



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad de educación y humanidades.  
Departamento de ciencias sociales.  
Escuela de psicología.

# Orientación religiosa y sintomatología depresiva en estudiantes de la universidad del Bío-Bío

Tesis para optar al título de psicólogo

**Nombre:** Cristian Carrasco Durán

**Profesores Guías:** Paulina Benavente  
Claudio Pereira

Chillan, enero de 2012

## Dedicatoria

*Le doy las gracias primeramente a Dios por el regalo que me ha dado al haberme permitido estudiar esta carrera y su apoyo constante cada día.*

*A mis padres por entregarme su sustento, comprensión y apoyo.*

*A mis hermanos y hermana por su ayuda y alegría.*

*A Carlos Cantos por su traducción y preocupación en tiempos difíciles.*

*A los profesores/as de la escuela de psicología por su instrucción y comprensión.*

*A Hildita y Don Héctor, sin ellos hubiese sido imposible aprobar.*

*A mi guía de tesis por su experticia y colaboración.*

*Y por último, a quienes de una u otra forma han ayudado a que este proceso se haya podido llevar adelante.*

*A todos les doy las gracias.*

## Índice

I. INTRODUCCIÓN .....	5
II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA .....	8
II.1. Planteamiento del problema .....	8
II.2. Justificación .....	9
II.3. Pregunta de investigación:.....	10
Pregunta principal: .....	10
Preguntas secundarias:.....	11
II. 3. Objetivos:.....	11
General: .....	11
Específicos:.....	11
III. MARCO REFERENCIAL .....	12
III.1. Antecedentes Teóricos.....	12
III.1.1. Orientación religiosa.....	12
III.1.1.1 El estudio de la religión en psicología.....	12
III.1.1.2 Definiciones en torno a la religión.....	12
III.1.1.3. Evolución histórica de la psicología de la religión .....	13
III.1.1.4. Perspectivas teóricas de la religión.....	14
III.1.1.4.1. Perspectiva Psicodinámica.....	15
III.1.1.4.2. Perspectiva Cognitiva-social .....	16
III.1.1.5. Desarrollo evolutivo de la religiosidad.....	19
III.1.1.5.1. Fowler y las etapas del desarrollo de la fe .....	19
III.1.1.6. Modelos multidimensionales.....	22
III.1.2. Sintomatología depresiva .....	23
III.1.2.1. Definiciones en torno a la depresión.....	23
III.1.2.2. Génesis y evolución histórica de la depresión .....	24
III.1.2.4. Perspectivas teóricas en torno a la depresión. ....	25
III.1.2.4.1. Perspectiva organicista .....	26
III.1.2.4.2. Perspectiva conductista de la depresión. ....	26
III.1.2.4.3. Perspectiva cognitiva de la depresión. ....	28
III.1.2.4.4. Teoría cognitiva de la depresión de Beck.....	30
III.1.2.4.5 Estrategias cognitivas para afrontar la depresión.....	32
III.1.2.5. Clasificaciones Diagnósticas en torno a la Depresión. ....	33
III.1.2.5.1. Clasificación del DSM IV-TR .....	34
III.1.2.5.1.1. Trastorno Distímico.....	34
III.1.2.5.1.2. Episodio depresivo mayor .....	35
III.1.2.5.1.3. Trastorno depresivo mayor:.....	35
III.1.2.5.2. Clasificación del CIE-10.....	36
III.1.2.5.2.1. Distimia.....	36
III.1.2.5.2.2. Episodio depresivo .....	36
III.1.2.5.2.3. Trastorno depresivo recurrente .....	37
III.2. Antecedentes Empíricos .....	37
III.2. Marco epistemológico .....	38

