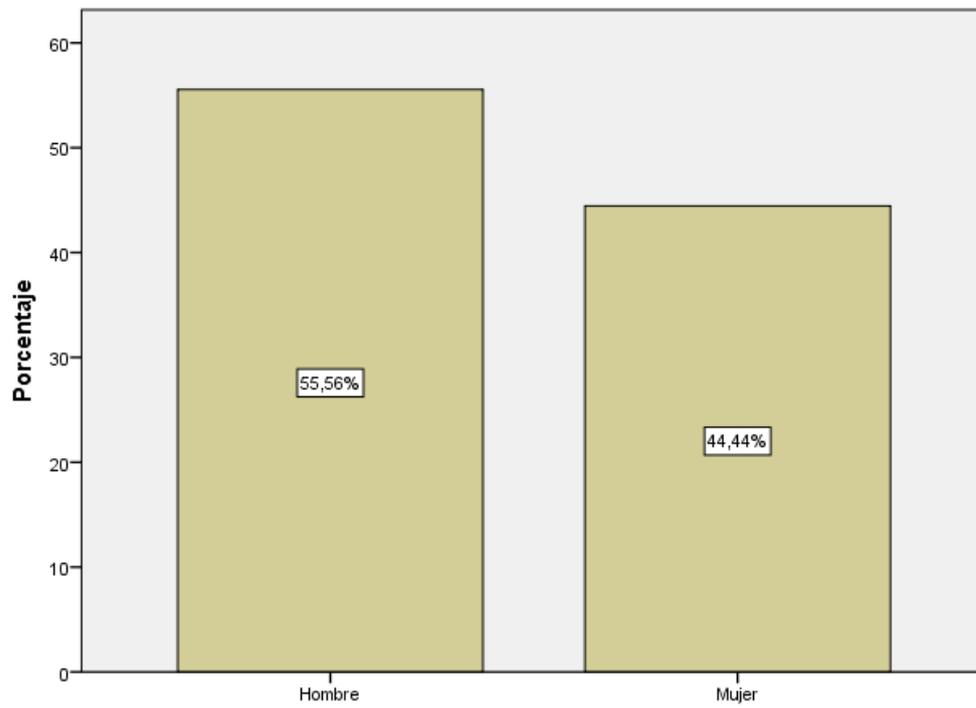


Figura 25: Sexo de los participantes que realizan dieta bajo los consejos de expertos

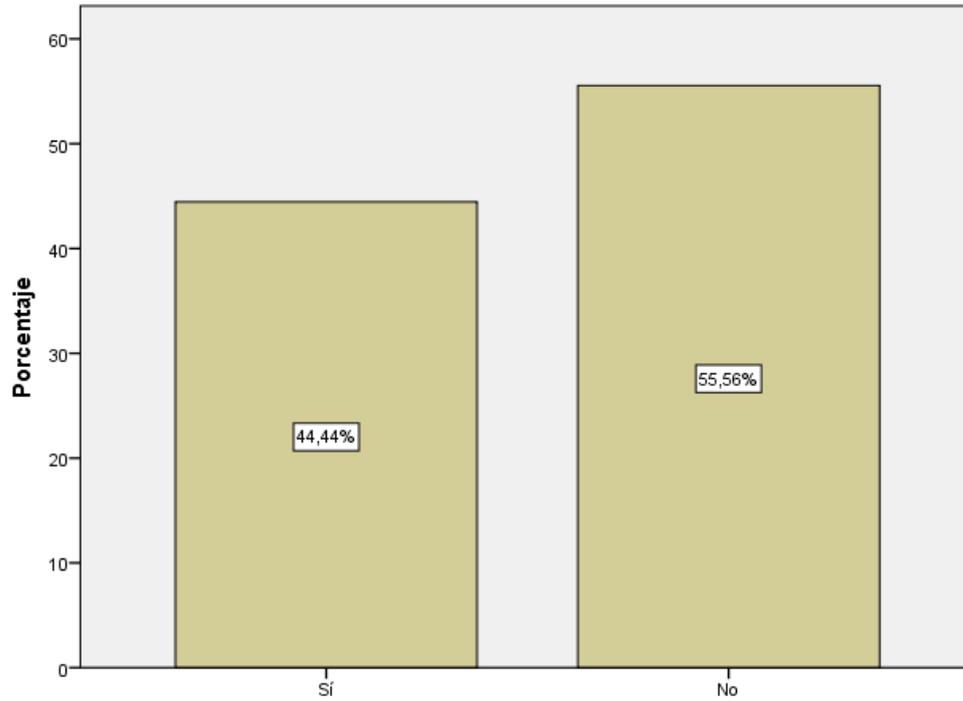


Figura 26: Participantes que realizan dieta bajo los consejos de expertos que fuman

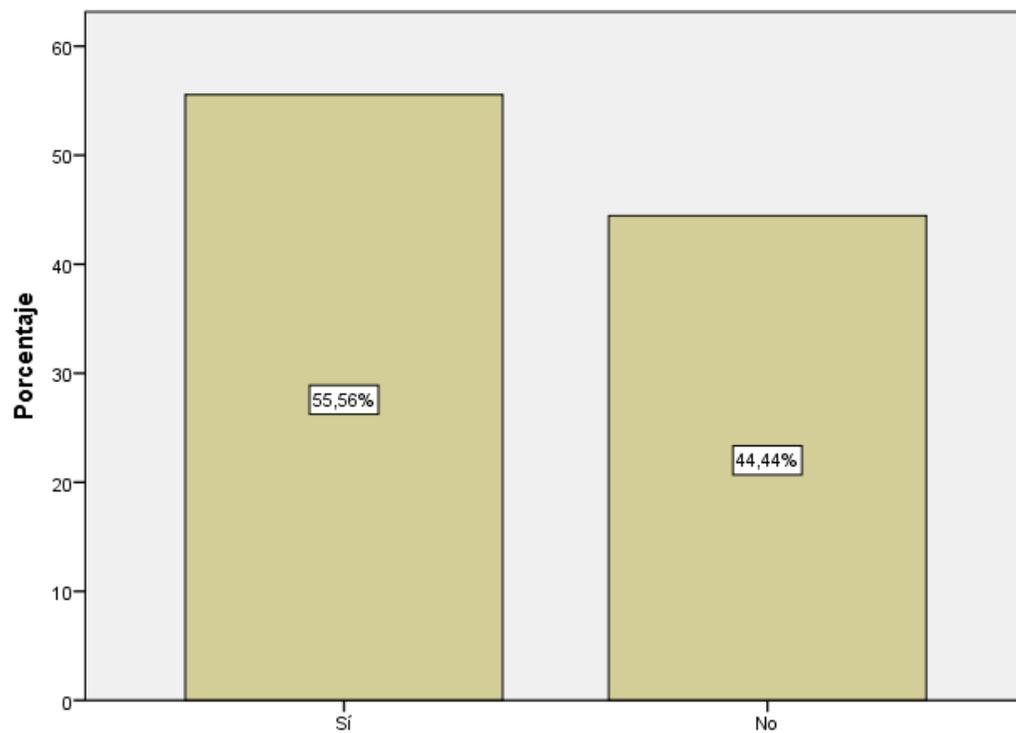


Figura 27: Participantes que realizan dieta bajo los consejos de expertos que consumen bebidas alcohólicas

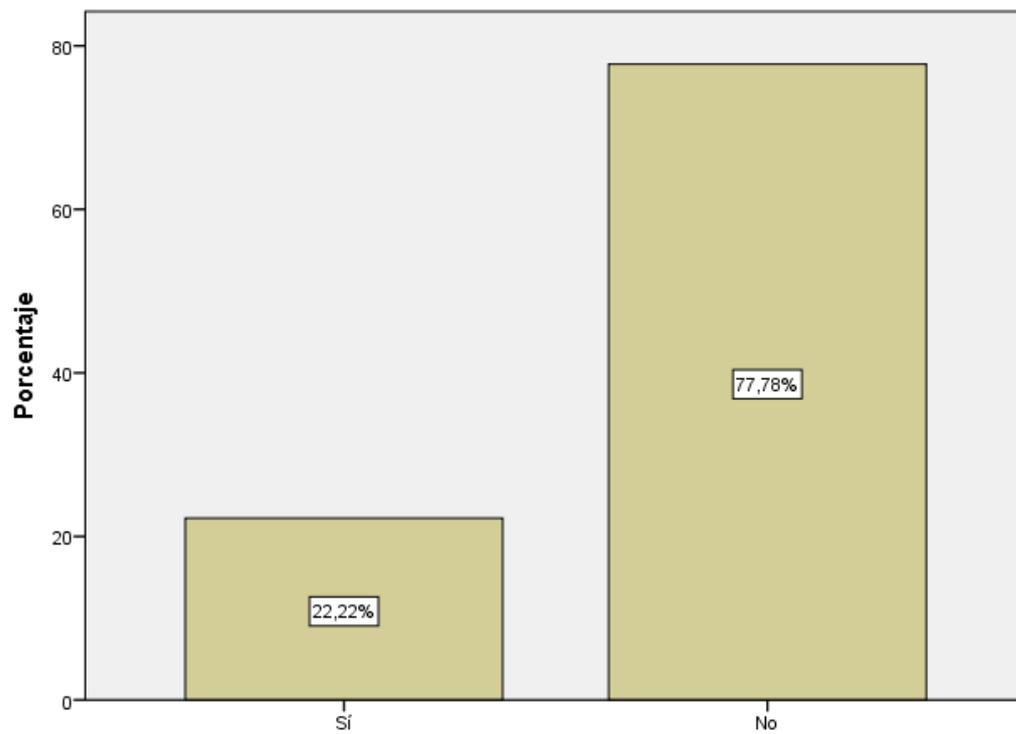


Figura 28: Participantes que realizan dieta bajo los consejos de expertos que consumen drogas ilegales

La variable *religión* está enmarcada dentro de la pregunta ¿Con cuál creencia religiosa se identifica usted? Cuyos resultados pueden comprobarse en la Tabla 8.

Tabla 8: Respuesta a la pregunta ¿Con cuál creencia religiosa se identifica usted?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ateo	70	38,7	38,7	38,7
	Cristiano	68	37,6	37,6	76,2
	Musulmán	8	4,4	4,4	80,7
	Testigo de Jehová	2	1,1	1,1	81,8
	Evangelista	1	,6	,6	82,3
	Agnóstico	32	17,7	17,7	100,0
	Total	181	100,0	100,0	

Si nos centramos en el grupo de *ateo*, su distribución por sexos puede verse en la Figura 29. El porcentaje de *consumo de tabaco* en participantes ateos se refleja en la Tabla 9, el de *consumo de bebidas alcohólicas* en la Tabla 10 y, por último, la Tabla 11 recoge el porcentaje de *consumo de drogas ilegales* en personas ateas.

Por su parte, la Figura 30 muestra que el 52,9 % de los ateos realiza algún programa de *ejercicio* por su propia cuenta, mientras que la Figura 31 que el 22,9 % realiza algún tipo de *dieta* por su cuenta.

Tabla 9: Participantes ateos que fuman

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	31	44,3	44,3	44,3
	No	39	55,7	55,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Tabla 10: Participantes ateos que consumen bebidas alcohólicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	58	82,9	82,9	82,9
	No	12	17,1	17,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Tabla 11: Participantes ateos que consumen algún tipo de droga ilegal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	20	28,6	28,6	28,6
	No	50	71,4	71,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

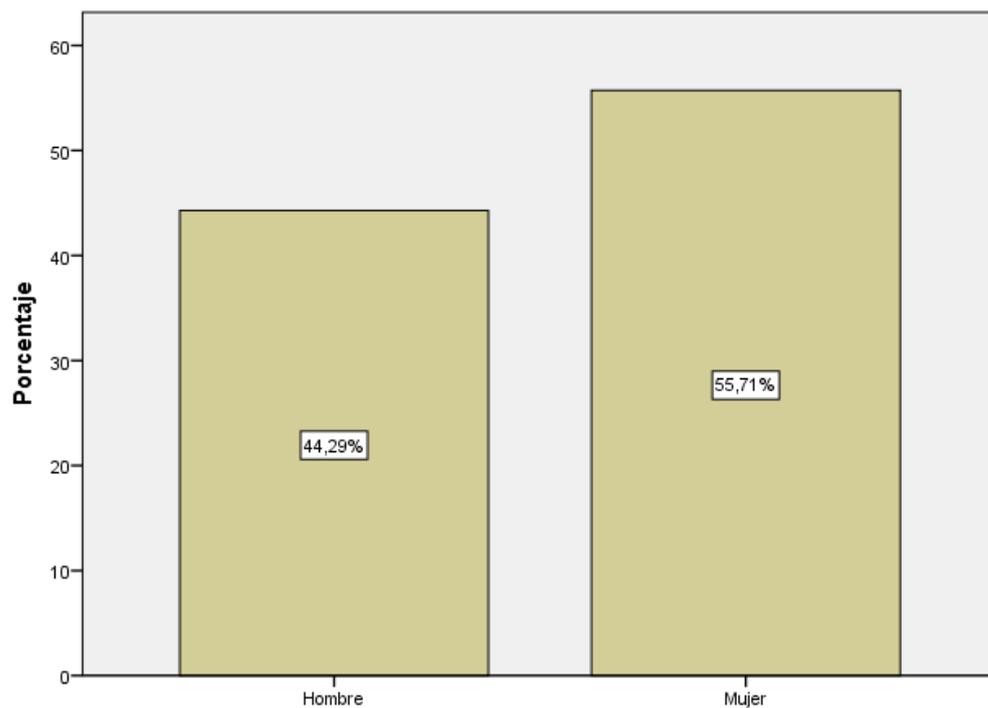


Figura 29: Sexo de los participantes ateos

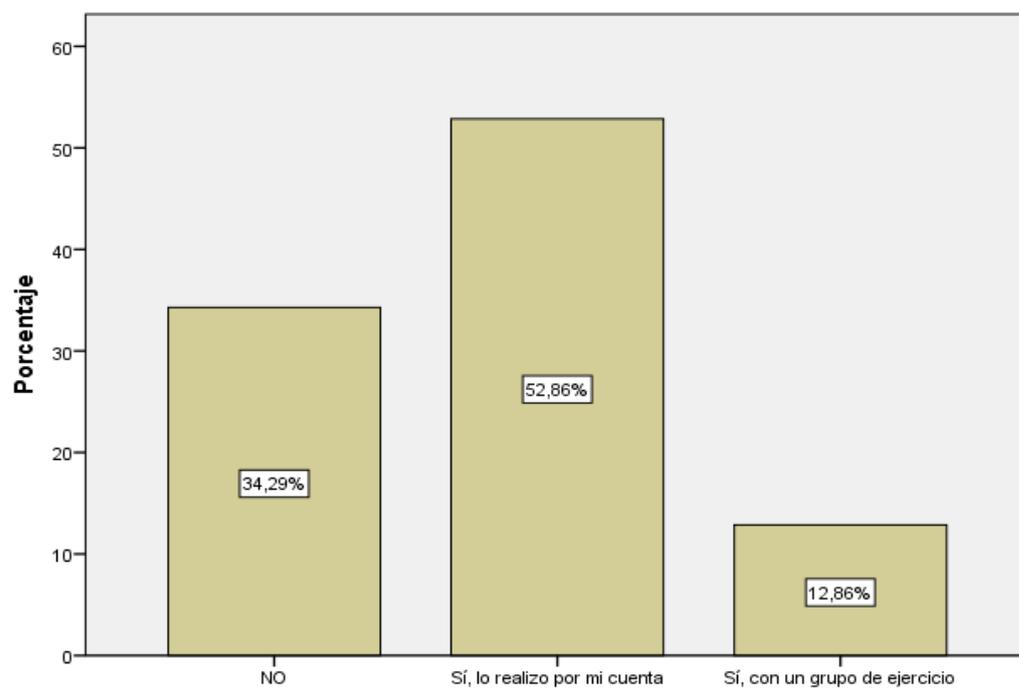


Figura 30: Respuestas de los participantes ateos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de programa de ejercicios?

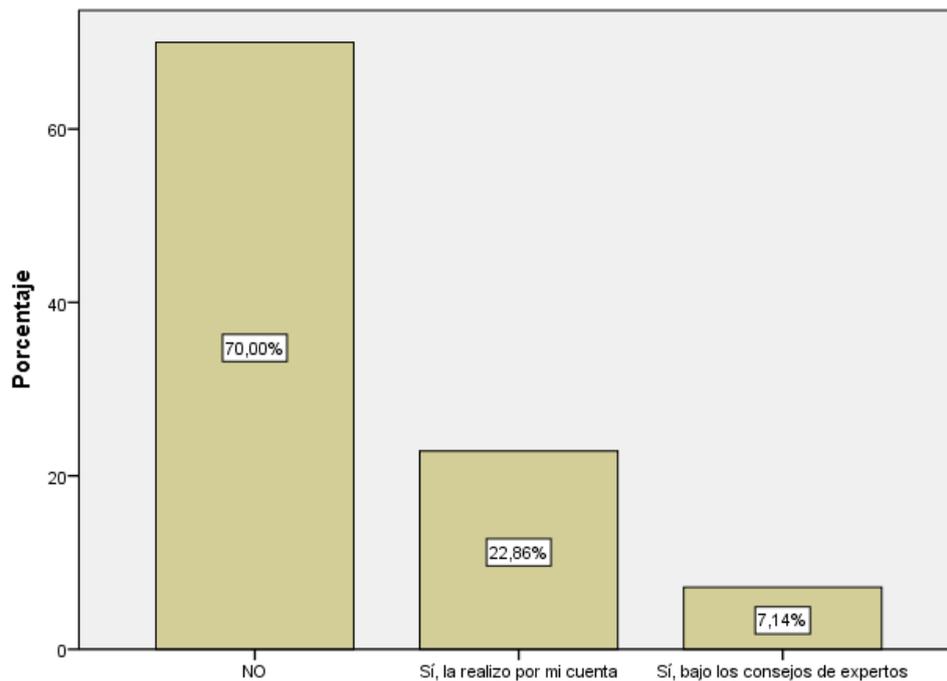


Figura 31: Respuestas de los participantes ateos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de dieta?

La distribución del sexo en los participantes que se identifican como *cristianos* puede ser vista en la Figura 32.

La conducta del *consumo de tabaco* en cristianos está presente en la Tabla 12. La Tabla 13 recoge la conducta de *consumo de bebidas alcohólicas*, mientras que la Tabla 14 recoge la conducta de *consumo de drogas ilegales* en los participantes cristianos.

En el caso de los cristianos que realizan algún programa de *ejercicio*, un 52,2 % lo realizan por su propia cuenta (Figura 33). Y son un porcentaje del 25,0 % los que realizan algún tipo de *dieta* por su cuenta (Figura 34).

Tabla 12: Participantes cristianos que fuman

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	16	23,5	23,9	23,9
	No	51	75,0	76,1	100,0
	Total	67	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,5		
Total		68	100,0		

Tabla 13: Participantes cristianos que consumen bebidas alcohólicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	37	54,4	54,4	54,4
	No	31	45,6	45,6	100,0
	Total	68	100,0	100,0	

Tabla 14: Participantes cristianos que consumen algún tipo de droga ilegal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	4	5,9	5,9	5,9
	No	64	94,1	94,1	100,0
	Total	68	100,0	100,0	

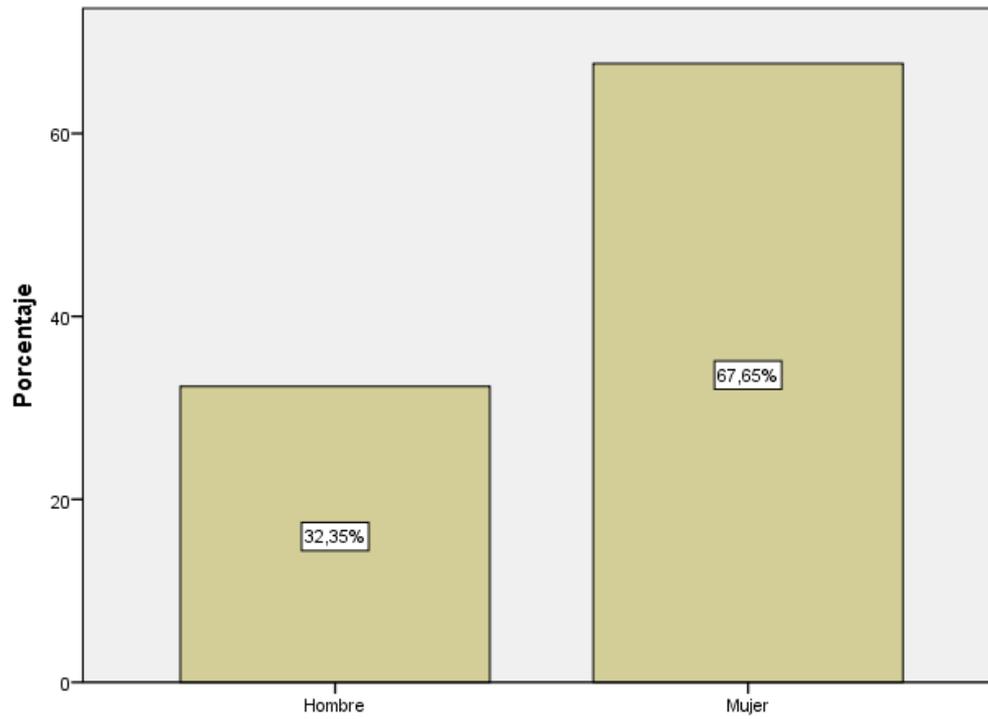


Figura 32: Sexo de los participantes cristianos

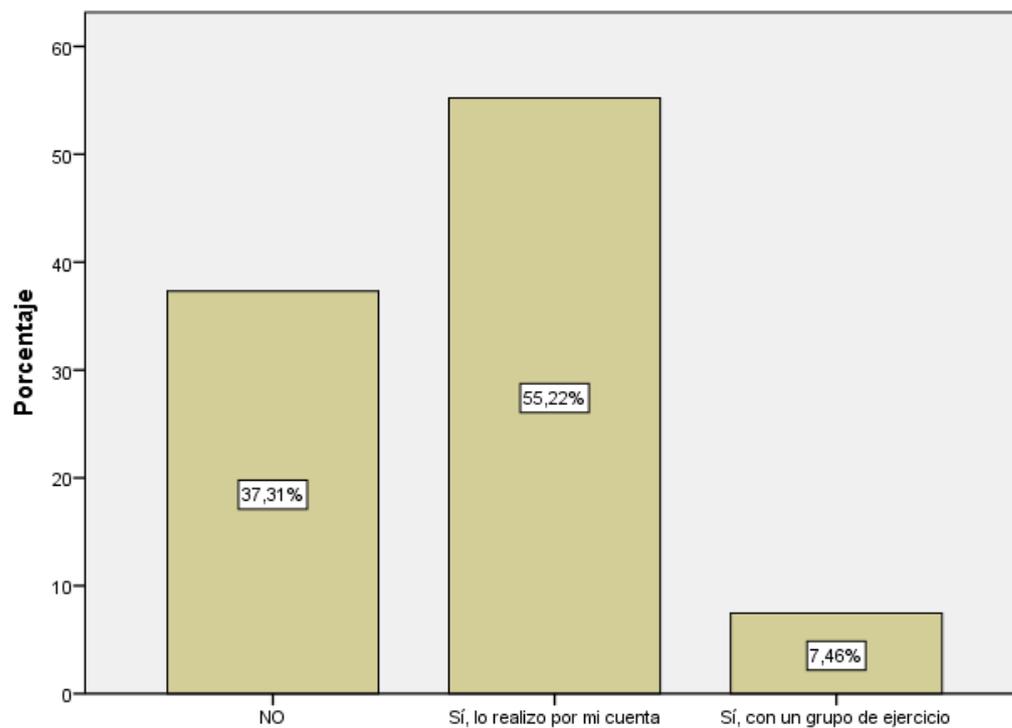


Figura 33: Respuestas de los participantes cristianos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de programa de ejercicio?