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
IV.1. Metodología y diseño. ....	40
IV.2. Hipótesis.....	41
IV.3. Técnicas de recolección de información.....	42
IV.4. Instrumentos.....	42
IV.4.1. Inventario de depresión de Beck. ....	43
IV.4.2. Escala de orientación religiosa Age universal 12 I/E-R. ....	44
IV.4.2.1. Proceso de adaptación ..... 45	
IV.4.2.2. Análisis de fiabilidad ..... 46	
IV.4.2.2. Análisis de validez:..... 47	
IV.4.5. Población y muestra ..... 53	
IV.4.5.1. Características de la muestra ..... 54	
IV.4.6. Análisis de datos propuesto ..... 56	
IV.4.7. Criterios de calidad..... 57	
IV.4.8. Aspectos éticos ..... 58	
V. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	59
V.I. Análisis preliminar. ....	59
Síntomatología depresiva. ....	59
Orientación religiosa.....	60
Comprobación de hipótesis. ....	62
V. CONCLUSIONES.....	64
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	68
VII. ANEXOS.....	76
Anexo a Consentimiento informado ..... 76	
Anexo b. Encuesta sociodemográfica ..... 77	
Anexo c. Escala de orientación religiosa ..... 78	
Anexo d: Inventario de depresión de Beck..... 79 82	
Anexo e. Tablas de frecuencia ..... 82	
Anexo f. Tablas de frecuencia ..... 83	

## I. INTRODUCCIÓN

Al comenzar el estudio de la religiosidad nos encontramos frente a un aspecto de la humanidad que muestra o representa su contacto con lo trascendente o metafísico, y cómo los sujetos experimentan esta vivencia, además de representar un conjunto de creencias, valores y costumbres. La religión se presenta de muchas maneras en la sociedad e influye en diversos ámbitos del quehacer sea este político, social o económico, entre otros, por lo que es inevitable ignorar la influencia que esta puede ejercer en el individuo o en un grupo de ellos, sea esta tanto favorable como perjudicial. En este sentido a lo largo de la historia ha sido la gatillante de guerras, disputas y prejuicios raciales. De esta misma forma, a sido la impulsora y mediadora de importantes reformas sociales (Tinoco, 2006) por lo cual su estudio resulta relevante para las ciencias sociales.

Junto con lo anterior, para el ser humano, la religión también ha sido la vía de escape frente a los dilemas existenciales de la vida entregando una respuesta a la angustia propia de la humanidad, junto con apoyo, consejo y contención (Franca-Tarrago, 2008). Con el paso del tiempo estas angustias, incertidumbres o necesidades emocionales fueron evolucionando en su definición conceptual y clasificación hasta convertirse en lo que hoy conocemos como patologías mentales.

Sin embargo, contrario al planteamiento anterior, para algunos autores la religión en si misma seria la causante ocasionadora de las patologías mentales provocando neurosis al favorecer la represión (Freud, 1914; Fromm, 1976).

Esta ambivalencia se ha dado no sólo por los contextos en los cuales ha estado inmersa (rígidos, hostiles, contenedores, intolerantes, etc.), sino que además por las vivencias propias de los sujetos al percibir una entidad castigadora o una entidad redentora, esto inmerso dentro de la complejidad y particularidad de cada persona (Tinoco, 2006).

Dentro de esta individualidad, los aportes teóricos realizados frente a la religión en un primer momento hacían poner la mirada en ésta como un ente patológico generador de represión producto de la necesidad humana de tener un ente regulador y contenedor, en este sentido tal vez podríamos suponer que en la vida de los seres humanos existe siempre una carencia quizás de un ser superior o tal vez, como lo dice Freud (1914), de un Padre que pueda contener todas las necesidades y debilidades para de esta forma ser siempre el niño desvalido que requiere cuidado permanente, siendo así, nos permitiría caminar confiados, puesto que aquellos que infringen las normas tendrán su castigo tarde o temprano, mientras que los bondadosos serían recompensados (Freud, 1914).

Posteriormente la literatura comenzó a abrirse a la posibilidad de que existieran tipos de religiosidad más sanas y otras más dañinas, destaca aquí principalmente el desarrollo teórico de Allport y Ross (1967) al delimitar la religión a orientaciones, lo que ha traído algunas luces de lo que podría ser una religiosidad más sana de otra más dañina en cuanto a salud mental se refiere. Aunque se hayan desarrollado líneas de investigación en esta área aún queda una gran brecha por investigar en este aspecto, sobre todo en Latinoamérica donde el estudio de la religión aún es escaso (Quiceno, 2009).

Para los fines del presente estudio se pretende buscar la relación entre religiosidad y salud mental, específicamente el trastorno depresivo, para buscar la asociación entre ambas. En definitiva se mostrara como se correlaciona un aspecto de la religiosidad como lo es la orientación religiosa (intrínseca, extrínseca) frente a la sintomatología de una patología mental como lo es la depresión, contextualizándolo en la realidad local de estudiantes universitarios.

Para llevar a cabo el procedimiento investigativo, el presente documento cuenta en una primera parte con la presentación del problema de investigación, en donde se aborda el planteamiento investigativo, la justificación del estudio, las preguntas de investigación y los objetivos. Posteriormente se enmarcara

teóricamente los aspectos de la religiosidad y sintomatología depresiva atingentes con los fines del estudio junto con sus antecedentes empíricos y el marco epistemológico. Prosiguiendo con el diseño metodológico, en donde se desarrolla el diseño, las hipótesis, las técnicas de recolección de la información, los instrumentos utilizados, el análisis de datos efectuado, los criterios de calidad y los apartados éticos que guiaron el estudio. Finalmente posee el apartado de resultados en donde se llevo a cabo el análisis estadístico de las variables y las conclusiones finales de la investigación.

## II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

### II.1. Planteamiento del problema

El presente estudio, tiene como fin el indagar los aspectos de la orientación religiosa (intrínseca, extrínseca), que se relacionan con la menor o mayor presencia de síntomas depresivos en estudiantes universitarios de la Universidad del Bío Bío, sede Chillán.

La religiosidad entendida como un conjunto de significados en torno a lo trascendente convencional (Dioses, entidades meta-empíricas, seres míticos, etc.), mediado por las experiencias trascendentes subjetivas de los individuos que se vinculan con ella (Clark, 1958), presenta dificultades a la hora de abordar su estudio. Para Allport (1950) la religión posee diversas raíces y características esenciales para cada persona, por lo que se pueden encontrar un sin número de vivencias individuales distintas para cada sujeto lo que complejizaría su abordaje. Por ello propone, que la forma más adecuada de llevar a cabo su estudio es a través de la experiencia del sujeto y más específicamente la actitud u orientación que presente frente a ella (Allport, 1950), desde esta perspectiva un individuo puede experimentar su religión de una manera más interna, vivencial y comprometida, mientras que otro puede hacerlo de una forma más superficial.

De acuerdo con la teoría de la depresión de Beck (1979), los síntomas depresivos se producen a causa de distorsiones cognitivas presentes en el sujeto de las cuales surgen pensamientos automáticos que alteran o distorsionan la realidad, provocando emociones negativas, culpa y desvalorización. Estas distorsiones surgen a raíz de hechos traumantes, principalmente producidos en la infancia, los que generan esquemas cognitivos negativos que predisponen estrategias de afrontamiento inadaptadas preestablecidas, las que perpetúan la depresión (Beck, 1979). En otras palabras, los esquemas distorsionados producen en las personas pensamientos irracionales, que distorsionan la realidad percibiéndola de una forma



negativa, lo que genera la sintomatología depresiva. Desde los alcances teóricos de la psicología de la religión, los individuos que presentan una orientación religiosa intrínseca internalizan su fe por lo que tienen, una vivencia personal de la religión, esta experiencia amortiza y modera las experiencias negativas como los traumas (Quiceno, 2009), además presentan alta autoestima y perciben a una entidad superior perdonadora y restauradora (Hunt; King, 1971). Por lo tanto, un individuo con una religiosidad intrínseca debería soportar mejor los cambios en los esquemas cognitivos que generan las distorsiones y presentar una menor presencia de sintomatología depresiva. En cambio los sujetos que presentan una orientación religiosa extrínseca son rígidos, tienen baja o confusa autoestima y perciben a una entidad suprema castigadora, además de ser mecánicos y cerrados en su pensamiento (Hunt; King, 1971), lo que facilitaría la permanencia de las distorsiones cognitivas, e impediría la modificación de éstas.

## **II.2. Justificación**

Las investigaciones y desarrollos teóricos en general, en lo que a psicología de la religión se refiere, se han centrado principalmente en los efectos de ésta en la salud tanto física como psíquica de los sujetos, indagando tanto los aspectos favorables como los desfavorables y la forma en cómo éstos influyen en la salud (Batson, 1983), por lo que los resultados de la investigación ayudarán a determinar y fortalecer los aspectos de la religiosidad que favorecen una buena salud psíquica.