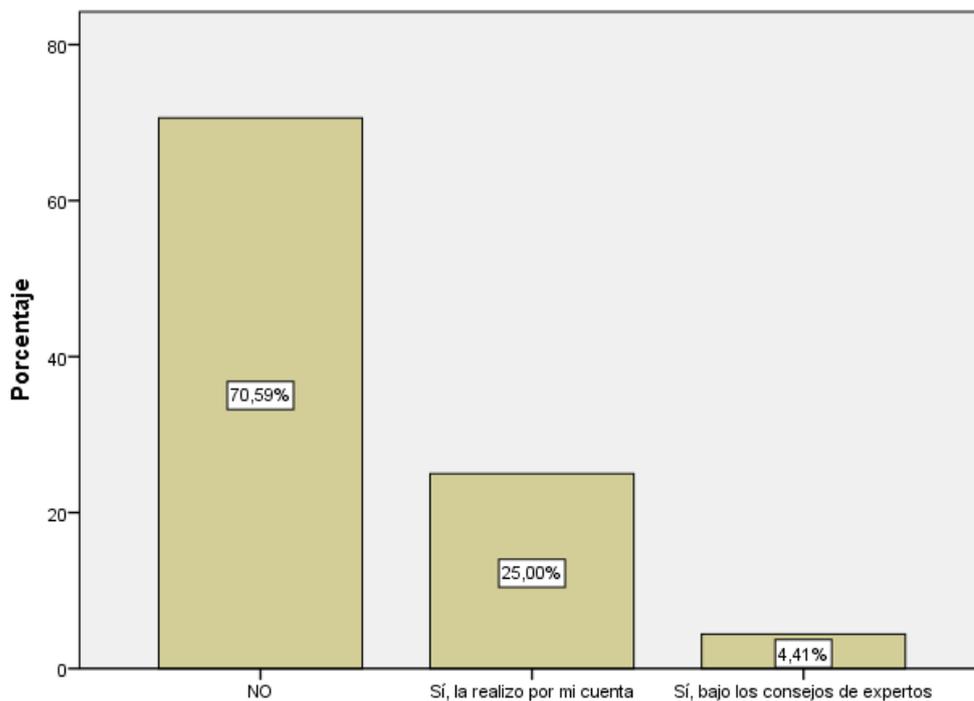


Figura 34: Respuestas de los participantes cristianos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de dieta?

En el grupo *agnóstico* su distribución por sexo está recogida en la Figura 35. Con respecto a la conducta relativa al *consumo de tabaco*, las respuestas están recogidas en la Tabla 15, para la conducta de *consumo de bebidas alcohólicas* los resultados se observan en la Tabla 16, y en lo relativo al *consumo de drogas ilegales*, la Tabla 17 muestra cómo se reparten los participantes agnósticos.

Aquellos agnósticos que realizan algún tipo de programa de *ejercicio* por su cuenta representan un 50,0 % (Figura 36). Y, aquellos que realizan algún tipo de *dieta* por su cuenta representa un porcentaje del 15,6 % (Figura 37).

Tabla 15: Participantes agnósticos que fuman

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	10	31,3	31,3	31,3
	No	22	68,8	68,8	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

Tabla 16: Participantes agnósticos que consumen bebidas alcohólicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	26	81,3	83,9	83,9
	No	5	15,6	16,1	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

Tabla 17: Participantes agnósticos que consumen algún tipo de droga ilegal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	6	18,8	19,4	19,4
	No	25	78,1	80,6	100,0
	Total	31	96,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	3,1		
Total		32	100,0		

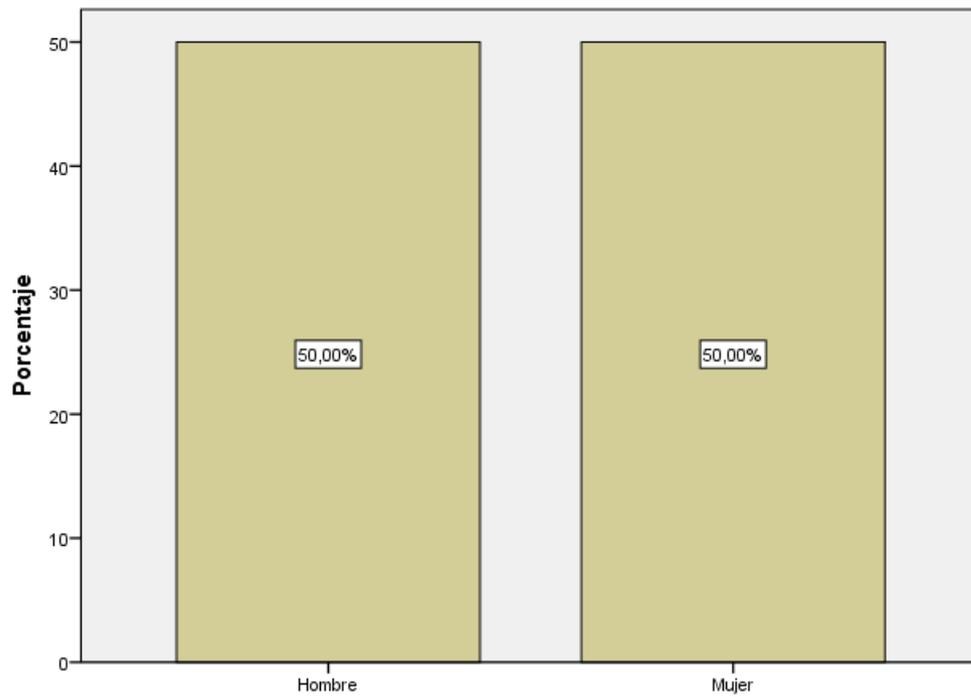


Figura 35: Sexo de los participantes agnósticos

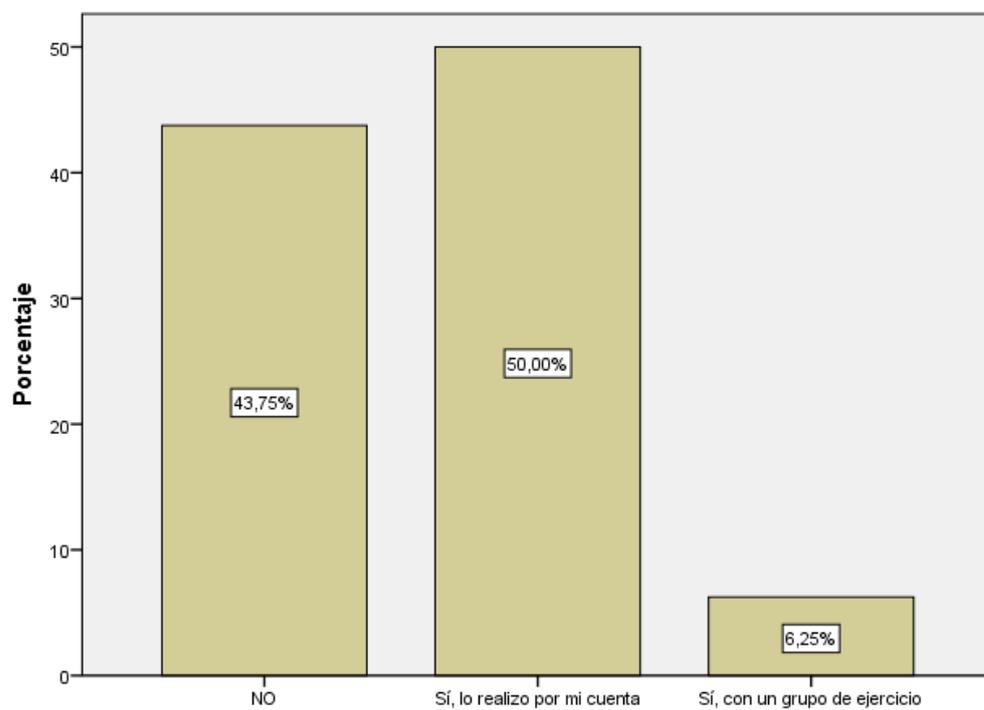


Figura 36: Respuestas de los participantes agnósticos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de programa de ejercicios?

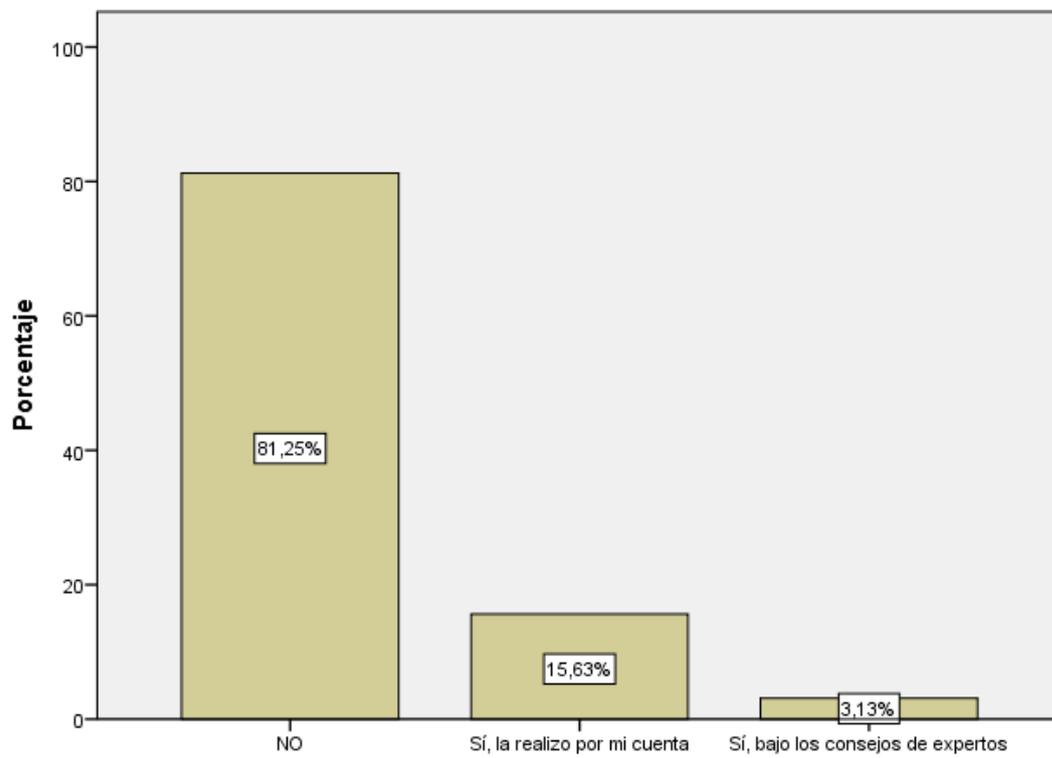


Figura 37: Respuestas de los participantes agnósticos a la pregunta ¿Realiza usted algún tipo de dieta?

II. Inferenciales

El primer análisis inferencial realizado fue la medición de la consistencia de los ítems destacados dentro de cada uno de los cuestionarios empleados, todos ellos especificados en el apartado de método. La consistencia interna fue medida mediante el uso del alfa de Cronbach, que asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988), cuyos resultados pueden ser analizados en las Tablas 18, 19 y 20 para el caso de los participantes *crístianos*, y en las Tablas 21, 22 (Anexo II) y 23 para el caso de los participantes *ateos y agnósticos*.

Tabla 18: Índice de fiabilidad de Cronbach para las preguntas del Beliefs and Values Scale

	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
Alfa de Cronbach	,880	10

Tabla 21: índice de fiabilidad para las preguntas del Rejection of Christianity Scale

	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
Alfa de Cronbach	,758	10

Tabla 19: Correlaciones entre elementos entre elementos preguntas del Beliefs and Values Scale

	Soy una persona espiritual	Creo que poseo espíritu o alma y que puede sobrevivir a mi muerte	Creo que Dios es una presencia omnipresente	Creo en la vida después de la muerte	Soy una persona religiosa	Las ceremonias religiosas son importantes para mi	Cumplo con la asistencia a mis oficios religiosos	Creo que existe un cielo
Soy una persona espiritual	1,000	,478	,352	,515	,390	,386	,332	,540
Creo que poseo espíritu o alma y que puede sobrevivir a mi muerte	,478	1,000	,325	,680	,285	,360	,159	,434
Creo que Dios es una presencia omnipresente	,352	,325	1,000	,377	,394	,432	,423	,480
Creo en la vida después de la muerte	,515	,680	,377	1,000	,154	,215	,117	,468
Soy una persona religiosa	,390	,285	,394	,154	1,000	,640	,590	,318
Las ceremonias religiosas son importantes para mi	,386	,360	,432	,215	,640	1,000	,669	,413
Cumplo con la asistencia a mis oficios religiosos	,332	,159	,423	,117	,590	,669	1,000	,426
Creo que existe un cielo	,540	,434	,480	,468	,318	,413	,426	1,000
Creo que rezar tiene valor	,414	,238	,488	,245	,529	,620	,624	,535
Creo que existe un dios	,466	,298	,639	,313	,648	,593	,452	,477

Tabla 20: Estadísticas total del elemento preguntas del Beliefs and Values Scale

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Soy una persona espiritual	25,81	35,709	,613	,454	,869
Creo que poseo espíritu o alma y que puede sobrevivir a mi muerte	25,35	35,605	,512	,556	,876
Creo que Dios es una presencia omnipresente	26,01	35,477	,613	,500	,868
Creo en la vida después de la muerte	25,38	35,673	,474	,561	,879
Soy una persona religiosa	25,82	35,461	,622	,593	,868
Las ceremonias religiosas son importantes para mi	25,40	32,213	,686	,632	,863
Cumplo con la asistencia a mis oficios religiosos	24,62	34,508	,599	,585	,869
Creo que existe un cielo	25,56	33,683	,648	,502	,866
Creo que rezar tiene valor	25,91	34,320	,673	,554	,864
Creo que existe un dios	26,24	35,615	,698	,649	,864

Tabla 23: Estadísticas de total de elemento para las preguntas del Rejection of Christianity Scale

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
La religión está fuera de mis experiencias e intereses	16,28	26,160	,403	,289	,740
No creo en un dios personal	16,59	27,667	,389	,301	,743
No creo que exista ninguna vida después de la muerte	16,05	25,554	,411	,286	,740
La iglesia no debería de dictaminar una forma de vida ni un código moral para todo el mundo	16,52	28,046	,279	,210	,755
Los sermones de la iglesia son una pérdida de tiempo	16,31	24,895	,619	,526	,712
Si existe un dios quiero evidencias que me ayuden a creer	15,86	26,062	,293	,103	,762
Ir a la iglesia es un ritual sin sentido	15,99	24,629	,509	,442	,724
La mayoría de las personas religiosas son hipócritas que no practican lo que creen	15,81	26,859	,329	,213	,751
Las religiones no me han ayudado en conseguir ideas satisfactorias sobre dios	16,42	25,545	,544	,400	,722
La iglesia no es moderna y no me atrae	16,28	25,356	,503	,350	,726

El siguiente punto del análisis inferencial consistió en la realización del procedimiento de residuos tipificados corregidos de la prueba de tablas cruzadas, enfrentando al grupo de no religiosos (compuesto por *ateos* y *agnósticos*) frente al grupo de religiosos (*cristianos*) en su relación con las variables *consumo de tabaco* (Tabla 24, 2,2 frente a -2,2, $p < 0,05$), *consumo de bebidas alcohólicas* (Tabla 25, 4,1 frente a -4,1, $p < 0,01$) y *consumo de drogas* (Tabla 26, 3,3 frente a -3,3, $p < 0,01$), *ejercicio* (Tabla 27 ,0 frente a ,0, $p > 0,05$) y *dieta* (Tabla 28 -,4 frente a ,4, $p > 0,05$).

A razón de estos resultados se ha querido comprobar si la congruencia en las variables *consumo de tabaco*, *consumo de bebidas alcohólicas*, *consumo de drogas ilegales*, *ejercicio* y *dieta*, es la misma dentro de cada grupo particular empleado en la variable *religión*.

Para ello se centra la atención en los llamados *índice de practicancia* y *el índice de ateísmo*. El primer análisis realizado sobre ellos consistió en la prueba de ajuste de bondad de Kolmogorov-Smirnov (Kolmogorov, 1933) con motivo de contrastar la hipótesis nula de que la distribución de estas dos variables se ajustan a una distribución teórica de probabilidad.

Para el *índice de practicancia*, es decir participantes *cristianos*, la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra arroja una significación de $p < 0,05$ (Tabla 29). Se ha de concluir entonces sobre las pruebas no paramétricas puesto que no existe una distribución normal.

En el caso del *índice de ateísmo* la prueba de Kolmogorov-Smirnov se obtiene $P < 0,01$ (Tabla 30), teniendo que concluir, nuevamente, sobre las pruebas no paramétricas.

Tabla 24: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿Es usted fumador? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Es usted fumador?		
		Sí	No	Total
Ateos y agnósticos	Recuento	41	61	102
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	40,2%	59,8%	100,0%
	% dentro de ¿Es usted fumador?	71,9%	54,5%	60,4%
	% del total	24,3%	36,1%	60,4%
	Residuo Corregido	2,2	-2,2	
Cristianos	Recuento	16	51	67
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	23,9%	76,1%	100,0%
	% dentro de ¿Es usted fumador?	28,1%	45,5%	39,6%
	% del total	9,5%	30,2%	39,6%
	Residuo Corregido	-2,2	2,2	
Total	Recuento	57	112	169
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	33,7%	66,3%	100,0%
	% del total	33,7%	66,3%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
	4,816 ^a	1	,028	
Corrección de Continuidad ^b	4,114	1	,043	
Estimación de riesgo				
		Valor	Intervalo de confianza de 95% Inferior	Superior
Para cohorte ¿Es usted Fumador? = Sí		1,683	1,033	2,744

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 25: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿consume usted bebidas alcohólicas? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Consume usted bebidas alcohólicas?		
		Sí	No	Total
Ateos y agnósticos	Recuento	84	17	101
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	83,2%	16,8%	100,0%
	% dentro de ¿Consume usted bebidas alcohólicas?	69,4%	35,4%	59,8%
	% del total	49,7%	10,1%	59,8%
	Residuo Corregido	4,1	-4,1	
Cristianos	Recuento	37	31	68
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	54,4%	45,6%	100,0%
	% dentro de ¿Consume usted bebidas alcohólicas?	30,6%	64,6%	40,2%
	% del total	21,9%	18,3%	40,2%
	Residuo Corregido	-4,1	4,1	
Total	Recuento	121	48	169
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	71,6%	28,4%	100,0%
	% del total	71,6%	28,4%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	16,526 ^a	1	,000	
Corrección de Continuidad ^b	15,142	1	,000	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Consume usted bebidas alcohólicas? = Sí	1,528	1,209	1,933	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 26: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?
Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?		
		Sí	No	Total
Ateos y agnósticos	Recuento	26	75	101
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	25,7%	74,3%	100,0%
	% dentro de ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?	86,7%	54,0%	59,8%
	% del total	15,4%	44,4%	59,8%
	Residuo Corregido	3,3	-3,3	
Cristianos	Recuento	4	64	68
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	5,9%	94,1%	100,0%
	% dentro de ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?	13,3%	46,0%	40,2%
	% del total	2,4%	37,9%	40,2%
	Residuo Corregido	-3,3	3,3	
Total	Recuento	30	139	169
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	17,8%	82,2%	100,0%
	% del total	17,8%	82,2%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	10,979 ^a	1	,001	
Corrección de Continuidad ^b	9,661	1	,002	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? = Sí	4,376	1,599	11,977	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 27: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?		
		Sí	No	Total
Ateos y agnósticos	Recuento	64	38	102
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	62,7%	37,3%	100,0%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?	60,4%	60,3%	60,4%
	% del total	37,9%	22,5%	60,4%
	Residuo Corregido	,0	,0	
Cristianos	Recuento	42	25	67
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	62,7%	37,3%	100,0%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?	39,6%	39,7%	39,6%
	% del total	24,9%	14,8%	39,6%
	Residuo Corregido	,0	,0	
Total	Recuento	106	63	169
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	62,7%	37,3%	100,0%
	% del total	62,7%	37,3%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
	,000 ^a	1	,994	
Corrección de Continuidad ^b	,000	1	1,000	
Estimación de riesgo				
		Valor	Intervalo de confianza de 95%	
			Inferior	Superior
Para cohorte ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? = Sí		1,001	,789	1,269

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 28: Tabla cruzada ateos y agnósticos frente a cristianos ¿Realiza usted algún tipo de dieta? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Realiza usted algún tipo de dieta?		
		Sí	No	Total
Ateos y agnósticos	Recuento	27	75	102
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	26,5%	73,5%	100,0%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	57,4%	61,0%	60,0%
	% del total	15,9%	44,1%	60,0%
	Residuo Corregido	-,4	,4	
Cristianos	Recuento	20	48	68
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	29,4%	70,6%	100,0%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	42,6%	39,0%	40,0%
	% del total	11,8%	28,2%	40,0%
	Residuo Corregido	,4	-,4	
Total	Recuento	47	123	170
	% dentro de Religión ateos más agnósticos	27,6%	72,4%	100,0%
	% del total	27,6%	72,4%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
Chi-cuadrado de Pearson	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
	,176 ^a	1	,674	
Corrección de Continuidad ^b	,060	1	,806	
Estimación de riesgo				
		Valor	Intervalo de confianza de 95%	
			Inferior	Superior
Para cohorte ¿Realiza usted algún tipo de dieta? = Sí		,900	,551	1,469

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 29: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra para el índice de practicancia

		Índice de practicancia
N		68
Parámetros normales ^{a,b}	Media	31,54
	Desviación estándar	6,514
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,108
	Positivo	,108
	Negativo	-,065
Estadístico de prueba		,108
Sig. asintótica (bilateral)		,046 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Tabla 30: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra para el índice de ateísmo

		Índice de practicancia
N		98
Parámetros normales ^{a,b}	Media	41,99
	Desviación estándar	5,599
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,123
	Positivo	,076
	Negativo	-,123
Estadístico de prueba		,123
Sig. asintótica (bilateral)		,001 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Se ha empleado la prueba U de Mann-Whitney como procedimiento de pruebas no paramétricas ya que el requisito de normalidad no se cumple.