En lo que se refiere a la relevancia social del estudio, Chile es un país con una elevada tasa de trastornos del ánimo con una prevalencia del 16,29% de la población, mientras que los sujetos entre 15 y 24 años presentan un 13,86% de casos de trastornos depresivos, ubicándose en el segundo lugar de las patologías mentales después del alcoholismo y la drogadicción (Vicente, 2002). De estos, en una investigación realizada por Santander (2004) en estudiantes universitarios, arrojó como resultado que un 62,3% de los encuestados que no mantuvieron continuidad en sus estudios presentaban un diagnóstico de depresión (Santander, 2004). Por

otra parte la comuna de Chillán cuenta con un alto índice de población que profesa algún credo religioso (112.333 hab.) entre los cuales se encuentran el católico, evangélico, testigo de Jehová, mormón, musulmán, judaica y ortodoxa. De estos destaca en especial el católico con 78.595 hab. seguido por el evangélico con 25.549 hab. Lo que hace una mayoría de habitantes (Censo, 2002). Según los datos proporcionados por el último Censo (Censo, 2002). Entre los grupos etáreos el que presenta un mayor número de la población es el de 15 a 29 años con 36.515 habitantes (Censo, 2002).

En lo que atañe al valor teórico, la investigación puede marcar un referente y abrir brechas en torno al estudio de la religiosidad, puesto que en el contexto latinoamericano existe poca investigación en torno a las temáticas religiosas (Tinoco, 2006; Quiceno, 2009) las que principalmente se han basado en estudios descriptivos. Se espera como meta a futuro incentivar una línea de investigación con el fin de que se desarrollen más estudios de este tipo, para de ésta forma ampliar y especificar el conocimiento en esta área.

En cuanto a su valor metodológico se llevará a cabo la adaptación y validación de la escala de orientación religiosa Age Universal 12 extrinsic/Intrinsic - R para el contexto local chillanejo, de acuerdo a los criterios extranjeros de Maltby (1999), lo que impulsará estudios posteriores en el área.

### **II.3. Pregunta de investigación:**

#### **Pregunta principal:**

¿Cuál es el tipo de relación existente entre la orientación religiosa y la presencia de sintomatología depresiva en los estudiantes de la universidad del Bío-Bío?

### **Preguntas secundarias:**

¿Cuáles son los niveles de orientación religiosa intrínseca e extrínseca personal y social en los estudiantes de la Universidad del Bío Bío?

¿Cuáles son los niveles de sintomatología depresiva en los estudiantes de la Universidad del Bío Bío?

### **II. 3. Objetivos:**

#### **General:**

Evaluar si existe una relación entre la orientación religiosa (intrínseca, extrínseca social y extrínseca personal) y la presencia de sintomatología depresiva en estudiantes de la Universidad del Bío Bío.

#### **Específicos:**

- Validar y adaptar la escala de orientación religiosa “Age Universal 12 I/E-R” de Gorsuch y Veneable (1983) al contexto chileno chillanejo.
- Identificar los niveles de orientación religiosa intrínseca, extrínseca personal y social de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío.
- Determinar la presencia e intensidad de sintomatología depresiva en los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío.
- Determinar las correlaciones presentes entre la orientación religiosa y la presencia de sintomatología depresiva.

## **III. MARCO REFERENCIAL**

### **III.1. Antecedentes Teóricos**

#### **III.1.1. Orientación religiosa**

##### **III.1.1.1 El estudio de la religión en psicología.**

Al pretender enmarcar la religiosidad, nos encontramos con un campo muy variado y complejo que ha sido abordado no sólo desde la teología sino que además desde la antropología, sociología y psicología, entre otras disciplinas, tanto en su definición conceptual como en su estudio (Tinoco, 2006). Sin embargo para efectos de esta investigación se delimitó el campo a lo que atañe a la psicología. Dentro de ésta han existido dos vertientes de estudio, una conductual y otra actitudinal. En la primera, se han tomado en cuenta aspectos tales como la asistencia a los cultos, tiempos de oración etc., mientras que en la segunda, se han indagado las actitudes religiosas. Para los fines de la investigación tomamos esta última vertiente.