En el caso de la relación del *índice de practicancia* y la variable *consumo de tabaco* puede observarse en las Tablas 31 y 32. La relación de dicho índice con la variable *consumo de bebidas alcohólicas* está presente en las Tablas 33 y 34. Y, por último, la relación con la variable *consumo de drogas ilegales* puede ser observada en las Tablas 35 y 36. Para la variable *ejercicio* puede observarse la relación en las Tablas 37 y 38. Y para la variable *dieta* en las Tablas 39 y 40.

Tabla 31: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable consumo de tabaco

	Índice de practicancia
U de Mann-Whitney	328,500
W de Wilcoxon	464,500
Z	-1,172
Sig. asintótica (bilateral)	,241

a. Variable de agrupación: ¿Es usted Fumador?

Tabla 32: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable consumo de tabaco

		Índice de practicancia
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,260
	Positivo	,098
	Negativo	-,260
Z de Kolmogorov-Smirnov		,907
Sig. asintótica (bilateral)		,384

a. Variable de agrupación: ¿Es usted Fumador?

Tabla 33: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable consumo de bebidas alcohólicas

	Índice de practicancia
U de Mann-Whitney	539,000
W de Wilcoxon	1242,000
Z	-,426
Sig. asintótica (bilateral)	,670

a. Variable de agrupación: ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

Tabla 34: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable consumo de bebidas alcohólicas

		Índice de practicancia
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,167
	Positivo	,167
	Negativo	-,134
Z de Kolmogorov-Smirnov		,684
Sig. asintótica (bilateral)		,738

a. Variable de agrupación: ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

Tabla 35: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable consumo de drogas

	Índice de practicancia
U de Mann-Whitney	81,500
W de Wilcoxon	91,500
Z	-1,215
Sig. asintótica (bilateral)	,224
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,236 ^b

a. Variable de agrupación: ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?

b. No corregido para empates.

Tabla 36: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable consumo de drogas

		Índice de practicancia
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,516
	Positivo	,094
	Negativo	-,516
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,000
Sig. asintótica (bilateral)		,270

a. Variable de agrupación: ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?

Tabla 37: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable ejercicio

		Índice de practicancia
U de Mann-Whitney		472,500
W de Wilcoxon		1375,500
Z		-,930
Sig. asintótica (bilateral)		,352

a. Variable de agrupación: ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?

Tabla 38: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable ejercicio

		Índice de practicancia
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,282
	Positivo	,282
	Negativo	-,106
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,130
Sig. asintótica (bilateral)		,155

a. Variable de agrupación: ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?

Tabla 39: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de practicancia y variable dieta

	Índice de practicancia
U de Mann-Whitney	402,000
W de Wilcoxon	633,000
Z	-1,334
Sig. asintótica (bilateral)	,182

a. Variable de agrupación: ¿Realiza usted algún tipo de dieta?

Tabla 40: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de practicancia y variable dieta

		Índice de practicancia
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,185
	Positivo	,021
	Negativo	-,185
Z de Kolmogorov-Smirnov		,705
Sig. asintótica (bilateral)		,702

a. Variable de agrupación: ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?

La prueba U de Mann-Whitney también fue realizada para comprobar la relación entre el *índice de ateísmo* y la variable *consumo de tabaco* (Tablas 41 y 42), junto con la variable *consumo de bebidas alcohólicas* (Tablas 43 y 44), para la variable *consumo de drogas ilegales* (Tablas 45 y 46), y, por último, para las variables *ejercicio* (Tablas 47 y 48) y *dieta* (Tablas 49 y 50).

Tabla 41: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de ateísmo y variable consumo de tabaco

	Índice de Ateísmo
U de Mann-Whitney	972,000
W de Wilcoxon	1675,000
Z	-1,150
Sig. asintótica (bilateral)	,250

a. Variable de agrupación: ¿Es usted Fumador?

Tabla 42: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de tabaco

		Índice de Ateísmo
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,185
	Positivo	,034
	Negativo	-,185
Z de Kolmogorov-Smirnov		,887
Sig. asintótica (bilateral)		,411

a. Variable de agrupación: ¿Es usted Fumador?

Tabla 43: Estadísticos de prueba Mann-Whitney para índice de ateísmo y variable consumo de bebidas alcohólicas

	Índice de Ateísmo
U de Mann-Whitney	636,000
W de Wilcoxon	3957,000
Z	-,117
Sig. asintótica (bilateral)	,907

a. Variable de agrupación: ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

Tabla 44: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de bebidas alcohólicas

		Índice de Ateísmo
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,097
	Positivo	,097
	Negativo	-,033
Z de Kolmogorov-Smirnov		,355
Sig. asintótica (bilateral)		1,000

a. Variable de agrupación: ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

Tabla 45: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de drogas

		Índice de Ateísmo
U de Mann-Whitney		579,000
W de Wilcoxon		879,000
Z		-2,559
Sig. asintótica (bilateral)		,011

a. Variable de agrupación: ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?

Tabla 46: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de drogas

		Índice de Ateísmo
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,328
	Positivo	,000
	Negativo	-,328
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,395
Sig. asintótica (bilateral)		,041

a. Variable de agrupación: ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?

Tabla 47: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable ejercicio

	Índice de Ateísmo
U de Mann-Whitney	1046,000
W de Wilcoxon	1712,000
Z	-,517
Sig. asintótica (bilateral)	,605

a. Variable de agrupación: ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?

Tabla 48: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable consumo de drogas

		Índice de Ateísmo
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,107
	Positivo	,069
	Negativo	-,107
Z de Kolmogorov-Smirnov		,509
Sig. asintótica (bilateral)		,958

a. Variable de agrupación: ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?

Tabla 49: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable dieta

	Índice de Ateísmo
U de Mann-Whitney	727,000
W de Wilcoxon	3428,000
Z	-1,515
Sig. asintótica (bilateral)	,130

a. Variable de agrupación: ¿Realiza usted algún tipo de dieta?

Tabla 50: Estadísticos de prueba Kolmogorov-Smirnov de dos muestras para índice de ateísmo y variable dieta

		Índice de Ateísmo
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,285
	Positivo	,285
	Negativo	-,052
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,230
Sig. asintótica (bilateral)		,097

a. Variable de agrupación: ¿Realiza usted algún tipo de dieta?

A razón de estos resultados se ha tratado de comprobar si el mismo efecto es congruente dentro de las propias variables de *religión*. Para ello se empleó el procedimiento de residuos tipificados corregidos para el *índice de practicancia*, en su división de *practicantes* y *no practicantes*, en relación con las variables *consumo de tabaco* (Tabla 51), *consumo de bebidas alcohólicas* (Tabla 52), *consumo de drogas ilegales* (Tabla 53), *ejercicio* (Tabla 54) y *dieta* (Tabla 55).

La misma relación quiso comprobarse en el *índice de ateísmo*, sus dos niveles *más ateos* y *menos ateos*, junto a las variables *consumo de tabaco* (Tabla 56), *consumo de bebidas alcohólicas* (Tabla 57), *consumo de drogas ilegales* (Tabla 58), *ejercicio* (Tabla 59) y *dieta* (Tabla 60).

Tabla 51: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Es usted fumador? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Es usted fumador?		
		Sí	No	Total
Practicantes	Recuento	7	31	38
	% dentro de practicantes vs no practicantes	18,4%	81,6%	100%
	% dentro de ¿Es usted fumador?	43,8%	60,8%	56,7%
	% del total	10,4%	46,3%	56,7%
	Residuo Corregido	-1,2	1,2	
No practicantes	Recuento	9	20	29
	% dentro de practicantes vs no practicantes	31,0%	69,0%	100,0%
	% dentro de ¿Es usted fumador?	56,3%	39,2%	43,3%
	% del total	13,4%	29,9%	43,3%
	Residuo Corregido	1,2	-1,2	
Total	Recuento	16	51	67
	% dentro de practicantes vs no practicantes	23,9%	76,1%	100,0%
	% del total	23,9%	76,1%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	1,440 ^a	1	,230	
Corrección de Continuidad ^b	,829	1	,362	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Es usted Fumador? = Sí	,594	,251	1,405	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 52: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Consume usted bebidas alcohólicas?		
		Sí	No	Total
Practicantes	Recuento	20	18	38
	% dentro de practicantes vs no practicantes	52,6%	47,4%	100%
	% dentro de ¿Consume usted bebidas alcohólicas?	54,1%	58,1%	55,9%
	% del total	29,4%	26,5%	55,9%
	Residuo Corregido	-,3	,3	
No practicantes	Recuento	17	13	30
	% dentro de practicantes vs no practicantes	56,7%	43,3%	100,0%
	% dentro de ¿Consume usted bebidas alcohólicas?	45,9%	41,9%	44,1%
	% del total	25,0%	19,1%	44,1%
	Residuo Corregido	,3	-,3	
Total	Recuento	37	31	68
	% dentro de practicantes vs no practicantes	54,4%	45,6%	100,0%
	% del total	54,4%	45,6%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	,110 ^a	1	,740	
Corrección de Continuidad ^b	,007	1	,931	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Consume usted bebidas alcohólicas? = Sí	,929	,601	1,434	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 53: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?		
		Sí	No	Total
Practicantes	Recuento	1	37	38
	% dentro de practicantes vs no practicantes	2,6%	97,4%	100%
	% dentro de ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?	25,0%	57,8%	55,9%
	% del total	1,5%	54,4%	55,9%
	Residuo Corregido	-1,3	1,3	
No practicantes	Recuento	3	27	30
	% dentro de practicantes vs no practicantes	10,0%	90,0%	100,0%
	% dentro de ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?	75,0%	42,2%	44,1%
	% del total	4,4%	39,7%	44,1%
	Residuo Corregido	1,3	-1,3	
Total	Recuento	4	64	68
	% dentro de practicantes vs no practicantes	5,9%	94,1%	100,0%
	% del total	5,9%	94,1%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	1,644 ^a	1	,200	
Corrección de Continuidad ^b	,583	1	,445	
Estimación de riesgo				
		Valor	Intervalo de confianza de 95%	
			Inferior	Superior
Para cohorte % dentro de ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? = Sí		,263	,029	2,404

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 54: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?		
		Sí	No	Total
Practicantes	Recuento	23	15	38
	% dentro de practicantes vs no practicantes	60,5%	39,5%	100%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?	54,8%	60,0%	56,7%
	% del total	34,3%	22,4%	56,7%
	Residuo Corregido	-,4	,4	
No practicantes	Recuento	19	10	29
	% dentro de practicantes vs no practicantes	65,5%	34,5%	100,0%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?	45,2%	40,0%	43,3%
	% del total	28,4%	14,9%	43,3%
	Residuo Corregido	,4	-,4	
Total	Recuento	42	25	67
	% dentro de practicantes vs no practicantes	62,7%	37,3%	100,0%
	% del total	62,7%	37,3%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	,175 ^a	1	,676	
Corrección de Continuidad ^b	,027	1	,870	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? = Sí	,924	,639	1,335	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 55: Tabla cruzada practicantes frente a no practicantes ¿Realiza usted algún tipo de dieta? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Realiza usted algún tipo de dieta?		
		Sí	No	Total
Practicantes	Recuento	9	29	38
	% dentro de practicantes vs no practicantes	23,7%	76,3%	100%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	45,0%	60,4%	55,9%
	% del total	13,2%	42,6%	55,9%
	Residuo Corregido	-1,2	1,2	
No practicantes	Recuento	11	19	30
	% dentro de practicantes vs no practicantes	36,7%	63,3%	100,0%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	55,0%	39,6%	44,1%
	% del total	16,2%	27,9%	44,1%
	Residuo Corregido	1,2	-1,2	
Total	Recuento	20	48	68
	% dentro de practicantes vs no practicantes	29,4%	70,6%	100,0%
	% del total	29,4%	70,6%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	1,361 ^a	1	,243	
Corrección de Continuidad ^b	,808	1	,369	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Realiza usted algún tipo de dieta? = Sí	,646	,308	1,353	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 56: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Es usted fumador? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Es usted fumador?		
		Sí	No	Total
Más ateos	Recuento	15	36	51
	% dentro de practicantes vs no practicantes	29,4%	70,6%	100%
	% dentro de ¿Es usted fumador?	40,5%	59,0%	52,0%
	% del total	15,3%	36,7%	52,0%
	Residuo Corregido	-1,8	1,8	
Menos ateos	Recuento	22	25	47
	% dentro de practicantes vs no practicantes	46,8%	53,2%	100,0%
	% dentro de ¿Es usted fumador?	59,5%	41,0%	48,0%
	% del total	22,4%	25,5%	48,0%
	Residuo Corregido	1,8	-1,8	
Total	Recuento	37	61	98
	% dentro de practicantes vs no practicantes	37,8%	62,2%	100,0%
	% del total	37,8%	62,2%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	3,150 ^a	1	,076	
Corrección de Continuidad ^b	2,453	1	,117	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Es usted Fumador? = Sí	,628	,372	1,060	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 57: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Consume usted bebidas alcohólicas?		
		Sí	No	Total
Más ateos	Recuento	43	8	51
	% dentro de practicantes vs no practicantes	84,3%	15,7%	100%
	% dentro de ¿Consume usted bebidas alcohólicas?	53,1%	50,0%	52,6%
	% del total	44,3%	8,2%	52,6%
	Residuo Corregido	,2	-,2	
Menos ateos	Recuento	38	8	46
	% dentro de practicantes vs no practicantes	82,6%	17,4%	100,0%
	% dentro de ¿Consume usted bebidas alcohólicas?	46,9%	50,0%	47,4%
	% del total	39,2%	8,2%	47,4%
	Residuo Corregido	-,2	,2	
Total	Recuento	81	16	97
	% dentro de practicantes vs no practicantes	83,5%	16,5%	100,0%
	% del total	83,5%	16,5%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	,051 ^a	1	,821	
Corrección de Continuidad ^b	,000	1	1,000	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Consume usted bebidas alcohólicas? = Sí	1,021	,854	1,219	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 58: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?		
		Sí	No	Total
Más ateos	Recuento	7	44	51
	% dentro de practicantes vs no practicantes	13,7%	86,3%	100%
	% dentro de ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?	29,2%	59,5%	52,0%
	% del total	7,1%	44,9%	52,0%
	Residuo Corregido	-2,6	2,6	
Menos ateos	Recuento	17	30	47
	% dentro de practicantes vs no practicantes	36,2%	63,8%	100,0%
	% dentro de ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?	70,8%	40,5%	48,0%
	% del total	17,3%	30,6%	48,0%
	Residuo Corregido	2,6	-2,6	
Total	Recuento	24	74	98
	% dentro de practicantes vs no practicantes	24,5%	75,5%	100,0%
	% del total	24,5%	75,5%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	6,663 ^a	1	,010	
Corrección de Continuidad ^b	5,505	1	,019	
Estimación de riesgo				
		Valor	Intervalo de confianza de 95%	
			Inferior	Superior
Para cohorte % dentro de ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? = Sí		,379	,173	,833

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 59: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?		
		Sí	No	Total
Más ateos	Recuento	32	19	51
	% dentro de practicantes vs no practicantes	62,7%	37,3%	100%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?	51,6%	52,8%	52,0%
	% del total	32,7%	19,4%	52,0%
	Residuo Corregido	-,1	,1	
Menos ateos	Recuento	30	17	47
	% dentro de practicantes vs no practicantes	63,8%	36,2%	100,0%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio?	48,4%	47,2%	48,0%
	% del total	30,6%	17,3%	48,0%
	Residuo Corregido	,1	-,1	
Total	Recuento	62	36	98
	% dentro de practicantes vs no practicantes	63,3%	36,7%	100,0%
	% del total	63,3%	36,7%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	,012 ^a	1	,911	
Corrección de Continuidad ^b	,000	1	1,000	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Realiza usted algún tipo de ejercicio? = Sí	,983	,727	1,329	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Tabla 60: Tabla cruzada más ateos frente a menos ateos ¿Realiza usted algún tipo de dieta? Pruebas de chi-cuadrado y estimación de riesgo

		¿Realiza usted algún tipo de dieta?		
		Sí	No	Total
Más ateos	Recuento	15	36	51
	% dentro de practicantes vs no practicantes	29,4%	70,6%	100%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	60,0%	49,3%	52,0%
	% del total	15,3%	36,7%	52,0%
	Residuo Corregido	,9	-,9	
Menos ateos	Recuento	10	37	47
	% dentro de practicantes vs no practicantes	21,3%	78,7%	100,0%
	% dentro de ¿Realiza usted algún tipo de dieta?	40,0%	50,7%	48,0%
	% del total	10,2%	37,8%	48,0%
	Residuo Corregido	-,9	,9	
Total	Recuento	25	73	98
	% dentro de practicantes vs no practicantes	25,5%	74,5%	100,0%
	% del total	25,5%	74,5%	100,0%
Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	
Chi-cuadrado de Pearson	,852 ^a	1	,356	
Corrección de Continuidad ^b	,478	1	,490	
Estimación de riesgo				
	Valor	Intervalo de confianza de 95%		
		Inferior	Superior	
Para cohorte ¿Realiza usted algún tipo de dieta? = Sí	1,382	,690	2,770	

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 22,08.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Discusión y Conclusiones

La religiosidad es un constructo cuyo interés ha destacado en muchas investigaciones dentro de la psicología. Desde el ámbito de la psicología de la salud, la religiosidad ha sido tratada como otro posible elemento que puede poseer una influencia sobre el estatus de la misma. Una de las principales ramas que ha tratado de estudiar la importancia de los preceptos, normas, deseos, actitudes, etc, de las distintas religiones ha sido la llamada psicología de la religión y la espiritualidad. De entre algunos de sus objetivos, se destaca el tratar de conocer la posible influencia que los factores previamente señalizados tienen sobre la salud de las personas. El denominador común ha sido conocer cómo las religiones, no solo pretenden conseguir una mejora personal en el plano trascendental, sino también alcanzar una regulación o cohesión social. Y, contingentemente, una mejora en el plano de la salud.

Se ha pensado que la religiosidad y la espiritualidad, poseerlas, se constituye como otro constructo que favorece las conductas enfocadas a la salud. Es por ello que esta tesis se planteó como objetivo averiguar si el seguimiento de las reglas dictaminadas por una religión puede constituirse como elementos favorecedores que contribuyen al seguimiento, a su vez, de una serie de comportamientos que son beneficiosos para la salud. Para llevar a cabo la investigación de este trabajo, nos hemos basado en el análisis de conductas como el consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas, de drogas ilegales y en la realización de ejercicio y dieta, con el fin de detallar su actuación dentro de cada grupo religioso. Estos análisis serán los principales que nos permitan, además, poder comparar, unos con otros, los diversos grupos religiosos.

Los análisis obtenidos han sido divididos en dos apartados. Por un lado, los resultados de los análisis descriptivos y de frecuencia; por otro lado, los análisis inferenciales.

Si nos centramos en los análisis descriptivos, podemos resaltar una serie de datos:

En primer lugar, al fijarnos en las primeras tablas y figuras, puede decirse que se ha contado con personas de distintas poblaciones, sexos, edades, estado civil y nivel de estudios, conformando una muestra homogénea de toda la población. Se ha tratado de un estudio de campo, realizado a pie de calle. La información ha sido recogida mediante un cuestionario en formato papel, para el cual también se poseía con una versión *online* del mismo. Este último, ha permitido acceder a más diversidad poblacional, favoreciendo que el abanico de opiniones haya sido más amplio y representativo de las ideas y opiniones de la población general, de origen latino-hispano mayoritariamente.