##### **III.1.1.2 Definiciones en torno a la religión**

Franca-Tarrago (2008) cita a distintos autores para definir la religión, de estas definiciones citaremos a continuación tres:

Para Allport (1950): *"La actitud religiosa de cada individuo es diferente en sus características esenciales y secundarias, diferente a la de los demás. Las raíces de la religión son tan numerosas, el peso de su influencia tan variada y las formas de interpretación racional tan ilimitadas que la uniformidad es imposible". Por eso, sólo queda "caracterizar la conciencia religiosa a la única autoridad capaz de conocerla, la cual es el individuo que la experimenta".* (Citado por Franca-Tarrago, 2008, p. 4).

Para Clark (1958): *"la religión puede ser caracterizada fundamentalmente como la experiencia interior del individuo cuando siente lo trascendente, especialmente evidenciado por el efecto de esta experiencia en su comportamiento cuando intenta armonizar activamente su vida con lo Trascendente"*. (Citado por Franca-Tarrago, 2008, p. 4).

Para Berger (1974): *"Las definiciones sustanciales de la religión, generalmente incluyen aquellos significados y conjuntos de significados que se refieren a las entidades trascendentes en el sentido convencional: Dios, dioses, seres y mundos sobrenaturales, o a entidades meta-empíricas tales como el ma'at de los antiguos egipcios o el Karma de la ley hindú"* (Citado por Franca-Tarrago, 2008, p. 4).

### **III.1.1.3. Evolución histórica de la psicología de la religión**

Desde los precursores de la psicología de la religión (James y Freud) se pueden distinguir tres periodos históricos marcados en el desarrollo del estudio de la religión, el primero llega hasta 1930, mientras que el segundo va desde 1930 a 1950 y el tercero desde el 50 hasta nuestros días. (Franca-Tarrago, 2008)

El estudio de la religión estaba principalmente influenciado por corrientes filosóficas, hasta que Stanley Hall (citado en Franca-Tarrago, 2008) propicia el estudio científico empírico de la religión fundando la primera revista especializada llamada *Journal of Religious Psychology* formulando los primeros temas de investigación como la conversión religiosa, la adolescencia como la edad principal en los cambios religiosos y el conocimiento religioso en los niños. Las miradas de la época centran su atención en el estudio de la religión principalmente para diferenciar a la psicología de la filosofía y definirla epistemológicamente (Franca-Tarrago, 2008).

Freud por su parte (citado en Franca-Tarrago, 2008) desde el psicoanálisis interpreta la religión como una proyección de la patología del individuo neurótico, por lo que la religión queda supeditada al estudio de la patología individual sin ser mayormente relevante el estudio de la religión.

Entre 1930 a 1950 es un período principalmente de transición puesto que los aportes de Freud al considerar la religiosidad como neurosis fueron concluyentes para los teóricos de ese tiempo. Por otra parte el conductismo planteado por Watson comienza a tener auge por lo que el énfasis de los investigadores estaba en observar las conductas exteriores haciendo a un lado toda subjetividad y emotividad. Por otra parte el Psicoanálisis mantuvo su postura freudiana de ver a la religión como una neurosis, lo que provocó que el estudio de la religión se dejara de lado y se transformara en un tabú para la psicología. Sin embargo comienza a desarrollarse en el campo pastoral de la teología naciendo así el “asesoramiento pastoral”(pastoral counseling) ayudando a la orientación espiritual en el tratamiento de los conflictos afectivos, de aquí surgen exponentes como Seward Hiltner y Rollo May (Franca-Tarrago, 2008).

Desde 1950 en adelante, renace el interés por el estudio de la psicología religiosa principalmente gracias al desarrollo y perfeccionamiento de los instrumentos de investigación como las escalas, cuestionarios y estudios de casos. El énfasis de los estudios fue puesto en la “Actitud religiosa”; en esta época resaltan principalmente dos estudios que abren brecha en este aspecto, el primero de ellos es “The individual and his religion” de Allport (1950) en donde efectúa una distinción entre religiosidad madura y religiosidad inmadura que superaba en parte la concepción freudiana de religión. Mientras que el segundo es “The authoritarian Personality” realizado por Adorno que aborda temáticas de racismo en sujetos religiosos conservadores, en donde muestra como en personas religiosas existe una tendencia mayor al racismo étnico que en los no religiosos (Franca-Tarrago, 2008). Junto con esto comienzan a surgir las principales revistas en torno al estudio de la religión como la Review of religious Research en 1959, la Journal for the Scientific Study of Religion en 1962, la Journal of Psychology and Theology en 1972 y la Journal of Psychology and Christianity en 1981.