Todos los participantes han respondido a las mismas preguntas, indiferentemente de la versión del cuestionario. Sin embargo, en este punto se puede resaltar que una serie de análisis, recogidos en los Anexos III, han medido las posibles diferencias existentes entre la versión papel y la versión *online* del cuestionario. A pesar de comprobar que existen diferencias en las principales variables con las que se trabajan en esta investigación, no se destaca un patrón concreto de explicación de dichas diferencias. Uno de los motivos a destacar sería la deseabilidad social, la cual estaría menos controlada en el caso del formato *online*.

La edad sí es una de las variables que presentan diferencias entre ambos tipos de cuestionario. Se halla una diferencia de diez años de edad entre las medias de los cuestionarios, siendo las personas que los rellenan *online* los más jóvenes. El Instituto Nacional de Estadística (2013) afirma los jóvenes españoles entre 16 y 24 años son los

que más usan Internet. La investigación objeto de análisis demuestra la presencia de un buen número de cuestionarios rellenos por estudiantes, por lo tanto, población joven. Para ellos el acceso al cuestionario fue más sencillo a través de un medio de uso diario y con un gran impacto en la vida cotidiana (Flores Vivar, 2014). Para el investigador, la versión online del cuestionario fue un modo de alcanzar las opiniones de un mayor número de personas, con ánimo de favorecer la diversidad y cubrir más el campo de estudio.

Un dato descriptivo que capta nuestra atención es el del nivel de estudios. Al fijarnos en su tabla correspondiente (Tabla 2, pág. 51), la unión de los porcentajes de los niveles *Bajo* y *Medio* en relación con el nivel de estudios *Universitarios* representan a casi toda la población de estudio. Conforme a este dato, se plantea la idea de que el nivel de educación podría ser un factor de influencia en la posesión de una determinada creencia religiosa. Los análisis representados en las Tablas de los Anexos IV muestran que aquellos participantes que se consideran cristianos poseen un mayor porcentaje total en niveles de estudios *Bajo* o *Medio*. Mientras que, por ejemplo, los agnósticos son los participantes que poseen mayores niveles de estudios *Universitarios*. No obstante, no se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos analizados.

Esta diferenciación no ha sido objeto de estudio en esta investigación, pero puede marcar la pauta para análisis posteriores que permitan comprobar estas ideas. Zuckerman (2007), a través de los datos de Norris e Inglehart (2004), realizó una revisión en busca de patrones crecientes de ateísmo en toda una serie de poblaciones mundiales. En la introducción de esta tesis ya se menciona, de acuerdo con este mismo autor, que son entre 500 y 750 millones de personas más las que pasan a considerarse ateos en todo el mundo. Su revisión le permite elaborar una lista donde puede comprobarse que ciudades como Holanda o Suiza se encuentran entre las más

saludables, con mejores niveles educativos y cuyas creencias son fundamentalmente ateas. El acceso y el fomento de una educación estable desde la niñez de las personas pueden marcar una pauta que relacione el nivel de estudios y la identificación religiosa, una línea de investigación que podría trazarse para futuros estudios.

Una vez recogidas las variables demográficas, las primeras a completar en el cuestionario, se pasa al análisis descriptivo de las principales variables relacionadas con la salud, es decir, la medición de sustancias psicoactivas. En ellas podemos diferenciar las legales como el tabaco y el alcohol, e ilegales tales como la marihuana, cannabis, cocaína, heroína, etc. Los efectos perjudiciales sobre la salud que presentan todas y cada una de ellas son bien conocidos por todo el mundo (Lorenzo, 2009; WHO, 2004; Lloyd, 1998)... Es sumamente frecuente el bombardeo de comunicación, a través de los diversos medios existentes, de los problemas que conllevan un consumo excesivo de las mismas y sus correspondientes efectos nocivos.

Al fijar la atención en la Tabla 4 se comprueba que el *consumo de alcohol* es la variable que presenta los índices de mayor consumo. Esto concuerda en gran medida con la Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas de la Delegación del Gobierno sobre el Plan Nacional de Drogas, la cual establece que el alcohol es, dentro de las sustancias psicoactivas legales, la más consumida seguida del consumo de tabaco. Nuestros datos siguen una consonancia igual por la que el tabaco también se muestra como la segunda sustancia legal más consumida. Los datos de la encuesta nacional sobre drogas, así como otros informes como el realizado por la OMS en 2005 (WHO, 2005), resaltan que son los hombres los que poseen mayores niveles en el consumo de sustancias psicoactivas. Estos resultados se corroboran en otros estudios como el del Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura o "Proyecto Genacis" (2004).

Los datos de esta tesis constatan que para el *consumo de bebidas alcohólicas* hombres y mujeres presentan porcentajes similares, mientras que, para el *consumo de tabaco* son las mujeres las que más lo llevan a cabo. De acuerdo a Nerín de la Puerta y Jané Checa (2007), en la actualidad, no existen diferencias en los motivos del inicio al consumo de tabaco en España. La incorporación masiva de las mujeres a dicho consumo tuvo inicio en los años setenta, destacando aquellas que estaban dentro de los ámbitos universitarios. En estas mismas fechas, desde Estados Unidos se fomenta una enorme campaña publicitaria en la que la imagen de la mujer, representada con unos valores como la elegancia, sofisticación, delgadez, etc, se une a los deseos de expansión de un mercado de consumo de tabaco (Haglund, 2010).

Las mujeres llevan el hábito de fumar como reacción a experiencias negativas, mientras que los hombres pretenden aumentar sus sensaciones positivas (Fernández y Schiaffino, 2001; Brunswick y Messeri, 1984). La situación de la mujer frente al consumo de sustancias ha cambiado, siendo causas como la baja autoestima, el estrés, los problemas con el peso corporal y la preocupación por la autoimagen algunos de las que más influyen.

Teniendo en cuenta la variable *consumo de drogas ilegales*, presentada en la Tabla 5, se muestra que posee los menores índices. Se puede observar, dentro de la misma, que los hombres sí destacan como los que más consumen estas sustancias. Esto se relaciona con los resultados obtenidos por la Encuesta 2013-2014 en la que también se destaca que son los hombres los que llevan más el consumo de sustancias ilegales. La primera pregunta del apartado 3 de nuestro cuestionario, la cual recoge diversos ejemplos de drogas ilegales, en ningún momento hace hincapié en la respuesta ante un determinado tipo concreto de las mismas. Esto imposibilita que se pueda concluir sobre un caso concreto de sustancia ilegal que sea la más consumida por esta población,

además, de no permitir establecer una diferenciación entre hombres y mujeres en dicho consumo. Una investigación posterior, a partir de esta información, podría tratar de conocer el nivel de consumo de cada una de las posibles drogas ilegales en particular, dentro de cada una de las religiones. Asimismo, podría arrojar datos acerca de cuáles son los pensamientos de los miembros de dicha religión sobre estas sustancias, mediante preguntas concretas que relacionen ambos apartados.

Un aspecto que sí puede ser corroborado con estos resultados (ver Figuras 11 y 12) es la presencia del policonsumo en relación al tabaco y las bebidas alcohólicas. La Encuesta 2013-2014, informa que el alcohol está implicado en el 90 % de los policonsumos relacionados con las drogas ilegales. Por su parte, muchas de éstas (marihuana, pcp, anfetaminas, metanfetaminas, crack, etc.), tienen su consumo mediante la mezcla con las hojas del tabaco, formando parte también de dicho policonsumo. Para finalizar podríamos decir que, a pesar de que el número de personas consumidores de drogas ilegales sea escaso, los datos obtenidos van en concordancia con los diversos estudios realizados a este respecto (para un análisis en profundidad véase UNODC 2015; Villa y Fernández Hermida, 2001).

Mientras que estos primeros datos descriptivos se centran en comportamientos de riesgo, los presentados a continuación están relacionados con conductas de salud. Principalmente, las ya señaladas variables *ejercicio* y *dieta*.

En lo relativo a la variable *ejercicio*, una de las cuestiones que más pueden destacar son las posibles diferencias de género a la hora de su realización. En los datos logrados en este estudio dichas diferencias, en un plano descriptivo, parecen escasas. Se muestra un mayor porcentaje de mujeres que decide realizar ejercicio en grupo. La mujer ha sufrido de un estereotipo excluyente en lo relativo a su inclusión en los deportes (Rodríguez Teijeiro, Martínez Patiño y Mateos, 2005). En el siglo XIX, se

pensaba que el sentido de la vida prioritario de las mujeres era la de ser madres y por lo tanto, el deporte, suponía un riesgo para la salud que afectaba a dicho propósito (Rodríguez Teijeiro, Martínez Patiño y Mateos, 2005). Asimismo, el matiz relativo a la diferenciación física entre hombres y mujeres era otro aspecto de exclusión. La creencia era que con el deporte el cuerpo femenino se asemejaría demasiado al masculino, perdiendo los valores resaltados de belleza, pureza, elegancia, soltura, e incluso la virginidad, propios de las mujeres.

La situación actual, gracias a la evolución social y cultural, demuestra que las mujeres están traspasando los roles dictaminados por los estereotipos masculinos y acceden más al deporte. Hoy en día son más conscientes de la libertad de su propio cuerpo ante la anticuada opinión de que solo servía para los demás. (Rodríguez Teijeiro, Martínez Patiño y Mateos, 2005).

La realización de actividades físicas y deportivas es una recomendación cuyos beneficios para salud son incontestables y están reconocidos universalmente (Gil Roales-Nieto, 2004). El ejercicio ha sido señalado como el comportamiento de salud más productivo en función de sus costes y beneficios (Andrews, 1991; Shephard, 1986). Indiferentemente del género, la actividad física posee un carácter general y específico (Gil Roales-Nieto, 2004). En la actualidad, el progreso humano ha provocado, mediante la industrialización, que las personas dependamos menos de nuestra fuerza física. El sedentarismo es una variable cada vez más predominante y por la que los gobiernos están promoviendo programas que ayuden a cambiar los estilos de vida asociados a esta cuestión (Gil Roales-Nieto, 2004). Para la psicología de la salud, la actividad física es un elemento central de su campo de estudio y se han propuesto como criterios para su evaluación variables de carácter ambientales, personales e interpersonales (para una revisión completa de todos los estudios véase, Roales-Nieto, 2003 pp. 291-293).

Los últimos análisis descriptivos de la variable ejercicio la relacionan con las variables anteriormente mencionadas, es decir, las relativas a las sustancias psicoactivas. El motivo principal es conocer la distribución de éstas en aquellos sujetos que llevan a cabo las conductas de ejercicio. El análisis demuestra que, una vez más, el alcohol es la variable que más se consume en los grupos de ejercicio. Ya se ha comprobado, por la Encuesta Nacional sobre Drogas 2013-14, cómo el alcohol está muy presente en nuestras vidas y, es posible, que muchas personas que practican ejercicio no sean conscientes por completo de los efectos que esta sustancia produce en sus rutinas deportivas. El consumo de alcohol conlleva efectos depresivos, reducen la coordinación y concentración, produce falta de equilibrio, temblores, deshidratación, disminuye el tiempo de reacción, etc. (Miguelés, 2013).

Los resultados obtenidos en nuestras estadísticas podrían relacionarse con los señalados por Nebot et, al. (1991), el cual encontró que aquellos sujetos que realizaban más deporte también eran los que consumían más bebidas alcohólicas. Resulta posible que muchas personas piensen que con la realización de un programa de ejercicio determinado efectos nocivos sean eliminados y no tengan así una influencia sobre la salud. Desde este punto de vista, puede plantearse un estudio en el que se mida a sujetos que ejecutan algún tipo de actividad deportiva y cuáles son sus pensamientos respecto al consumo de bebidas alcohólicas, además de medir si consumen o no las mismas.

La siguiente variable saludable que se estudia es la *dieta*. Como se muestra en los resultados de la Tabla 7, son pocos los participantes que llevan a cabo una. Existe una diversidad de estudios que han medido los hábitos de alimentación en población española con métodos de evaluación directos e indirectos (ENUCAM, 2014; Bach-Faig, Fuentes-Bol, Ramos, Carrasco, Roman, Bertomeu, et al, 2011; ENIDE, 2011; Varela-

Moreiras, Avila, Cuadrado, del Pozo, Ruiz y Moreiras, 2010; Martín, Martínez, Novalbos-Ruiz y Jiménez, 2008; Mariscal-Arcas, Rivas, Velasco, Ortega, Caballero y Olea-Serrano, 2006). Todos estos han recogido datos acerca de la ingesta media y tipos de alimentos, prototipos de alimentación, comparativas con otros países, división por edades, etc. No obstante, ninguna de ellas ha recabado datos acerca de cuántos sujetos son los que ponen en práctica una dieta en base a la recomendación médica o por la iniciativa propia de cada uno.

Los resultados obtenidos indican que los hombres efectúan más una dieta en base a las recomendaciones de expertos como son nutricionistas, médicos, dietistas, etc. Las mujeres, por el contrario, ponen en marcha dietas más por su cuenta.

Al igual que con la variable ejercicio, se quiso comprobar la relación de todas las variables anteriormente analizadas dentro de los grupos de la variable dieta. De esta manera se obtiene que el alcohol, nuevamente, destaca como la sustancia más consumida. La monografía, recogida en el Plan Nacional sobre Drogas, de los autores Pascual Pastor y Serecigni (2012), argumenta repetidamente que una dieta correcta debe de ir acompañada de una abstinencia del alcohol. Esta sustancia, en la dieta, acusa una serie de efectos nocivos que conllevan la malnutrición. De entre ellos, cabe destacar consecuencia sobre aminoácidos y proteínas, vitaminas, lípidos, etc. (Moreno Otero y Cortés, 2008). Contribuyendo y agravando las diversas patologías asociadas al consumo de alcohol (Pascual Pastor y Serecigni, 2012; Moreno Otero y Cortés, 2008). Gil Roales-Nieto (2004) también recoge toda una serie de efectos perjudiciales provocados al seguir unas pautas de alimentación de riesgo.

Todas estas variables componen el apartado del cuestionario referido a la medición de las conductas que tienen una contribución determinada sobre la salud.

Serán todas estas conductas las que se emplean en relación con la siguiente de las variables, la religión.

La pregunta "¿Con cuál creencia religiosa se identifica usted?", recogida en la página 9 de nuestro cuestionario, tiene la funcionalidad de conseguir cuantas más opiniones posibles de las diversas religiones. Sobre todo, aquellas más representativas de Andalucía y, en especial, de la región de Huelva.

Como se puede notar en su correspondiente tabla (Tabla 8), religiones como Testigos de Jehová, musulmanes o evangelistas, son las que presentan un menor número. Éstas mostraron mayores reacciones negativas a la hora de realizar el cuestionario. En el caso de la religión judía y la mormona, no se han encontrado personas representativas de las mismas. Los datos más conseguidos han sido los de población atea, cristiana y agnóstica respectivamente.

El investigador de Vicente Carmona (2010), comprobó cómo la población y cultura de Huelva, al igual que gran parte del territorio andaluz, profesa la creencia fundamentalmente cristiana. Los miembros de hermandades cristianas de Huelva, a los que él preguntó directamente, argumentaban que hasta el 90 % de la población onubense siente apego por la religión cristiana. Las respuestas obtenidas en nuestra tesis muestran que sí existe una importante evidencia de población cristiana. No obstante, los índices de la identificación atea y agnóstica han ganado mucho terreno. La lista elaborada por Zuckerman (2007), con cifras poblacionales del año 2004, situaba a España en el número 27 a nivel mundial, con un porcentaje de entre el 15-24 % de población atea. Datos elaborados a partir de los estudios de Inglehart et al. (2004), que establecía que un 15 % de los españoles no creen en Dios; Greeley (2003), que eleva ese porcentaje al 18 %; y el de Froese (2001), que afirma que un 24 % de españoles se identifican como ateos o agnósticos.

Los resultados de nuestra investigación parecen continuar con la tendencia de los estudios recogidos por Zuckerman (2007), en los que existe un aumento del número de personas que se identifican como ateos y agnósticos en la población española. Citando de nuevo a Norris e Inglehart (2004), en sociedades caracterizadas con sistemas sanitarios públicos excelentes, una correcta oferta de alimentación, y el acceso a hogares decentes, la religión mengua. Mientras que, en las condiciones inversas, las creencias religiosas se hacen más fuertes. En la actualidad, en función de la crisis económica, la sociedad española está sufriendo de muchas dificultades en las características mencionadas por los previos autores. El acceso a la vivienda es costoso, los niveles de paro son amplios, las ayudas salariales cuentan con muchas restricciones, etc. Todas éstas pueden ser causas para que los resultados de esta tesis en la identificación religiosa estén tan nivelados.

El objetivo de estudio de esta investigación se va a basar en estos tres grupos religiosos. Tanto intragrupal como intergrupalmente, se van a analizar las relaciones con las variables agrupadas en la parte del cuestionario destinada a las conductas de salud, anteriormente examinadas.

Teniendo en cuenta las tablas y figuras expuestas entre las páginas 78 y 86, se comprueba que, descriptivamente, parece existir una correspondencia con los resultados globales de las variables relativas a la parte de salud en cada grupo religioso. De este modo, la variable consumo de bebidas alcohólicas destaca en cada una de las tres principales muestras religiosas. El consumo de tabaco y drogas ilegales está por debajo del consumo de alcohol. Por último, la realización de ejercicio y dieta es muy similar en los tres grupos religiosos.

En este punto acaban los datos relativos a los análisis descriptivos y de frecuencia. A partir de estos comenzamos la elaboración de las ideas y componentes de

análisis inferenciales. Los cuales, nos van a permitir poder concluir acerca de si las relaciones entre las variables recogidas en la parte de salud del cuestionario tienen un nexo con las variables religiosas.

Una primera aproximación para la organización del trabajo inferencial fue la unión de los participantes ateos y agnósticos en un mismo grupo, con el fin de poder establecer una relación posterior frente al grupo cristiano. Esta unión de ateos y agnósticos corresponde, en un primer lugar y tal y como se menciona en nuestra introducción (Pág. 29), los términos ateos y agnósticos se usan indiferentemente en muchos estudios empleando la categorización de "no religiosos" (Kosmin y Keysar, 2008; Lugo, 2008). En segundo lugar, en nuestro estudio, ateos y agnósticos responden al mismo cuestionario.

Una vez determinada la separación de los dos grupos religiosos usados para las pruebas estadísticas, el objetivo principal de esta tesis puede observarse en las tablas de la 24 a la 26, donde se aprecian diferencias significativas entre ambos grupos religiosos en el consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales. Se constata que por cada cristiano que consume tabaco existe una probabilidad 1,683 mayor de que un ateo o agnóstico realice esta conducta de riesgo. Estos resultados parecen coincidir con los obtenidos por Kendler, Gardner y Prescott, 1997; Oleckno y Blacconiere, 1991; Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986; Khavari y Harmon, 1982, agrupados todos en la revisión bibliográfica realizada por Koenig et al., (2001). Esta misma revisión, decreta que hasta el 96% de los estudios encuentran una relación inversa entre religiosidad y fumar.

Es ampliamente variada la literatura que ha mostrado diferencias en el consumo de tabaco y la identificación religiosa (Krause, 2003; Nonnemaker et al., 2003; Whooley et al., 2002; Musick et al., 2000; Koenig et al., 1998; Mullen et al., 1996;

Ahmed et al., 1994; etc.). La mayoría de ella ha empleado comparativas entre tipos de religiones, dejando más de lado al grupo ateo y agnóstico. Esto es algo que ya se indicó en la introducción de esta tesis, al destacar que muy pocos eran los estudios con ateos. Nuestras conclusiones pueden dar paso a nuevas líneas de estudio que tengan al grupo ateo y agnóstico en más estima en su comparación con otras religiones en el análisis del consumo de tabaco.

En el caso de la variable consumo de bebidas alcohólicas, la probabilidad de que un ateo o agnóstico frente a un cristiano la realice es 1,528 mayor. Este dato concuerda con el obtenido por Koenig (1994), que establece que aquellas personas que exhiben mayores frecuencias de comportamientos como leer la Biblia, acudir a la Iglesia, rezar en privado, etc, tienen menores problemas con el alcohol. Nuevamente, pueden ser mencionadas las investigaciones mencionadas anteriormente ((Krause, 2003; Nonnemaker et al., 2003; Whooley et al., 2002; Musick et al., 2000; Koenig et al., 1998; Mullen et al., 1996; Ahmed et al., 1994; etc.), las cuales, también relacionaban el consumo de alcohol en las distintas religiones. Asimismo, se hace mención una vez más, como el grupo ateo ha sido deslegitimizado en las investigaciones comparativas de religiones con sendas variables de salud.

La última variable analizada es el consumo de drogas ilegales, donde se resalta la diferencia más grande. Por cada cristiano que consume drogas ilegales, existen 4,376 personas ateas o agnósticas que llevan a cabo esta conducta. Es importante señalar que, tanto cristianos, como ateos y agnósticos, son conscientes, en cuanto que están suficientemente informados, de los riesgos que implica el consumo de estas sustancias para la salud.

Socialmente, las drogas están vistas como un elemento de una corriente de pensamiento "underground", que denota rebeldía, que denota una vía de escape de los

problemas cotidianos, un modo de alejarse de la soledad, etc. La Iglesia Católica, a través de su Pontificio Consejo para los Agentes de la Salud (2001), comparte la opinión de que las drogas forman parte de ese aspecto inconformista e, incluso, menciona que los consumidores podrían ser personas con falta de valores y convicciones personales. Desde su punto de vista moral, el consumo de drogas está penado, pues supone una ofensa contra el propio cuerpo y contra los valores que la religión defiende. El mismo Pontificio (2001), declara que el consumo de alcohol no está deslegitimizado, su uso moderado hasta se recomienda. No obstante, y en conjunción con sus opiniones sobre el consumo de tabaco, se penaliza el uso desmedido de estas dos sustancias. Abusar de ellas es la conducta condenable.

Teniendo en cuenta la homogeneidad de la muestra, podría decirse que los cristianos, siendo personas seguidoras de las reglas determinadas por su religión, están expuestos a menos conductas de riesgo. Mientras que ateos y agnósticos, al no estar sometidos a ningún tipo de reglas de este tipo, parecen manifestar mayores conductas de riesgo. Por tanto, lejos de poder afirmar con total exactitud que ser seguidor de una u otra religión es el indicativo de la realización de más o menos conductas de riesgo para la salud, sí se puede afirmar que la única diferencia plausible es la de definirse como ateo o agnóstico, o bien como cristiano.

En relación a las otras dos variables, es decir ejercicio y dieta, componentes del aparato de salud del cuestionario, cuyos resultados se presentan en las Tablas 27 y 28, se verifica que no existen diferencias significativas entre los grupos religiosos en ninguna de las dos variables.

De la misma manera que ocurre con las sustancias psicoactivas, todos estos participantes son conscientes de los beneficios que implican estas conductas para la salud.

En referencia a la variable ejercicio, tal y como declaran Koenig et al., (2001), son pocos los estudios que han medido la religión con la actividad física. Algunos ha mencionar son los de Jona y Okou (2013), Whooley, Boyd, Gardin y Williams, (2002), Abbott-Chapman y Denholm (2001), Oleckno y Blacconiere (1991), o McIntosh y Spilka (1990). Los autores Eitzen y Sage (1992; 1997), por su parte, enuncian que las religiones han usado los deportes a través de iglesias, líderes religiosos, organizaciones, etc. Hartzell (1996), puntualiza que estas actividades se han empleado como forma de atraer a aquellas personas que estaban fuera del ámbito religioso. En nuestro caso en particular no se evidencian desigualdades a la hora de poseer un tipo determinado de religión y la ejecución de una actividad ejercitante.

En lo respectivo a la dieta no se ha estudiado de manera extensa el impacto que la afiliación religiosa tiene sobre la misma (Creel, 2007). Tal y como se menciona anteriormente, tanto el cristianismo como el ateísmo y agnosticismo no proponen prescripciones alimentarias a seguir. Sin embargo, desde el cristianismo, el pecado de la gula podría ser un factor que determine cierto tipo de regulación. Una indagación más profunda sobre este punto, con nuevas definiciones, clasificación de las conductas que engloben la gula, etc, ayudaría a la explicación. Otros estudios, como el de Shatenstein y Ghadirian (1998), recogen datos de religiones como adventistas del séptimo día, mormones o judíos que sí tienen esas regulaciones nutricionales muy presentes en sus dogmas constitucionales.

Por tanto, sin poder afirmar la totalidad de todo el campo que engloba a estas dos conductas en su relación con la religión, nuestros resultados no resaltan diferencias. Pudiendo ser una de las razones, el hecho de que no son elementos constitutivos fuertemente reglados de la religión cristiana. Y, mucho menos en el caso del ateísmo, en el que no existen unas creencias regladas.

Una vez completados los primeros análisis inferenciales, centrados en la consecución de argumentos acerca de nuestro objetivo principal, se plantearon otras posibilidades. En la introducción de esta tesis, se argumentaba que resulta fundamental poseer una definición correcta de los elementos componentes de un grupo religioso en particular. En nuestro caso, una definición de en qué consiste ser cristiano, ateo o agnóstico, es decir, cuáles son los constructos o comportamientos que delimitan estas religiones. Por ejemplo, existen personas que se consideran cristianas pero no siguen la gran mayoría de las reglas de esta religión. Frecuentemente, estas personas se llaman a sí mismos creyentes, añadiendo la particularidad de no ser practicantes. Lo mismo se puede encontrar en el caso ateo, personas que no creen pero que poseen un número relativo de dudas. La falta de una descripción correcta puede constituir una limitación importante en este tipo de estudios.

Muchos estudios, relativos a la religión cristiana, han empleado conductas como la asistencia a los servicios religiosos o la frecuencia de rezos como los agentes definidores principales, las cuales son insuficientes (Gonzales Valdés, 2004). La religión unida a la salud no puede resumirse únicamente en éstas. El nivel de devoción, el fundamentalismo, las condiciones sociales, etc, son otros comportamientos que también deben de ser tomados en cuenta (Levin y Vanderpool, 1987).

La funcionalidad de esta sección consiste en comprobar otro de nuestros objetivos, es decir, revisar si las diferencias en las variables representadas en la parte del cuestionario referido a la salud también están presentes dentro de cada grupo religioso por separado. Con intención de conocer si las posibles diferencias intragrupo son las que generan una influencia en los resultados globales.

Por este motivo, en el presente estudio, de cada uno de los cuestionarios empleados se seleccionó un total de diez ítems que serían los representativos de los

constructos definatorios de la religión. Los cuales, además, nos permiten crear una división dentro de cada grupo religioso definiendo cuáles de ellos son más o menos practicantes.

Recordemos, que en la explicación de los *Instrumentos* en el apartado *Método* de la tesis se explican cuáles son las preguntas usadas para definir a cada grupo religioso. Las mismas que nos ayudan a formar los llamados *índice de practicancia* e *índice de ateísmo*. Los resultados recogidos en las Tablas 18 a 23, informan de que la consistencia interna de dichos ítems es muy buena y que están altamente correlacionados entre ellos (Welch y Comer, 1988). Estos ítems no definen de manera completa todo el constructo que delimita las reglas de una religión, pero nos permiten afirmar que son una muestra representativa que miden muy bien unos determinados integrantes religiosos.

Investigaciones complementarias pueden cubrir esta posible delimitación mediante el empleo de muchos más ítems definatorios. Otro acercamiento, podría ser preguntar a los sujetos de cada una de las religiones cuáles piensan ellos que son estos elementos o reglas constitutivos.

Este análisis nos proporciona la base para poder trabajar con ambos índices, previamente mencionados, los cuales confirman no cumplir el requisito de la homogeneidad. Por tanto, a razón de este dato, el contraste de la variable religión con las variables consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, ejercicio y dieta debe basarse en las pruebas no paramétricas. El desenlace de estas pruebas, para la comparación entre los grupos del *índice de practicancia*, mostradas en las Tablas de la 31 a la 40, refleja que no existen diferencias significativas en la realización de las conductas medidas. En el caso del *índice de ateísmo*, las Tablas de la 41 a la 50, solo muestran diferencias significativas en el consumo de drogas ilegales.

Puesto que estos dos índices dan lugar a dos niveles cada uno, más practicantes- menos practicantes en el caso cristiano, más ateos- menos ateos en el caso de ateos y agnósticos juntos, la confirmación de las conclusiones alcanzadas con las pruebas no paramétricas quiso ser comprobada mediante la prueba de los residuos corregidos tipificados. Éstas mismas, presentes en las Tablas de la 51 a la 60, demuestran exactamente los mismos resultados. Es decir, sin diferencias significativas en el intragrupo de cada religión en todas las conductas salvo en el consumo de drogas ilegales en el caso de los ateos y agnósticos.

A razón de estos datos puede afirmarse que, para el grupo cristiano, tener un seguimiento de las reglas de su religión de una manera más o menos firme, tenaz, no supone un elemento limitador para concluir sobre las diferencias acerca del consumo de las sustancias psicoactivas y la realización de ejercicio y dieta. Kendler et al. (1997) resaltaron datos contrarios a éstos, afirmando que puntuaciones elevadas en sus tres niveles de medición religiosa (devoción personal, conservadurismo personal y conservadurismo institucional), correlacionaban con un bajo consumo de tabaco. En el caso de las variables consumo de tabaco y bebidas alcohólicas estos resultados contrastan con los adquiridos por McIntosh y Spilka (1990), quienes destacan que una religiosidad intrínseca posee una correlación inversa con esas dos mismas variables.

Por el contrario, el mismo trabajo de Kendler et al. (1997) testifica que para sus tres niveles religiosos se demuestra una fuerte correlación con el consumo de bebidas alcohólicas, sobre todo, cuando las personas presentan más devoción personal y más conservadurismo institucional.

Para el grupo de no-religiosos tampoco supone un elemento limitador en todas las conductas, con excepción del consumo de drogas ilegales, en el cual, aquellas

personas que se definen como más ateas tienen mayor probabilidad de consumir drogas ilegales frente a las personas que afirman ser menos ateas (véase Tabla 58).

Las personas ateas o agnósticas no poseen un seguimiento de reglas al estilo religioso, su falta de creencias puede proporcionarles una "libertad" en lo que a los conceptos trascendentales se refiere. El consumo solo tiene implicaciones de daño físico, social, económico... pero en ningún momento trascendente.

En lo referente al cristiano, ser más o menos practicante no es un indicativo de realizar o conocer los efectos perjudiciales o saludables de estas conductas. Como conclusión, podría decirse que la identificación de uno mismo como meramente cristiano puede tener cierta implicación positiva ante las conductas de salud. Tal y como se comprueba dentro del mismo grupo no se dan diferencias, pero, estas sí tienen presencia en comparación con el otro grupo religioso mayoritario de esta tesis.

En definitiva puede argumentarse que las diferencias están ahí, no obstante, estos datos no pueden tomarse como elementos plenamente constitutivos para decir que existe unas distinciones totalmente notables entre poseer unas creencias y tener mejores conductas de salud. Más bien se trata de una aproximación a un campo de estudio que aún está por desarrollar en sentido muy amplio. Es un acercamiento entre dos corrientes de pensamiento religiosas y el seguimiento, o no, de unas reglas implícitas y explícitas de las mismas. Reglas, muchas de ellas, de conocimiento abierto y de acceso a toda la población.

Pese a no lograr una cobertura total de la población religiosa, esta tesis representa un esfuerzo para tratar de conocer un punto nuevo de investigación, cuyo fin es aunar los conceptos de salud y religión. Nos permite un acercamiento al posible vínculo entre estos dos criterios, al tiempo que también pone de manifiesto que son necesarias mayores y mejores estadísticas que abarquen opiniones mucho más diversas.

La recogida, análisis y comparativa de datos de otras religiones proporcionarán muchas más variaciones y conclusiones sobre esta temática. Esto mismo ha sido una de las mayores limitaciones de esta tesis, en la que hubo un intento de conseguir el máximo posible de opiniones religiosas pero no resultó fructuoso. En este mismo campo, la medición de opiniones de personas como monjes/as, sacerdotes, predicadores, rabinos, chamanes, etc, también aportarían mejores perspectivas de análisis. Para la mayoría de estas personas su religión es la parte más fundamental y significativa de sus vidas, por lo tanto, la medición de esta influencia es un factor a tener en cuenta.

Esta tesis no ha estado exenta de otras limitaciones y bazas como las ya mencionadas a lo largo de toda esta discusión.

Una de ellas a resaltar es la definición del término agnóstico. Tal y como se ha comprobado, queda inmerso como una categoría más dentro de ateos o no-religiosos. Sin embargo, se trata de un grupo reactivo al poseer opiniones a favor y en contra de la creencia casi al mismo nivel. El desarrollo de un cuestionario o estudio, que mida con profundidad las ideas concretas de este tipo de personas, sus sentimientos con respecto a las religiones, las definiciones que ellos mismos son capaces de aportar, etc, puede ayudar al esclarecimiento de muchas dudas.

De las variables que más se han estudiado y que más presencia tiene, el alcohol, en esta investigación ha sido tratado de una forma muy general. Estudios complementarios deberían de tratar la medición entre los distintos tipos de bebidas, en conjunción con el nivel de graduación, frecuencia del consumo, las condiciones sociales... y, sobre todo, su unión a las creencias religiosas. Un matiz a destacar dentro de las bebidas alcohólicas son los casos del vino y la cerveza. Presentan el consumo diario más común y gozan de ciertas recomendaciones médicas dentro de una dieta

saludable, siempre y cuando no se abuse de ellas. A partir de los apuntes de este estudio puede plantearse una indagación del peso de estas dos bebidas.

En lo concerniente a las drogas ilegales se han señalado como las sustancias que provocan la mayor controversia. Desde multitud de medios de comunicación se lanza el mensaje a toda la población de sus fuertes efectos perjudiciales, tanto que su penalización podría llegar a formar parte de los elementos centrales sobre los que gire una nueva regla de las religiones. En referencia a esto, también se ha resaltado a lo largo de todo este trabajo cómo son muchas las religiones que las prohíben, a pesar de no tener una regla concreta sobre ellas en sus respectivos libros sagrados. Si determinados papas de la Iglesia cristiana fueron capaces de penalizar severamente, en el pasado, el consumo del tabaco (véase *Introducción* págs. 36-37), es muy probable que los actuales y futuros actúen de manera similar frente al problema de las drogas ilegales. Como muestra el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios (2001), al menos en la Iglesia Católica, la preocupación ante ellas es notable. Recabar más datos acerca del tipo de droga consumida, los ciclos temporales de su consumo, el rango de edad, condiciones sociales, económicas, educativas, las creencias, etc. proporcionaría más información que ofrezcan mejores conclusiones en la temática.

Para el ejercicio y la dieta, estudios nuevos habrían de medir cómo emplean los deportistas sus creencias como métodos de motivación para sus logros de rendimiento; como es evidente, la alimentación en otras religiones aquí no examinadas; la medición de la promoción de ejercicio y alimentación sana en diversos ambientes religiosos como sinagogas, iglesias, mezquitas, etc. Todas ellas que puedan cubrir las limitaciones y complementar mucho más ámbito de estudio.

Para finalizar, el control, análisis y comparativa entre religiones y otras variables implicadas en la salud, como patrones de actividad sexual, el uso de los elementos de

seguridad en los coches, la posesión de enfermedades, también pueden dar a conocer resultados que ayuden a una mejor conclusión acerca del objetivo central de esta investigación.

Conclusiones

A continuación se recoge, a modo de reflexión final, las principales conclusiones obtenidas en esta tesis doctoral, cuyo objetivo principal es comprobar la existencia de diferencias en la puesta en marcha y seguimiento de conductas que son saludables entre miembros de distintas asociaciones religiosas.

Resulta conveniente hacer explícita la idea básica que ha guiado toda esta tesis, que no es otra que la creencia de que aquellas personas pertenecientes a un sistema religioso poseen una mayor regulación de determinados tipos de conductas, frente a aquellas personas que no siguen ninguna creencia religiosa.

El análisis de los datos muestra como el consumo en determinadas conductas de riesgo para la salud se llevan a cabo más en grupos que no siguen una creencia religiosa. Se concluye, por tanto, que, aunque sin poder corroborar la totalidad del ámbito, puede afirmarse que la única diferencia plausible a la hora del seguimiento de las conductas de salud es el identificarse con un tipo de religión.

La primera de nuestras hipótesis secundarias, cuyo fin era conocer si la división en el nivel de creencia, entendido como el sentimiento de ser más o menos creyente o ateo, también suponía un factor de influencia en el seguimiento de las conductas saludables. Nuestro análisis, a diferencia de los resultados obtenidos por otros autores como Kendler et al. (1997) o McIntosh y Spilka (1990), muestra que entre los grupos analizados el nivel de creencia que posean cada uno de sus miembros no es un factor indicativo de una mayor o menor realización de conductas de salud.

La última hipótesis de esta investigación revela datos acerca de la situación actual de las variables relativas a conductas de salud, analizándolas en paralelo con los datos de las encuestas nacionales españolas. El dato principal es la corroboración de niveles de policonsumos muy similares a los obtenidos en las encuestas nacionales, así como, la conclusión acerca de cómo el alcohol es la sustancia legal más consumida.

La investigación realizada aún no está finalizada, mucho trabajo puede plantearse a partir de la misma y el tiempo y desarrollo de nuevos materiales de investigación ayudarán a acotar algunas de sus limitaciones.

Determinar una diferenciación entre religiones, haciendo hincapié y énfasis también en las perspectivas ateas y agnósticas, grandes olvidadas en los estudios, es un elemento novedoso que puede llevar a los investigadores a plantear multitud de ideas en las que poder comprobar si la medición de modos de vida regidos o no por unas creencias, pueden suponer para los individuos condiciones de mayor protección frente a determinados factores de riesgo para la salud.

La integración de esta idea abriría el campo para el estudio en diversos ámbitos profesionales dedicados a la salud, desde la psicología hasta cualquier capa de lo sanitario o farmacéutico. Se apunta, simplemente, a que este enfoque puede ser un buen aliciente que permita tener en cuenta la influencia de las creencias religiosas en aspectos de salud donde son tratadas de manera más rutinaria o pasajera. Este escenario plantea la dificultad de poseer un instrumento científico genuino que permita a toda la comunidad poder lograr una medición adecuada de cada posible implicación saludable. Se ha comprobado que los ítems empleados en esta investigación proporcionan una buena base para delimitar buena parte del concepto que define a una religión. No obstante, aún queda mucho margen para construir un instrumento que represente de manera eficaz todo el constructo y que sirva para el uso interdisciplinar. Además,

resulta fundamental que todas las religiones queden representadas, lo cual ha sido una baza importante de esta tesis, junto con la medición también de aquellas personas que se consideran ajenos a unas creencias religiosas.

Bajo esta última perspectiva, los términos definatorios de aquellas personas que no se enmarcan a sí mismos dentro de una religión han de estar bien delimitados. Siendo uno de ellos el que más dificultades puede acarrear, el agnosticismo. Han de ser más las líneas de estudios que contengan a aquellas personas que se consideran ateos y agnósticos y que cada uno de los términos estén bien delimitados, más allá de considerarlos meramente no-religiosos.

Por último, es un principio para poder hacer constancia de la implicación en las mediciones de variables, como el ejercicio y las dietas, que cada vez están más presentes y a las que se les proporciona un carisma de importancia en las cuestiones saludables. A razón de los estudios analizados se comprueba como muy pocas veces se las ha tenido en cuenta en relación con las cuestiones religiosas, o incluso en las saludables en sí, centrandos los análisis en otro tipo de factores. Conseguir la unión de cuantos más elementos constitutivos es el indicativo para conseguir mejores métodos de salud.

Bibliografía

- Abbott-Chapman, J., y Denholm, C. (2001). Adolescents' risk activities, risk hierarchies and the influence of religiosity. *Journal of Youth Studies*, 4(3), 279-297.
- Ahmed, F., Brown, D.R., Gary, L. E., y Saadatmend, F. (1994). Religious predictors of cigarette smoking: Findings for African American women of childbearing age. *Behavioral Medicine*, 20(1), 34-43.
- Altemeyer, B. (2010). Non-belief and secularity in North America. En P. Zuckerman (ed.), *Atheism and Secularity* (pp. 1-21) Westport, CT: Praeger.
- Álvarez Bermúdez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México: Trillas.
- American Counseling Association. (2014). ACA Code of ethics. Recuperado de <http://www.counseling.org/resources/aca-code-of-ethics.pdf>
- Antón, M. M. (2007). Libertad Religiosa y Salud en Clave Multicultural. En Martín Sánchez I. (Ed.), *Libertad religiosa y Derecho Sanitario* (pp. 111-138). Madrid: Fundación Universitaria Española.
- Allport, G. (1960). *The Individual and His Religion*. Nueva York: Macmillan paperbacks.
- Asimov, I. (1968). *El Cercano Oriente*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Asimov, I. (1983). *Constantinopla El imperio olvidado*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Bach-Faig, A., Fuentes-Bol, C., Ramos, D., Carrasco, J. L., Roman, B., Bertomeu, I. F., et als. (2011). The Mediterranean diet in Spain: adherence trends during the past two decades using the Mediterranean Adequacy Index. *Public Health Nutrition*, 14(4), 622-628.
- Baggini, J. (2003). *Atheism: A short introduction*. Nueva York: Oxford University Pres.

- Baker, D. (2008). *Godless: How an Evangelical Preacher Became One of America's Leading Atheists*. Berkeley, CA: Ulysses Press.
- Bareau, A. (1974). *Buda y el budismo*. Madrid: Edaf.
- Bartz, J. D., Richards, P. S., Smith, T. B., y Fischer, L. (2010). A 17-year longitudinal study of religion and mental health in a Mormon sample. *Mental Health, Religion & Culture*, 13(7/8), p. 683-695.
- Benatar, D. (2006). What's God got to do With It? Atheism and Religious Practice. *Journal compilation*, 19(4), 383-400.
- Benjamins, M. R. (2006). Religious Influences on Preventive Health Care Use in a Nationally Representative Sample of Middle-Age Women. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 1-16. doi: 10.1007/s10865-005-9035-2
- Berkman, L. F., y Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(1), 204 (Set 2).
- Berwick, P. & Oziel, L. J. (1973). The use of meditation as a behavioral technique [Letter]. *Behavior Therapy*, 4(5), 743-745.
- Boswell, G. H., Kahana, E., y Dilworth-Anderson, P. (2006). Spirituality and Healthy Lifestyle Behaviors: Stress Counter-balancing Effects on the Well-being of Older Adults. *Journal of Religion and Health*, 45(4), 587-602.
- Bradshaw, M. y Ellison, C. G. (2008). Do Genetic Factors Influence Religious Life? Findings from a Behavior Genetic Analysis of Twin Siblings. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(4), 529-54.
- Brunswick, A. F., y Messeri, P. A. (1984). Gender differences in the process leading to cigarette smoking. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2(1), 49-69.

- Buecher, J. B. (2012). In the habit a history of Catholicism and tobacco. *TheCatholicWorldReport*. Recuperado de [http://www.catholicworldreport.com/Item/1762/In the Habit A History of Catholicism and Tobacco.aspx](http://www.catholicworldreport.com/Item/1762/In_the_Habit_A_History_of_Catholicism_and_Tobacco.aspx)
- Burgos Velasco, J. M. (2008). Las Convicciones Religiosas en la Argumentación Bioética. Dos Perspectivas Secularistas Diferentes: Sábada y Habermas-Rawls. *Cuadernos de Bioética*. XIX, 2008/1ª.
- Byrne, J. T. & Price, J. H. (1979). In sickness and in health: the effects of religion. *Health Education*, 10(1), 6-10.
- Carlsson, E., Kipps, M., y Thomson, J. (1984). Influences on the food habits of some ethnic minorities in the United Kingdom. *Human nutrition. Applied nutrition*, 38(2), 85-98.
- Carrasco Terriza, J. (2008). Vincomalos, un obispo en Niebla en el siglo V. *Diocesisdehuelva*. Recuperado de <http://www.diocesisdehuelva.es/wp-content/uploads/2011/09/Vincomalos.pdf>
- Castellano, F. (1947). *Filosofía de la religión*. Buenos Aires: Difusión.
- Caston Boyer, P. (1985). *La religión en Andalucía. Aproximación a la religiosidad popular*. Sevilla: Editoriales Andaluzas Unidas.
- Caston Boyer, P. (2000). La Iglesia Católica en Andalucía. En Moyano, R., y Pérez Iruela, M. *La sociedad Andaluza*. Córdoba, Madrid: IESA
- Caston Boyer, P. (1990). Cultura de masa y religiosidad popular. *Proyección*, 37(158), 171-180.

- Causarano, N., Pole, J. D., Flicker, S., y the Toronto Teen Survey Team. (2010). Exposure to and desire for sexual health education among urban youth: Associations with religion and other factors. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 19(4), 169-184.
- Chatters, L. M., Levin, J. S., y Ellison, C. G. (1998). Public Health and Health Education in Faith Communities. *Health Education & Behavior*, 25(6), 689-699.
- Cheyne, J. A. (2009). Atheism Rising. The Connection Between Intelligence, Science, and the decline of belief. *Skeptic*, 15(2), 33-37.
- Clavijo, A. (2004). La Definición de los Problemas Psicológicos y Conducta Gobernada por Reglas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 305-316.
- Coe, G. (1900). *The spiritual life: studies in the science of religion*. Nueva York, EE.UU: Eaton & Mains; Cincinnati, Ohio: Curts & Jennings.
- Comstock, G. W., y Partridge, K. B. (1972). Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease*, 25(12), 665-672.
- Comte-Sponville, A. (2006). *El alma del ateísmo: introducción a una espiritualidad sin Dios*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Concilio Vaticano I. (1987). Cap. III, 1. DH 3008. Recuperado de http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p1s1c3a1_sp.html
- Cragun, R., Kosmin, B., Keysar, A., Hammer, J. H., y Nielsen, M. (2012). On the receiving end: Discrimination toward the non-religious. *Journal of Contemporary Religion*, 27(1), 105-127.
- Creel, D. B. (2007). *Assessing the influence of religion on health behavior* (tesis doctoral en psicología). Indiana University, Indiana, EE.UU.

- Curlin, F. A., Sellergen, S. A., Lantos, J. D., y Chin, M. H. (2007). Physicians' Observations and Interpretations of the Influence of Religion and Spirituality on Health. *Archives of internal medicine*, 167(7), 649-654.
- D'Andrea, L. M., y Sprenger, J. (2007). Atheism and Nonspirituality as Diversity issues in Counseling. *Counseling and Values*, 5(2), 149-158.
- Dawkins, R. (1997). Is science a religion? *Humanist*, 57(1), 26-39.
- Dawkins, R. (2006). *The selfish gene*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Dawkins, R. (2006). *The God delusion*. Nueva York: Houghton Mifflin.
- Dein, S., Lewis, C. A., y Loewenthal, K. M. (2011). Psychiatrists views on the place of religion in psychiatry: An introduction to this special issue of Mental Health, Religion & Culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(1), 1-8.
- Dennett, D. (2006). *Breaking the spell: Religion as a natural phenomenon*. Nueva York: Viking Penguin.
- de Vicente Carmona, J. L. (2011). *El fenómeno religioso popular: valores y creencias: estudio de experiencias religiosas populares en Huelva a principios del siglo XXI* (tesis doctoral). Universidad de Huelva, Huelva, España.
- Díaz, C. (1997). *Manual de historia de las religiones*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Downey, M. (2004). Discrimination Against Atheists: the Facts. *Free Inquiry*, 24(4), 41-43.
- Dumézil, G. (1971). *Los dioses de los indoeuropeos*. Barcelona: Ed. Seix y Barral.
- Durkheim, E. (1912/1995). *The elementary forms of the religious life*. Traducido por Karen E. Fields. Nueva York: The Free.
- Ecklund, E. H., y Long, E. (2011). Scientists and Spirituality. *Sociology of Religion*, 72(3), 253-274.

- Eitzen, D. S., y Sage, G. H. (1992). Sport and religion. In Prebish, C. (Ed.), *Religion and Sport: The Meeting of Sacred and Profane* (pp. 79-118). Westport, CT: Greenwood Press.
- Eitzen, D. S., y Sage, G. H. (1997). *Sociology of North American Sport (6th ed.)*. Boston: McGraw-Hill.
- Ekedahl, M., y Wensgtrom, Y. (2010). Caritas, spirituality and religiosity in nurses' coping. *European Journal of Cancer Care*, 19(4), 530-537.
- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughtes, L. L., Leaf, J. A., y Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality: definition, description and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*, 28(4), 5-18.
- Ellison, C. G. (1994). Religion, the life stress paradigm, and the study of depression. En J. S. Levin (Ed.), *Religion in aging and health: Theoretical foundations and methodological frontiers* (pp. 78–121). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ellison, C. G., y Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25(6), 700-720.
- Encuesta 2013-2014 Sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. *Observatorio Español de la droga y las Toxicomanías*. Recuperada de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EncuestaLaboral2013.pdf>
- Encuesta de nutrición de la Comunidad de Madrid. (2014). ENUCAM. *Documentos Técnicos de Salud Pública n° D137*. Recuperado de http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/ENUCAM_2014.pdf

Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (2009-2010). ENIDE 2011. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Presentacion_ENIDE.pdf

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-36.

Epstein, M. (1995). Release: the Buddha's third truth; Nowhere standing: the Buddha's fourth truth; Bare attention; The psychodynamics of meditation. En *Thoughts without a thinker* (pp. 75–155). Nueva York: Basic Books.

Faller, G. (2001). Psychology versus Religion. *Journal of Pastoral Counseling*, 36, 21-34.

Fernández, E., y Schiaffino, A. (2001). Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. *Enfermedades Emergentes*, 3(4), 184-190.

Ferraro, K. F., y Albrecht-Jensen, C. M. (1991). Does Religion Influence Adult Health? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30(2), 193-202.

Fiala, A. (2009). Militant atheism, pragmatism, and the God-shaped hole. *International Journal for Philosophy of Religion*, 65(3), 139-151.

Filoramo, G., Massenzio, M., Raveri, M., y Scaroi, P. (2001). *Historia de las religiones*. Barcelona: Crítica.

Finlayson Smith, A., y Graetz Simmonds, J. (2006). Help-seeking and paranormal beliefs in adherents of mainstream religion, alternative religion, and no religion. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(4), 331–341.

Fiori, K. L., Brown, E. E., Cortina, K. S., y Antonucci, T. C. (2006). Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: Age, race, and gender differences. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(3), 239-263.

- Flores Vivar, J. M. (2014). Internet en el proceso de globalización y consolidación de los medios de comunicación europeos. *Jean Monnet European Studies Centre Universidad Antonio de Nebrija*. Recuperado de <http://www.nebrija.com/jeanmonnet/pdf/flores-vivar.pdf>
- Forrester, J. (2009). Afterword: Psychoanalysis, Fascism, Fundamentalism and Atheism. *Psychoanalysis and History*, 11(2), 271-278.
- Froese, P. (2001). Hungary for Religion: A Supply-Side Interpretation of the Hungarian Religious Revival. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(2), 251-268.
- Furman, L. D., Benson, P. W., Canda, E. R., y Grimwood, C. (2005). A Comparative International Analysis of Religion and Spirituality in Social Work: A Survey of UK and US Social Workers. *Social Work Education*, 24(8), 813-839.
- Galantino, M. L. (2003). Influence of Yoga, walking and Mindfulness meditation on fatigue and body mass index in women living with breast cancer. *Seminars in Integrative Medicine*, 1(3), 151-157.
- Galen, L. W., y Kloet, J. D. (2011a). Mental well-being in the religious and non-religious: Evidence for a curvilinear relationship. *Mental Health, Religion, and Culture*, 14(7), 673-689.
- Galen, L. W., & Kloet, J. D. (2011b). Personality and social integration factors distinguishing non-religious from religious groups: The importance of controlling for attendance and demographics. *Archive for the Psychology of Religion*, 33(2), 205-228.
- Gallup Report. (1987). *Religion in America* (report N°. 259). Princeton, NJ: Gallup Organization.

- Gallup, G. (1997). The Epidemiology of Spirituality. *Lectura presentada en Spirituality and Healing in Medicine-II*. Conferencia celebrada en California, EE.UU.
- George, L. K., Ellison, C. G., y Larson, D. B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.
- Germer, C. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gil Roales-Nieto, J. (1997). *Manual de Psicología de la Salud, vol. 1. Aproximación histórica y conceptual* (1a. ed.). Granada: Némesis.
- Gil Roales-Nieto, J. (1998). *Manual de Psicología de la Salud, vol. 1. Aproximación histórica y conceptual* (2a. ed.). Granada: Némesis.
- Gil Roales-Nieto, J. (Ed.). (2000). *Manual de Psicología de la Salud, vol. 2. Comportamiento y salud/enfermedad*. Granada: Némesis.
- Gil Roales-Nieto, J., Luciano Soriano, M. C. & Molina Moreno, A. (1998). Aplicación de un procedimiento simplificado decir-hacer en promoción de la salud bucodental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(97), 619-657.
- Gil Roales-Nieto, J. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya S. A.).
- Gómez Becerra, I. (1995). Correspondencia Decir-Hacer en problemas de hábito de estudio. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21(80), 881-900.
- Gómez Becerra, I., y Luciano Soriano, C. (2000). Autocontrol a través de reglas que alteran la función. *Psicothema*, 12(3), 418-425.
- González Gómez, A. (1987). *Huelva en la Edad Media, un enclave fronterizo*. Cádiz: Editorial Tartessos S.L.

- González Valdés, T. L. (2004). Las Creencias Religiosas y Su Relación con el Proceso Salud- Enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7(2), 19-29.
- Gorsuch, R. L. (1984). Measurement: The boon and bane of investigating religion. *American Psychologist*, 39(3), 228-236.
- Gorsuch, R. L. (1995). Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of social issues*, 51(2), 65-83.
- Graham, T. W., Kaplan, B. H., Coronon-Huntley, J. C., James, S. A., Becker, C., Hames, C. G., y Heyden, S. (1978). Frequency of church attendance and blood pressure elevation. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 37-43.
- Granados Gámez, G., Gil Roales-Nieto, J., Ybarra Sagarduy, J. L. & Moreno San Pedro, E. (2005a, 3-8 de julio). *False beliefs about hypertensive symptoms and adherence in hypertensive patients*. Sesión de cartel presentada en el 9th European Congress of Psychology, Granada.
- Granados Gámez, G., Gil Roales-Nieto, J., Ybarra Sagarduy, J. L. & Moreno San Pedro, E. (2005b, 3-8 de julio). *Modification of false beliefs about hypetensive symptoms*. Sesión de cartel presentada en el 9th European Congress of Psychology, Granada.
- Greeley, A. (2003). *Religion in Europe at the End of the Second Millennium*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Green, M., y Elliott, M. (2010). Religion, Health, and Psychological Well-Being. *Journal of Religion and Health*, 49(2), 149-163.
- Greer, J. E., y Francis, L. J. (1992). Measuring 'rejection of Christianity' among 14-16-year-old adolescents in Catholic and Protestant schools in Northern Ireland. *Personality and Individual Differences*, 13(12), 1345-1348.

- Grinde, B. (2005). Can Science Promote Religion for the Benefit of Society? How Can Science Help Religion Toward Optimal Benefit for Society? *Zygon*, 40(2), 277-288.
- Guerin, B. (1994). Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 17(1), 155-163.
- Guerin, B. & Foster, T. M. (1994). Attitudes, beliefs, and behavior: Saying you like, saying you believe, and doing. *The Behavior Analyst*, 17(1), 127-129.
- Hadidi, K., Battah, A., y Hinnawi, S. (1998). Alcohol in medico legal cases seen at Jordan University Hospital. *Medicine, Science and the Law*, 38(1), 70-73.
- Haglund, M. (2010). La mujer y el tabaco: atracción fatal. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 88, 563-563. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/10-080747/es/>
- Hall, S. (1904). *Adolescence, Its psychology and Its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (2 vols.). Nueva York: D. Appleton and Company.
- Hanay, D. R. (1980). Religion and health. *Social Science & Medicine*, 14(6), 683-685.
- Harris, M. (1985). *Bueno para comer*. Madrid: Alianza Editorial S. A.
- Harris, S. (2004). *The end of faith: religion, terror and the future of reason*. Nueva York: Norton.
- Harris, M. (2005). *Vacas, cerdos, guerras y brujas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hartzell, D. (1996). Spiritual application of sports. En Yessick, T. (Ed.), *Sports Ministry for Churches* (pp. 7-12). Nashville, TN: Convention Press.
- Hayes, S. C. (1984). Making sense of spirituality. *Behaviorism*, 12(2), 99-110.
- Hayes, S. C. (2002a). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 101-106.

- Hayes, S. C. (2002b). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 58-66.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance*. New York: Guilford Press.
- Heiner, R. (1992). Evangelical Heathens: The Deviant Status of Freethinkers in Southland. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 13(1), 1-20.
- Helminiak, D. A. (2010). Theistic Psychology and Psychotherapy: A Theological and Scientific Critique. *Zygon*, 45(1), 47-74.
- Herruzo Cabrera, J. & Luciano Soriano, M. C. (1994). Procedimientos para establecer la "correspondencia decir-hacer": un análisis de sus elementos y problemas pendientes. *Acta Comportamentalia*, 2(2), 192-218.
- Herzbrun, M. B. (1999). Loss of faith: A qualitative analysis of Jewish non-believers. *Counseling & Values*, 43(2), 129-141.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., y Zinbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30(1), 52-77.
- Hill, T. D., Burdette, A. M., Ellison, C. G., y Musick, M. A. (2006). Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine*, 42(4), 309-312.
- Hinterkopf, E. (1994). Integrating spiritual experiences in counseling. *Counseling and Values*, 38(3), 165-175.
- Hitchens, C. (2007). *God is not great. How religion poisons everything*. Nueva York: Twelve Hachette Group Book.

- Hood, R.W. (2003). Spirituality and Religion. En A. L. Greil y D. G. Bromley. (Eds.), *Religion: Critical Approaches to Drawing Boundaries between Sacred and Secular* (pp. 241–264). Amsterdam: Elsevier.
- Hwang, K., Hammer, J. H., y Cragun, R. T. (2011). Extending Religion-Health Research to Secular Minorities: Issues and Concerns. *Journal of Religion and Health*, 50(3), 608-622.
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66(1), 226-228.
- Inglehart, R., Basanez, M., Diez-Medrano, J., Halman, L., y Luijkx, R. (2004). *Human Beliefs and Values: A Cross-Cultural Sourcebook Based on the 1999-2002 Value Surveys*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Instituto Nacional de Estadística. (2014). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares (TIC-H). *Boletín informativo del INE*. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np864.pdf>
- Islam, S. M. S., y Johnson, C. A. (2003). Correlates of smoking behavior among Muslim Arab-American adolescents. *Ethnicity and Health*, 8(4), 319-337.
- Ismail, H., Wright, J., Rhodes, P., y Small, N. (2005). Religious beliefs about causes and treatment of epilepsy. *British Journal of General Practice*, 55(510), 26-31.
- Ivey, A. E., Ivey, M. B., y Simek-Morgan, L. (1993). *Counseling and psychotherapy: A multicultural perspective* (3rd Ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Jahangir, S. F. (1995). Third Forces Therapy and Its Impact on Treatment Outcome. *The International Journal For The Psychology of Religion*, 5(2), 125-129.
- James. W. (1902). *La variedad de la experiencia religiosa*. Nueva York: Longmans, Green.

- Jarvis, G. K., y Northcott, H. C. (1987). Religion and differences in morbidity and mortality. *Social Science & Medicine*, 25(7), 813-824.
- Jiménez, C. N. (1994). Linaje de los Guzmanes (I) *Revista de Estudios Tarifeños*, Año IV. Núm 14. Recuperado de <http://www.tarifaweb.com/aljaranda/num14/art6.htm>
- Johnstone, B., Yoon, D. P., Cohen, D., Schopp, L. H., McCormack, G., Campbell, J., y Smith, M. (2012). Relationships Among Spirituality, Religious Practices, Personality Factors, and Health for Five Different Faith Traditions. *Journal of Religion and Health* 51(4), 1017-41.
- Jona, I. N., y Okou, F. T. (2013). Sports and Religion. *Asian Journal of Management Sciences and Education*, 2(1), 46-54.
- 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.
- Jones, S. L. (2006). Integration: Defending It, Describing It, Doing It. *Journal of Psychology and Theology*, 34(3), 252-259.
- Junta de Andalucía. (2009). Documentos para la Historia de Huelva: La Vida Religiosa. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/culturaydeporte/archivos/web_es/contenido?id=80f04548-af50-11e1-b874-000ae4865a5f&idActivo=&idContArch=f43ed3f2-ee2d-11dd-ac81-00e000a6f9bf&idArchivo=127ac794-58a4-11dd-b44b-31450f5b9dd5
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L. et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G. et al. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 625-632.
- Kagimu, M., Guwatudde, D., Rwabukwali, C., Kaye, S., Walakira, Y., y Ainomugisha, D. (2013). Religiosity for Promotion of Behaviors Likely to Reduce New HIV Infections in Uganda: A Study Among Muslim Youth in Wakiso District. *Journal of Religion and Health*, 52(4), 1211-27.
- Karasu, T. (1999). Spiritual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 53(2), 143-162.
- Kaye, H. L. (2008). Are Science and Religion Complementary Perspectives? *Society*, 45(2), 152-154.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., y Prescott, C. A. (1997). Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 322-329.
- Khavari, K. A., y Harmon, T. M. (1982). The relationship between the degree of professed religious belief and use of drugs. *International Journal of the Addictions*, 17(5), 847-857.

- King, M., Jones, L., Barnes, K., Low, J., Walker, C., Wilkinson, S., Mason, C., Sutherland, J., y Tookman, A. (2006). Measuring spiritual beliefs: development and standardizations of a Beliefs and Values Scale. *Psychological Medicine*, 36(3), 417-425.
- Kitcher, P. (2011). Militant Modern Atheism. *Journal of Applied Philosophy*, 28(1), 1-13.
- Koenig, H. G. (1990). Research on religion and mental health in later life: a review and commentary. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 23-53.
- Koenig, H. G. (1994). Religious conversion. En H. G. Koenig. *Aging and God* (pp. 419-438). Binghamton, NY: Haworth.
- Koenig, H. G., George, L. K., Cohen, H. J., Hays, J. C., Larson, D. B., y Blazer, D. G. (1998). The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. *The Journals of Gerontology*, 53(6), 426-434.
- Koenig, H. G., McCullough, M., y Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. Nueva York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2002). Religion, congestive heart failure and chronic pulmonary disease. *Journal of Religion and Health*, 41(3), 263-278.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200.
- Kosmin, B. A., y Keysar, A. (2008). *American Religious Identification Survey 2008. Summary report*. Hartford, CT: Trinity College.
- Krause, N. (2003). Race, religion, and abstinence from alcohol in late life. *Journal Aging Health*, 15(2), 508-533.
- Krueger, D. E. (1998). *What is atheism?* Amherst, NY: Prometheus Books.

- Küng, H. (1993). *El judaísmo. Pasado, Presente y Futuro*. Madrid: Ed. Trotta.
- Kuschel, K. J. (1993). *Discordia en la casa de Abrahán. Lo que separa y lo que une a judíos, cristianos y musulmanes*. Navarra, España: Ed. Verbo Divino.
- Lau, M. A. & McMMain, S. F. (2005). Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance- and change-based strategies. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 50(13), 863-869.
- Lee, J. W., Morton, K. R., Walters, J., Bellinger, D. L., Butler, T. L., Wilson, C.,... MandFraser, G. E. (2009). Cohort Profile: The biopsychosocial religion and health study (BRHS). *International Journal of Epidemiology*, 38(6), 1470-1478.
- Leech, D., y Visala, A. (2011). The Cognitive Science of Religion: Implications for Theism? *Zygon*, 46(1), 47-64.
- Lennox, J. (2008). *Gunning for God: a critique of the new atheism*. Oxford, Inglaterra: Lion.
- Levin, J. S. (1994). Religion and Health: Is There An Association, Is It valid, and Is It casual? *Soc Sci Med*, 38(11), 1475-1482.
- Levin, J. S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance., *Social Science & Medicine*, 43(5), 849-864.
- Levin, J. S., y Vanderpool, H. Y. (1987). Is frequent religious attendance really conducive to better health?: Toward an epidemiology of religion. *Social Science & Medicine*, 24(7), 589-600.
- Levin, J. S., y Ellison, C. G. (1998). The Religion-Health Connection: Evidence, Theory and Future Directions. *Health Education & Behavior*, 25(6), 700-720.

- Levin, J., Chatters, L. M., y Taylor, R. J. (2011). Theory in Religion, Aging, and Health: An Overview. *Journal of Religion and Health*, 50(2), 389-406.
- Lewis, C. A., Breslin, M. J., y Dein, S. (2008). Prayer and mental health: An introduction to this special issue of Mental Health, Religion & Culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(1), 1-7.
- Lewis, C. A., Turton, D. W., y Francis, L. J. (2007). Clergy work-related psychological health, stress, and burnout: An introduction to this special issue of Mental Health, Religion and Culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(1), 1-8.
- Lightman, B. (2012). Does the History of Science and Religion Change Depending on the Narrator? Some Atheist and Agnostic Perspectives. *Science & Christian Belief*, 24(2), 149-168.
- Linnenberg, D. (1997). Religion, spirituality and the counseling process. *International Journal of Reality Therapy*, 17(1), 55-59.
- Lizardí, D., y Gearing, R. E. (2010). Religion and Suicide: Buddhism, Native American and African Religions, Atheism, and Agnosticism. *Journal of Religion and Health*, 49(3), 377-384.
- Lloyd, C. (1998). Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drugs: Education Prevention and Policy*, 5(3), 217-232.
- Lorenzo Fernández, P. Ladero Quesada, J. M., Leza Cerro, J. C., y Lizasoain Hernández, I. (2009). *Drogodependencias. Farmacologías. Patologías. Psicología*. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.
- Lovering, R. (2009). Does Ordinary Morality Imply Atheism? A Reply to Maitzen. *Forum Philosophicum: International Journal for Philosophy*, 16(2), 83-98.

- Luciano Soriano, M. C. (1993). La Conducta Verbal a la Luz de las Recientes Investigaciones. Su Papel Sobre otras Conductas Verbales y No Verbales. *Psicothema*, 5(2), 351-374.
- Luciano Soriano, M. C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., y Páez-Blarrina, M. (2006). Avances Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5(2), 173-201.
- Lugo, L. (2008). *U.S. Religious Landscape Survey: Religious Beliefs and Practices; Diverse and Politically Relevant*. Washington, DC: Pew Forum on Religion & Public Life.
- Lyon, J. L., Klauber, M. R., Gardner, J. W., y Smart, C. R. (1976). Cancer incidence in Mormons and non-Mormons in Utah, 1966-70. *New England Journal of Medicine*. 294(3), 129-133.
- MacMahon, B., y Koller, E. K. (1957). Ethnic differences in the incidence of leukemia. *Blood*, 12(1), 1-10.
- Malinowski, B. (1948). *Magia, Ciencia y Religión*. Barcelona: Planeta Agostini.
- Maltby, J., Lewis, C. A., Freeman, A., Day, L., Cruised, S., y MandBreslin, M. J. (2010). Religion and health: the application of a cognitive-behavioural framework. *Mental Health, Religion & Culture*, 13(7/8), 749-759.
- Mariscal-Arcas, M., Rivas, A., Velasco, J., Ortega, M., Caballero, A. M., y Olea-Serrano, F. (2009). Evaluation of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) in children and adolescents in Southern Spain. *Public Health Nutrition*, 12(9), 1408-1412.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. En S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 175-197). Reno, NV: Context Press.

- Marsh, C. (2011). Religion After Atheism. *Society*, 48(3), 247-250.
- Martín, A. R., Martínez, J. M., Novalbos-Ruiz, J. P., y Jiménez, L. E. (2008). Overweight and obesity: The role of education, employment and income in Spanish adults. *Appetite*, 51(2), 266-272.
- Martin, M. (2007). *The Cambridge companion to atheism*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Martin, W. M. (2007). Transcendental Philosophy and Atheism. *European Journal of Philosophy*, 16(1), 109-130.
- Martínez-Taboas, A., Varas-Díaz, N., López-Garay, D., y Hernández-Pereira, L. (2011). Lo que todo practicante de la psicología debe saber sobre las personas ateas y el ateísmo. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(2), 203-210.
- Massé, R., y Vanier, L. (1998). Analyse des déterminants culturels de l'alimentation à risque pour la santé cardio-vasculaire. *DSC Verdun, Montreal: Protocole de Recherche*.
- Maupin, E. W. (1962). Zen Buddhism: a psychological review. *Journal of Consulting Psychology*, 26(4), 362-378.
- Mayer, J. F. (1990). *Las sectas. Inconformismos cristianos y nuevas religiones*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- McCullough, M. E. (1999). Research on religion-accommodative counseling: Review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 92-98.
- McCullough, M. E., y Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications. *Psychological Bulletin*, 135(1), 69-93.

- McIntosh, D., y Spilka, B. (1990). Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 2, 167-194.
- Medina, M. A. (2000). La religiosidad popular y la evangelización. *Teología y Catequesis*, nº 73, 39-69.
- Meissner, W. W. (2000). Psychoanalysis and religion: current perspectives. Publicado en: Boehnlein J.K. Ed. *Psychiatry and religion: the convergence of mind and spirit* (pp. 53-70). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mellor, J. M., y Freeborn, B. A. (2011). Religious Participation and Risky Health Behaviors among Adolescents. *Health Economics*, 20(10), 1226-1240.
- Meynard, T. (2011). Chinese Buddhism and the Threat of Atheism in Seventeenth-Century Europe. *Buddhist-Christian Studies*, 31(1), 3-23.
- Michalon, M. (2001). "Selflessness" in the service of the ego: contributions, limitations, and dangers of Buddhist psychology for Western psychotherapy. *American Journal Psychotherapy*, 55(2), 202-18.
- Migueles, J. H. (2013). Alcohol y deporte. *Entrenamiento*. Recuperado de <http://www.entrenamiento.com/nutricion/alcohol-y-deporte/>
- Miovic, M. (2004). An Introduction to Spiritual Psychology: Overview of the Literature, East and West. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 105-115.
- Moayad, A., Wahsheh, M. A., Geiger, B. F., y Hassan, Z. M. (2012). Considering Cultural and Religious Perspectives When Conducting Health Behavior Research with Jordanian Adolescents. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 18(1), 14-20.

- Moberg, D. (2002). Assessing and Measuring Spirituality: Confronting Dilemmas of Universal and Particular Evaluative Criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47-60.
- Moral de la Rubia, J. (2010). Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. *Revista colombiana de psicología*, 19(1), 45-59.
- Morales, H. J. C. (2011). 10 Errores Fundamentales de los Adventistas Del Séptimo Día. Recuperado de <http://www.baptistchallenge.org/challenge/spanishtract7thdia.pdf>
- Moreira-Almeida, A. (2013). Religion and health: the more we know the more we need to know. *World Psychiatry*, 12(1), 37-38.
- Moreno Navarro, I. (1972). *Propiedad, clases sociales y hermandades en la baja Andalucía*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno Otero, R., y Cortés, J. R. (2008). Nutrición y alcoholismo crónico. *Nutrición Hospitalaria*, 23(2), 3-7.
- Moreno San Pedro, E. & Gil Roales-Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- Moreno San Pedro, E., Gil Roales-Nieto, J. & Blanco Coronado, J. L. (2006). Hábitos y creencias de salud en médicos y estudiantes de Medicina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 99-110.
- Mullen, K. (1990). Religion and health: a review of the literature. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 10(1), 85-96.
- Mullen, K., Blaxter, M., y Dyer, S. (1986). Religion and attitudes towards alcohol use in the Western Isles. *Drug and Alcohol Dependence*, 18(1), 51-72.

- Mullen, K., y Francis, L. J. (1995). Religiosity and attitudes towards drug use among Dutch school children. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41(1), 16-25.
- Mullen, K., Williams, R., y Hunt, K. (1996). Irish descent, religion, and alcohol and tobacco use. *Addiction*, 91(2), 243-254.
- Musick, M. A., Blazer, D. B., y Hays, J. C. (2000). Religious activity, alcohol use, and depression in a sample of elderly baptists. *Research on Aging*, 22(2), 91-116.
- Myers, D. G., y Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-19.
- Nebot, T. et al. (1991). La actividad física de los escolares: un estudio transversal. *Revista de Sanidad Pública*, 65(4), 325-331.
- Nerín de la Puerta, I., y Jané Checa, M. (2007). *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género*. Zaragoza: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) y Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).
- Newcomb, M. D., Maddahian, E., & Bentler, P. M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 76(5), 525-531.
- Nonnemaker, J. M., McNeely, C. A., Blum, W. (2003). Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science and Medicine*, 57(11), 2049-2054.
- Norris, P., y Inglehart, R. (2004). *Sacred and Secular: Religion and Politics Worldwide*. Nueva York: Cambridge University Press.

- Nussbaum, E. (1999). Faith no more: The campus crusade for secular humanism. *Lingua Franca*. Recuperado de <http://linguafranca.mirror.theinfo.org/9910/faith.html>
- Oleckno, W. A., & Blacconiere, M. J. (1991). Relationship of religiosity to wellness and other health related behaviors and outcomes. *Psychological Reports*, 68(3), 819-826.
- Osler, W. (1910). The faith that heals. *British Medical Journal*, 1(2581), 1470-1472.
- Oxman, T. E., Freeman, D. H., y Mannheimer, E. D. (1995). Lack of social participation and religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic Medicine*, 57(1), 5-15.
- Palmer, D. C. (2008). On Skinner's Definition of Verbal Behavior. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 295-307.
- Pargament, K. (1999). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research and Practice*. Nueva York: The Guilford Press.
- Pascual Pastor, F., y Serecigni, J. G. (2012). Monografía sobre el alcoholismo. *Plan Nacional sobre Drogas*. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/alcohol.pdf>
- Pérez, J. A. et al. (2004). Los bojeos de Bonares y el obispado visigodo de niebla. *Diputación de Huelva*. ISBN 848163347X.
- Peters, T. (2007). Christian God-Talk While Listening to Atheists, Pluralists, and Muslims. *Dialog: A Journal of Theology*, 46(2), 84-103.
- Peters, G. (2009). 'Coming out' can be a trial for atheists and agnostics. *The National*. Recuperado de <http://www.thenational.ae/article/20090514/FOREIGN/705139850/1014>

- Piedmont, R. L. (2005). The role of personality in understanding religious and spiritual constructs. En R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 253–273). Nueva York: Guilford.
- Pirutinsky, S. (2009). The terror management function of Orthodox Jewish religiosity: A religious culture approach. *Mental Health, Religion and Culture*, 12(3), 247-256.
- Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. La Iglesia: Drogas y Adicción a las Drogas. (2001). *Catholic.net*. Recuperado de <http://es.catholic.net/op/articulos/52266/cat/1042/la-iglesia-drogas-y-adiccion-a-las-drogas.html>
- Porpora, D. V. (2006). Methodological Atheism, Methodological Agnosticism and Religious Experience. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 36(1), 57-75.
- Powell, L. H., Shahabi, L., y Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52.
- Princeton Religious Research Center. (1994). Importance of religion climbing again. *PRRC Emerging Trends*, 16(1), 1-4.
- Quiceno, 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.
- Qureshi, B. A. (1981). Nutrition and multi-ethnic groups. *Journal of the Royal Society of Health*, 101(5), 11-14.
- Raja Hernández, R., Gala León, F. J., González Infante, J. M., Lupiani Giménez, M., Guillén Gestoso, C., y Sánchez, I. A. (2002). Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte. *Cuadernos de Medicina Forense*, N° 29, 21-36.

- Reed, K. (1991). Strength of religious affiliation and life satisfaction. *Sociology of Religion*, 52(2), 205-210.
- Reyes Vizcaíno, P. M. (2008). *Las persecuciones romanas a los cristianos*. Recuperado de <http://www.e-libertadreligiosa.net/index.php/temas-historicos4/libertad-religiosa-en-otras-epocas/262-las-persecuciones-romanas-a-los-cristianos.html>
- Richards, P. S., y Davison, M. L. (1989). The effects of theistic and atheistic counselor values on client trust: A multidimensional scaling analysis. *Counseling and Values*, 33(2), 109-120.
- Richards, P. S., y Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Rivas Torres, R. M. (1991). *Las creencias y conductas de salud de niños y adolescentes*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Rivas Torres, R. M. & Fernández Fernández, P. (1996). Conocimiento y creencias sobre la salud en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 4(1), 97-108.
- Rizzuto, A. M. (1979). *The birth of the living God*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Robbins, J. W. (1987). "You will be like God". Richard Rorty and Mark C. Taylor on the Theological Significance of Human Language Use. *Zygon*, 22(1), 7-19.
- Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 50-57.

- Rodríguez Ordax, J., De Abajo, S., y Márquez, S. (2004). Relación entre actividad física y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales para la salud en alumnos de ESO del municipio de Avilés. *European Journal of Human Movement*, 12, 46-69.
- Rodríguez Teijeiro, D., Martínez Patiño, M.J. y Mateos, C. (2005). Identidad y estereotipos de la mujer en el deporte: una aproximación a la evolución histórica. *Revista de Investigación en Educación*, 2(0), 109-126.
- Romero, E., y Macías, U. (2005). *Los judíos de Europa. Un legado de 2.000 años*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Roudinesco, E. (2009). Humanity and Its Gods: Atheism. *Psychoanalysis and History*, 11(2), 251-260.
- Rowe, W. L. (2010). Friendly atheism revisited. *International Journal for Philosophy of Religion*, 68(1/3), 7-13.
- Salman, R. (2000). *The interrelationship between smoking and other lifestyle determinants among Jordanian adolescents* (tesis de master). Jordan University of Science and Technology, Jordan.
- Santoni, R. E. (2010). The Memphis Session on Living Without God. *Sartre Studies International*, 16(2), 85-93.
- Schumaker, J. F. (1992). *Religion and mental health*. Nueva York: Oxford University Press.
- Schweiker, W. (2005). Thinkpiece. The Varieties and Revisions of Atheism. *Zygon*, 40(2), 267-276.
- Seagal, Z. V., Williams, J. M. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.

- Seidman, H. (1966). Lung cancer among Jewish, Catholic and Protestant males in New York City. *Cancer*, 19(2), 185-190.
- Shapiro, D. H., Jr & Zifferblatt, S. M. (1976a). An applied clinical combination of Zen meditation and behavioral self-management techniques: Reducing metadone dosage in drug addiction. *Behavior Therapy*, 7(5), 694-695.
- Shapiro, D. H., Jr & Zifferblatt, S. M. (1976b). Zen meditation and behavior self-control: Similarities, differences, and clinical applications. *American Psychologist*, 31(7), 519-532.
- Shariff, A. F., Cohen, A. B., y Norenzayan, A. (2008). The Devil's Advocate: Secular Arguments Diminish both Implicit and Explicit Religious Belief. *Journal of Cognition and Culture*, 8(3/4), 417-423.
- Shatenstein, B., y Ghadirian, P. (1998). Influences on Diet, Health Behaviours and Their Outcome in Select Ethno cultural and Religious Groups. *Nutrition*, 14(2), 223-230.
- Shear, J. (Ed.). (2006). *The experience of meditation*. Nueva York: Paragon House Publishers.
- Shmueli, A., y Tamir, D. (2007). Health behavior and religiosity among Israeli Jews. *Israeli Medical Association Journal*, 9(10), 703-707.
- Silvestri, G. A., Knittig, S., Zoller, J. S., et al. (2003). Importance of faith on medical decisions regarding cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 21(7), 1379-1382.
- Skinner, B. F. (1983). *Conducta verbal* (R. Ardila, Trad.). México, D. F.: Trillas. (Trabajo original publicado en 1957).

- Smith, T. B., McCullough, M. E., y Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636.
- Smith-Stoner, M. (2007). End-of-life preferences for atheists. *Journal of Palliative Medicine*, 10(4), 923-928
- Sociedad española de toxicomanías. (2004). Estudio Internacional sobre Género, Alcohol y Cultura o "Proyecto Genacis". *Plan Nacional Sobre Drogas*. Recuperado de http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Genero_alcohol.pdf
- Solberg, E. E., Halvorsen, R. & Holen, A. (2000). Effect of meditation on immune cells. *Stress Medicine*, 16(3), 185-190.
- Sperry, L. (2001). *Spirituality in clinical practice: incorporating the spiritual dimension in psychotherapy and counseling*. Philadelphia: Brunner-Rutledge.
- Stam, J. (1979). El Ateísmo Existencialista de J. P Sartre. *Revista de Filosofía de la Universidad de Costa Rica*, 17(45), 37-42.
- Starbuck, E. (1899). *The Psychology Of Religion: An Empirical Study Of The Growth Of Religious Consciousness*. Londres: Paternoster Square.
- Steinitz, L. Y. (1980). Religiosity, well-being, and Weltanschauung among the elderly. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19(1), 60-67.
- Stenger, V. J. (2008). *God, The Failed Hypothesis*. Nueva York: Prometheus Books.
- Suleiman, R., Shareef, M., Kharabsheh, S., y Abu Danoon, M. (2003). Substance use among university and college students in Jordan. *The Arab Journal of Psychiatry*, 14(2), 94-105.
- Suzuki, D. T., y Fromm, E. (1960). *Budismo Zen y Psicoanálisis*. Nueva York: Harper and Brothers.

- Testerman, J. K. (1997). Spirituality VS Religion: Implications for Healthcare. Presentado en *20th Annual Faith and Learning Seminar*. California, EE.UU.
- Tirch, D. D. (2010). Mindfulness as a Context for the Cultivation of Compassion. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 113-123.
- Tobeña, A. (2007). Cerebros religiosos y cerebros ateos. *Evolución*, 2(1), 43-49.
- Törneke, N., Luciano, C., y Valdivia Salas, S. (2008). Rule-Governed Behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(2), 141-156.
- Torres-Dulce, M. A. (2001). El Islam. Una religión monoteísta, totalizante y en expansión. *Revista Palabra*, IX, nº 447-448.
- Twemlow, S. W. (2001). Training psychotherapists in attributes of “mind” from Zen and psychoanalytic perspectives. *American Journal of Psychotherapy*, 55(1), 1-2.
- Valiente Barroso, C., García García, E. (2010). La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar de atención psicogeriátrica. *Psicogeriatría*, 2(3), 153-165.
- Vallejo Pareja, M. Á. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99.
- Varela-Moreiras, G., Avila, J. M., Cuadrado, C., del Pozo, S., Ruiz, E., y Moreiras, O. (2010). Evaluation of food consumption and dietary patterns in Spain by the Food Consumption Survey: updated information. *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(3), 37-43.
- Vaux, K. (1976). Religion and Health. *Preventive Medicine*, 5(4), 522-536.
- Villa, R. S., y Fernández Hermida, J. R. (2001). Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del municipio de Oviedo. *Proyecto Hombre*. Recuperado de http://www.proyectohombrestur.org/fotos/estudio_oviedo.PDF

- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28(2), 366-377.
- Volokh, E. (2006). Parent-child speech and child custody speed restrictions. *Nueva York University Law Review*, 81(1), 631-733.
- Vrban Aquino, V., y Fontão Zago, M. M. (2007). El Significado de las Creencias Religiosas Para un Grupo de Pacientes Oncológicos en Rehabilitación. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 42-47.
- Wallace, J. M. Jr., y Forman, T. A. (1998). Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education and Behavior*, 25(6), 721-741.
- Wallace, J. M. Jr. (2002). Is Religion Good for Adolescent Health? A National Study of American High School Seniors. *CRRUCS Report*. Recuperado de <http://www.baylor.edu/content/services/document.php/24226.pdf>
- Watson, J. (2009). Can children and young people learn from atheism for spiritual development? A response to the National Framework for Religious Education. *British Journal of Religious Education*, 30(1), 49-58.
- Weinrach, S. G., y Thomas, K. R. (1996). The counseling profession's commitment to diversity-sensitive counseling: A critical reassessment. *Journal of Counseling & Development*, 74(5), 472-477.
- Welch, S., y Comer, J. (1988). *Quantitative methods for public administration*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Whitley, R. (2010). Atheism and Mental Health. *Harvard Review of Psychiatry*, 18(3), 190-194.

- WHO. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. *Biblioteca de la OMS*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf
- WHO. (2005). Alcohol Gender and Drinking Problems, Perspectives from Low and Middle Income Countries. *Biblioteca de la OMS*. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_gender_drinking_problems.pdf
- Whooley, M. A., Boyd, A. L., Gardin, J. M., & Williams, D. R. (2002). Religious involvement and cigarette smoking in young adults. *Archives of Internal Medicine*, 162(14), 1604-1610.
- Wilde, A., y Joseph, S. (1997). Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences*, 23(5), 889–900.
- Williams, P. S. (2009). *A skeptic's guide to atheism: God is not dead*. London: Paternoster.
- Wink, P. (2003). Dwelling and seeking in late adulthood: The psychosocial implications of two types of religious orientation. En McFadden. S., Brennan. M., Patrick. J. (Eds.). *New directions in the study of late life religiousness and spirituality* (pp. 101-118). Binghamton, NY: Hawthorne Pastoral Press.
- Witrer, R. A., Stock, W. A., Okun, M. A. & Earing, M. J. (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. *Review of Religious Research*, 26(4), 332-342.
- Wynder, E. L., Lemon, F. R., y Bross, I. J. (1959). Cancer and coronary artery disease among Seventh Day Adventists. *Cancer*, 12(5), 1016-1028.

- Yates, B. T., Wagner, J. L., y Surprenant, L. M. (1997). Recall of health-risky behaviors for the prior two or four weeks via computerized versus printed questionnaire. *Computers in Human Behavior*, 13(1), 83-110.
- Yoffe, L. (2013). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Psicodebate 7. Psicología, Cultura y Sociedad*. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf>
- Zinnbauer, B. J., y Pargament, K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. En R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology and spirituality* (pp. 21-42). Nueva York: Guilford Press.
- Zubiri, X. (1993). *El problema filosófico de la historia de las religiones*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zuckerman, P. (2009). Atheism, secularity, and well-being. *Sociology Compass*, 3(6), 949-971.
- Zuckerman, P. (2007). Atheism: Contemporary Rates and Patterns. En M. Martin. (Ed.), *From the Cambridge Companion to Atheism* (pp. 47-67). Cambridge, Inglaterra: University of Cambridge Press.
- Zuckerman, D. M., Kasl, S. V., y Ostfeld, A. M. (1984). Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor: The role of religion, wellbeing, and social contact. *American Journal of Epidemiology*, 119(1), 410-423.

Anexos

Anexo I. Cuestionario.

CUESTIONARIO SOBRE SALUD Y RELIGIÓN-ESPIRITUALIDAD

Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social

Universidad de Huelva

Instrucciones:

El cuestionario que se presenta a continuación pretende recoger su opinión sobre una serie de temas relacionados con la salud y las creencias.

Sus respuestas serán totalmente anónimas.

Por favor lea atentamente los enunciados de todas las preguntas y conteste a las mismas de forma sincera. Marque con X en los circulitos. Si no entiende alguna pregunta o esta le genera dudas, por favor hágaselo saber al investigador. Él le ayudará.

Muchas gracias por su colaboración.

1. Sexo:

2. Fecha de Nacimiento:

3. Estado civil:

4. Número de Hijos:

5. Lugar de Nacimiento:

6. Profesión:

7. Nivel de Estudios:

- () Básicos (EGB, Primaria, ESO...)
- () Medios (Instituto, BUP, COU, Bachiller...)
- () Formación Profesional (Grado Medio, Grado Superior)
- () Universitarios (Grados, Licenciatura...)
- () Universitarios Superiores (Másters, Doctorados...)

El siguiente apartado son una serie de cuestiones acerca de la salud. Por favor responda a todas con la mayor sinceridad posible.

1. ¿Es usted fumador?

No.

Sí.

- ¿En los últimos 14 días cuantos cigarrillos ha fumado?

No Fumo.

Ninguno.

Menos de 5.

Mitad de un paquete o menos

1 paquete o más.

2 paquetes o más.

- Ha masticado o esnifado tabaco.

No mastico ni esnifo tabaco.

1 o 2.

3 o 4.

5 o más.

- ¿Desde cuándo lleva usted fumando o masticando con regularidad?

No fumo ni mastico o esnifo tabaco.

Menos de un año.

De 1 a 5 años.

Más de 5 años.

- Si usted no fuma ahora, ¿ha fumado con anterioridad?

Nunca he fumado.

Sí, durante menos de 5 años.

Sí, durante más de 5 años.

Fumo ahora.

2. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

No.

Sí.

- ¿En los últimos 14 días cuántas bebidas alcohólicas ha consumido?

Ninguna.

De 2 a 4.

De 5 a 10.

De 11 a 18.

De 19 a 28.

Más de 28.

- ¿Cuántos días de estas últimas 2 semanas ha consumido usted más de 5 bebidas alcohólicas?

Ninguno.

1 día.

De 2 a 4.

De 5 a 7.

De 8 a 13.

Más de 14 días.

- ¿En los últimos 14 días cuántas veces se ha montado en un coche que conducía un conductor borracho? Incluyendo si usted era el conductor.

Ninguna vez.

Una vez.

Dos veces.

De 3 a 5 veces.

Más de 6 veces.

3. ¿Consumen usted drogas ilegales de algún tipo? (Cocaína, anfetamina, crack, cristal, marihuana, etc.)

No.

Sí.

- ¿Cuántos días ha consumido drogas ilegales en los pasados 14 días?

Ninguno.

1 día.

De 2 a 4.

De 5 a 8.

De 9 a 14.

Más de 14.

- ¿En los últimos 14 días cuántas veces se ha montado en un coche que conducía una persona bajo los efectos de las drogas ilegales? Incluyendo si usted era el conductor.

Ninguna vez.

Una vez.

Dos veces.

De 3 a 5 veces.

Más de 6 veces.

- ¿Cuántas veces, en los últimos 14 días, ha compartido una aguja hipodérmica?

No me inyecto drogas ilegales.

Ninguna vez.

1 vez.

De 2 a 7.

De 8 a 14.

15 o más.

4. ¿Desde cuándo es usted sexualmente activo?

- No soy sexualmente activo.
- Desde hace menos de 1 año.
- De 1 a 2 años.
- De 3 a 5 años.
- De 6 a 10 años.
- Más de 10 años.

- ¿Tiene usted 1 o más compañeros sexuales regulares?

- No soy sexualmente activo.
- No tengo ningún compañero actualmente.
- Sí, 1 compañero sexual (mi esposo/a, novio/a...).
- Sí, 2 o más compañeros sexuales.

- ¿Cuántas veces en los últimos 14 días ha tenido un encuentro sexual?

- No soy sexualmente activo.
- Ninguno.
- De 1 a 3.
- De 4 a 7.
- De 8 a 13.
- 14 o más veces.

- ¿En qué porcentaje de sus encuentros sexuales de los últimos 14 días ha usado usted o su pareja algún método anticonceptivo?

- No soy sexualmente activo.
- No he tenido ningún encuentro sexual en los últimos 14 días.
- Menos del 50%
- Más del 50%
- El 100%.

- ¿Ha tenido usted alguna enfermedad de transmisión sexual? (Herpes, gonorrea, sífilis, clamidia, etc.)

- No soy sexualmente activo.
- Ninguna.
- Una.
- Más de una.

5. ¿Realiza usted algún tipo de programa de ejercicio?

- No.
- Sí, lo realizo por mi cuenta.
- Sí, con un grupo de ejercicio.

- ¿En los últimos 14 días, cuántas veces ha realizado algún tipo de ejercicio aeróbico (correr, piscina, danza, etc.) durante al menos 20 minutos?

- Ninguna.
- 1 vez.
- 2 veces.
- De 3 a 7 veces.
- De 8 a 14 veces.

6. ¿Realiza usted algún tipo de dieta?

- No.
- Sí, la realizo por mi cuenta.
- Sí, la realizo bajo los consejos de expertos en la materia (médico, nutricionista, dietista, etc.).

- ¿Ha comido algún tipo de alimento altamente calórico en los últimos 14 días? (carnes rojas, pizzas, hamburguesas, kebabs, comida precocinada, etc.).

- Ninguna.
- De 1 a 4.
- De 5 a 8.
- De 9 a 15.
- Más de 15.

- ¿En los últimos 14 días ha consumido algún tipo de comida basada en vegetales, frutas y verduras?

- () Ninguno.
- () De 1 a 4.
- () De 5 a 8.
- () De 9 a 14.
- () Más de 14.

7. ¿Practica usted algún tipo de meditación?

- () No.
- () Sí, la realizo solo.
- () Sí, la realizo junto a mi grupo religioso.

8. ¿Participa usted en algún tipo de obra con fines sociales, comunitarios, de beneficencia, voluntariado, etc.?

- () No.
- () Sí, la realizo por mi cuenta.
- () Sí, la realizo junto a los miembros de mi congregación religiosa.

9. ¿Toma usted todas las precauciones necesarias a la hora de conducir? (se pone el cinturón, ajusta los espejos, utiliza gafas si las necesita para conducir, etc.)

- () Siempre.
- () Nunca.
- () De vez en cuando.

10. ¿Ha padecido usted alguna enfermedad en los últimos 2 años? Especifique cuál por favor.

11. ¿Existe alguna cuestión sobre su salud que usted pueda resaltar? Enfermedades de la infancia, familiares...

El siguiente apartado le pregunta acerca de su religión. Por favor marque con una X en aquella opción que se corresponda con sus creencias religiosas. Una vez marcada pase a la página indicada y conteste solo a las preguntas sobre su religión.

¿Con cuál creencia religiosa se identifica usted?

- () Ateo. No creo en absolutamente nada. (Pase página 22)
- () Cristiano. (Pase página 10)
- () Musulmán. (Pase página 16)
- () Judío. (Pase página 19)
- () Testigo de Jehová. (Pase página 10)
- () Evangelista. (Pase página 10)
- () Mormón. (Pase página 10)
- () Agnóstico. Ni afirmo ni desmiento. (Pase página 22)

1. Soy una persona espiritual.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

2. Creo que poseo espíritu o alma y que puede sobrevivir a mi muerte.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

3. Creo en un Dios personal.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

4. Creo que la meditación/rezar tiene mucho valor.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

5. Creo que Dios es una presencia omnipresente.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

6. Creo que lo que pasa después de mi muerte está muy relacionado con cómo he vivido mi vida.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

7. Creo que existen fuerzas para el mal en el Universo.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

8. A pesar de que no siempre lo puedo entender, creo que todo pasa por una razón.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

9. Creo que el contacto físico humano puede ser una experiencia espiritual.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

10. Me siento uno con el mundo cuando estoy rodeado de naturaleza.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

11. Creo en la vida después de la muerte.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

12. Soy una persona religiosa.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

13. Las ceremonias religiosas son importantes para mí.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

14. Cumpro con la asistencia a mis oficios religiosos.

- Siempre.
- Muy Frecuentemente.
- Frecuentemente.
- Raramente.
- Nunca

15. Creo que toda mi vida está planificada.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

16. Creo que Dios es una fuerza de vida.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

17. Al menos una vez en mi vida, he tenido una experiencia espiritual intensa.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

18. Creo que existe un Cielo.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

19. Creo que el espíritu humano es inmortal.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo

20. Creo que rezar tiene valor.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

21. Prefiero realizar mis rezos en compañía de los miembros de mi iglesia antes que hacerlo solo/a.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

22. Las oraciones o rezos han de realizarse también en casa o en el trabajo. No solo en la iglesia.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

23. Creo que existe un Dios.

() Muy de Acuerdo.

() De Acuerdo.

() Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

() En Desacuerdo.

() Muy en Desacuerdo.

1. Me resulta inspirador leer el Corán.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

2. Allah me ayuda.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

3. Decir mis oraciones me ayuda mucho.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

4. El Islam me ayuda a llevar una vida mejor.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

5. Me gusta aprender mucho acerca de Allah.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

6. Yo creo que Allah ayuda a la gente.
- Muy de Acuerdo.
 - De Acuerdo.
 - Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 - En Desacuerdo.
 - Muy en Desacuerdo.
7. Las cinco oraciones me ayudan mucho.
- Muy de Acuerdo.
 - De Acuerdo.
 - Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 - En Desacuerdo.
 - Muy en Desacuerdo.
8. La súplica (Ad-duaa) me ayuda.
- Muy de Acuerdo.
 - De Acuerdo.
 - Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 - En Desacuerdo.
 - Muy en Desacuerdo.
9. Creo que el Corán es relevante y aplicable a nuestros días.
- Muy de Acuerdo.
 - De Acuerdo.
 - Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 - En Desacuerdo.
 - Muy en Desacuerdo.
10. Yo creo que Allah escucha las oraciones.
- Muy de Acuerdo.
 - De Acuerdo.
 - Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 - En Desacuerdo.
 - Muy en Desacuerdo.

11. Mohammed (la paz sea con él) es un buen modelo de conducta para mí.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

12. Yo rezo cinco veces al día.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

13. He de ayunar el mes de Ramadán.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

14. Realizo mis oraciones diarias en la mezquita.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

1. Mi religión influye en todo lo que hago.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

2. Creo que la Torá fue entregada a Moisés por Dios en el Sinaí.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

3. Trato de observar la halajá [ley religiosa] con el mayor cuidado posible.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

4. Creo que Dios dirige y controla el mundo.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

5. Mi práctica religiosa es principalmente por la expectativa social.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

6. Creo que Dios ama a todas sus creaciones.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

7. Siento que Dios está siempre disponible para mí.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

8. Siento que Dios oye mis oraciones.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

9. Siento la intervención divina dentro de mi vida.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

10. Yo creo en Dios.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

11. Digo bendiciones con kavaná (devoción).

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

1. La religión está fuera de mis experiencias e intereses.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

2. No creo en un Dios personal.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

3. No creo que exista ninguna vida después de la muerte.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

4. El clero está completamente fuera de contacto con la gente joven.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

5. En el pasado la religión ha hecho más daño que bien a la humanidad.
 Muy de Acuerdo.
 De Acuerdo.
 Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
 En Desacuerdo.
 Muy en Desacuerdo.

6. Veo demasiado sufrimiento inocente para creer en un Dios que es todo poderoso.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

7. La Iglesia no debería de dictaminar una forma de vida ni un código moral para todo el mundo.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

8. La educación religiosa en las escuelas carece de interés y es inefectiva.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

9. Los sermones de la iglesia son una pérdida de tiempo.

- Muy de Acuerdo.
- De Acuerdo.
- Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.
- En Desacuerdo.
- Muy en Desacuerdo.

10. Si existe un Dios quiero evidencias que me ayuden a creer.

Muy de Acuerdo.

De Acuerdo.

Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

En Desacuerdo.

Muy en Desacuerdo.

11. Me cuesta creer que los milagros hechos por Jesús ocurriesen de verdad.

Muy de Acuerdo.

De Acuerdo.

Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

En Desacuerdo.

Muy en Desacuerdo.

12. Ir a la iglesia es un ritual sin sentido.

Muy de Acuerdo.

De Acuerdo.

Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

En Desacuerdo.

Muy en Desacuerdo.

13. La mayoría de las personas religiosas son hipócritas que no practican lo que creen.

Muy de Acuerdo.

De Acuerdo.

Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

En Desacuerdo.

Muy en Desacuerdo.

14. La resurrección no es creíble pues los muertos no vuelven de la muerte.

Muy de Acuerdo.

De Acuerdo.

Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

En Desacuerdo.

Muy en Desacuerdo.

15. Dios es algo que las personas crean para ellos mismos.

Muy de Acuerdo.

De Acuerdo.

Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

En Desacuerdo.

Muy en Desacuerdo.

16. Las religiones no me han ayudado en conseguir ideas satisfactorias sobre Dios.

Muy de Acuerdo.

De Acuerdo.

Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

En Desacuerdo.

Muy en Desacuerdo.

17. La iglesia no es moderna y no me atrae.

Muy de Acuerdo.

De Acuerdo.

Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

En Desacuerdo.

Muy en Desacuerdo.

18. El Universo entero está gobernado por la casualidad.

() Muy de Acuerdo.

() De Acuerdo.

() Ni en Acuerdo Ni en Desacuerdo.

() En Desacuerdo.

() Muy en Desacuerdo.

Anexo II. Tabla 22.³

Tabla 22: correlación entre elementos entre elementos para las preguntas del Rejection of Christianity Scale

	Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 7	Pregunta 9	Pregunta 10	Pregunta 12	Pregunta 13	Pregunta 16	Pregunta 17
Pregunta 1	1,000	,402	,333	,127	,351	,155	,210	,124	,184	,248
Pregunta 2	,402	1,000	,329	,140	,226	,182	,251	,008	,371	,108
Pregunta 3	,333	,329	1,000	,010	,234	,215	,206	,155	,417	,245
Pregunta 7	,127	,140	,010	1,000	,317	,092	,131	,096	,297	,322
Pregunta 9	,351	,226	,234	,317	1,000	,195	,627	,378	,339	,415
Pregunta 10	,155	,182	,215	,092	,195	1,000	,225	,097	,248	,142
Pregunta 12	,210	,251	,206	,131	,627	,225	1,000	,321	,321	,319
Pregunta 13	,124	,008	,155	,096	,378	,097	,321	1,000	,170	,352
Pregunta 16	,184	,371	,417	,297	,339	,248	,321	,170	1,000	,430
Pregunta 17	,248	,108	,245	,322	,415	,142	,319	,352	,430	1,000

³ Anexo II: Pregunta 1: la religión está fuera de mis experiencias e intereses. Pregunta 2: no creo en un dios personal. Pregunta 3: no creo que exista ninguna vida después de la muerte. Pregunta 7: la iglesia no debería de dictaminar una forma de vida ni un cogido moral para todo el mundo. Pregunta 9: los sermones de la iglesia son una pérdida de tiempo. Pregunta 10: si existe un dios quiero evidencias que me ayuden a creer. Pregunta 12: ir a la iglesia es un ritual sin sentido. Pregunta 13: la mayoría de las personas religiosas son hipócritas que no practican lo que creen. Pregunta 16: las religiones no me han ayudado en conseguir ideas satisfactorias sobre dios. Pregunta 17: la iglesia no es moderna y no me atrae.

Anexo III. Análisis papel versus *online*.

Tabla 61: Estadísticas de grupo Prueba T Papel vs Online

	Cuestionario rellenado		Media	Desviación estándar	Media de error estándar
	Online o en Papel	N			
Edad en años	Papel	105	39,66	16,216	1,583
	Online	74	29,66	10,686	1,242

Tabla 62: Prueba de muestras independientes Papel vs Online

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Edad en años	Se asumen varianzas iguales	18,695	,000	4,63	177	,000	9,995	2,155	5,742	14,248
	No se asumen varianzas iguales			4,96	176,8	,000	9,995	2,012	6,025	13,965

Tabla 63: Tabla cruzada Religión ateos más agnósticos ¿Es usted fumador?

Cuestionario rellenado Online o en Papel			¿Es usted fumador?		
			Sí	No	Total
Papel	Religión ateos más	Ateo y agnósticos	10	25	35
	agnósticos	Cristiano	16	46	62
	Total		26	71	97
Online	Religión ateos más	Ateo y agnósticos	31	36	67
	agnósticos	Cristiano	0	5	5
	Total		31	41	72

Tabla 64: Tabla cruzada Religión ateos más agnósticos ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

Cuestionario rellenado Online o en Papel			¿Consume usted bebidas alcohólicas?		
			Sí	No	Total
Papel	Religión ateos más	Ateo y agnósticos	28	7	35
	agnósticos	Cristiano	33	30	63
	Total		61	37	98
Online	Religión ateos más	Ateo y agnósticos	56	10	66
	agnósticos	Cristiano	4	1	5
	Total		60	11	71

Tabla 45: Tabla cruzada Religión ateos más agnósticos ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?

Cuestionario rellenado Online o en Papel			¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo?		
			Sí	No	Total
Papel	Religión ateos más	Ateo y agnósticos	7	27	34
	agnósticos	Cristiano	4	59	63
	Total		11	86	97
Online	Religión ateos más	Ateo y agnósticos	19	48	67
	agnósticos	Cristiano	0	5	5
	Total		19	53	72

Tabla 66: Pruebas de chi-cuadrado ¿Es usted fumador? Papel vs Online

Cuestionario rellenado Online o en Papel		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Significació n exacta (bilateral)	Significació n exacta (unilateral)
Papel	Chi-cuadrado de Pearson	,087 ^a	1	,768		
	Corrección de continuidad ^b	,003	1	,955		
	Razón de verosimilitud	,087	1	,768		
	Prueba exacta de Fisher				,814	,473
	Asociación lineal por lineal	,086	1	,769		
	N de casos válidos	97				
Online	Chi-cuadrado de Pearson	4,063 ^c	1	,044		
	Corrección de continuidad ^b	2,395	1	,122		
	Razón de verosimilitud	5,912	1	,015		
	Prueba exacta de Fisher				,066	,054
	Asociación lineal por lineal	4,006	1	,045		
	N de casos válidos	72				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,38.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,15.

Tabla 67: Pruebas de chi-cuadrado ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Papel vs Online

Cuestionario rellenado Online o en Papel		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Significaci3n exacta (bilateral)	Significaci3n exacta (unilateral)
Papel	Chi-cuadrado de Pearson	7,303 ^a	1	,007		
	Correcci3n de continuidad ^b	6,175	1	,013		
	Raz3n de verosimilitud	7,697	1	,006		
	Prueba exacta de Fisher				,009	,006
	Asociaci3n lineal por lineal	7,229	1	,007		
N de casos v3lidos		98				
Online	Chi-cuadrado de Pearson	,083 ^c	1	,773		
	Correcci3n de continuidad ^b	,000	1	1,000		
	Raz3n de verosimilitud	,078	1	,780		
	Prueba exacta de Fisher				,581	,581
	Asociaci3n lineal por lineal	,082	1	,774		
N de casos v3lidos		71				

a. 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es 13,21.

b. S3lo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento m3nimo esperado es ,77.

Tabla 68: Pruebas de chi-cuadrado ¿Consume usted drogas ilegales de algún tipo? Papel vs Online

Cuestionario rellenado Online o en Papel		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Papel	Chi-cuadrado de Pearson	4,453 ^a	1	,035		
	Corrección de continuidad ^b	3,149	1	,076		
	Razón de verosimilitud	4,223	1	,040		
	Prueba exacta de Fisher				,047	,041
	Asociación lineal por lineal	4,407	1	,036		
N de casos válidos		97				
Online	Chi-cuadrado de Pearson	1,926 ^c	1	,165		
	Corrección de continuidad ^b	,743	1	,389		
	Razón de verosimilitud	3,195	1	,074		
	Prueba exacta de Fisher				,316	,205
	Asociación lineal por lineal	1,899	1	,168		
N de casos válidos		72				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,86.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

c. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,32.

Anexo IV. Tablas nivel de estudios para cristianos, ateos y agnósticos.

Tabla 69: Nivel de estudios en ateos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Básicos	10	14,3	14,3	14,3
	Medios	11	15,7	15,7	30,0
	Intermedios	16	22,9	22,9	52,9
	Universitarios	27	38,6	38,6	91,4
	Universitarios Superiores	6	8,6	8,6	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Tabla 70: Nivel de estudios en cristianos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Básicos	20	29,4	29,4	29,4
	Medios	13	19,1	19,1	48,5
	Intermedios	15	22,1	22,1	70,6
	Universitarios	17	25,0	25,0	95,6
	Universitarios Superiores	3	4,4	4,4	100,0
	Total	68	100,0	100,0	

Tabla 71: Nivel de estudios en agnósticos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Básicos	3	9,4	9,4	9,4
	Medios	2	6,3	6,3	15,6
	Intermedios	6	18,8	18,8	34,4
	Universitarios	18	56,3	56,3	90,6
	Universitarios Superiores	3	9,4	9,4	100,0
	Total	32	100,0	100,0	