#### **III.1.1.4. Perspectivas teóricas de la religión**

Han existido desde la psicología dos vertientes teóricas en torno al estudio de la religión, una psicoanalítica y la otra cognitiva.

#### **III.1.1.4.1. Perspectiva Psicodinámica**

Si buscamos sus orígenes tal vez nos encontremos con los autores clásicos del psicoanálisis como Freud (1914), quienes en un principio reprochan la religión viéndola como fuente de represión, guerras, injusticia y exclusión. Freud plantea tres argumentos que sustentan su visión crítica en torno a la religión y todas sus formas: el primero de ellos muestra a la religión como un mecanismo de defensa infantil frente a las carencias de la condición humana, los seres humanos habrían personificado las fuerzas de la naturaleza dándole un estatus protector las que le ayudan a sobrellevar su sentimiento de impotencia. En el segundo argumento Freud plantea que el niño en sus primeros años deposita su fe y confianza en el Padre al que ve como poderoso y protector, con el paso de los años el niño descubre que su progenitor no es todopoderoso, por lo que no le puede entregar una protección completa frente al mundo amenazante, por lo que la busca por medio de la creencia en dioses que son temidos al mismo tiempo que brindan protección. El tercer argumento está dado en la añoranza de matar al Padre (personificación de Dios) por los celos y la envidia de sus facultades, al mismo tiempo que se le admira y se le adora, por lo cual hay un sentimiento constante de culpa en torno a su figura (Freud; 1914).

Desde la perspectiva de Fromm (1976), al igual que Freud, plantea que la religión es una proyección de los deseos del hombre generada por la psique a partir de sus tendencias de libertad o dependencia.

Existirían dos tipos de religión, una autoritaria caracterizada por el poder y la obediencia hacia un ente exterior superior por lo que el sujeto debe renunciar a su libertad; y otra humanística, basada en la realización de valores trascendentes como el amor y la libertad.

Para Frankl (1946) lo principal es la búsqueda de sentido, es decir la búsqueda del ser humano por algo que trascienda así mismo, en este sentido la religión sería la búsqueda de ese significado último de sentido o el encontrar ese ultra sentido ligado a la confianza en la fe religiosa como medio para encontrarlo. Sin embargo, existiría en el ser humano un inconciente espiritual que se encontraría reprimido por la sociedad, por lo que existiría en los seres humanos la tendencia inconsciente de buscar y estar relacionados con Dios, a esto Frankl llamó “la presencia ignorada de Dios” (Frankl, 1974). También existiría la posibilidad de encontrar esa religiosidad en las personas en la medida que este inconciente fuese explorado, lo que podría llevarse a cabo en terapia (Frankl, 1946).

#### **III.1.1.4.2. Perspectiva Cognitiva-social**

James (1902) fue uno de los precursores del estudio de la religión. Entre sus principales aportes está el de delimitar el campo de estudio a la psicología, en donde postula que lo esencial en el estudio religioso es la experiencia religiosa individual de cada sujeto en particular antes que la afiliación religiosa que este posea, señalando que sin importar el tipo de credo religioso, lo relevante son las consecuencias o valores que representa en el individuo tal credo, excluyendo así, la discusión respecto de la existencia o no de entidades meta-empíricas (James, 1902).

Es por ello que en su teoría establece una división entre la organización eclesiástica y la experiencia individual subjetiva. Para James (1902) la religión podía dividirse entre un punto de vista más institucional, referido más bien a la organización religiosa y sus grupos afines y una religión más personal como práctica propia del individuo en la cual se pueden vivenciar experiencias místicas al margen de la cultura. Dentro de este último punto distinguía entre lo que era una religiosidad sana en la cual los individuos se concentran en los aspectos positivos y el bienestar común, y una religiosidad patológica en la cual los individuos no pueden dejar de percibir el mal y el sufrimiento por lo que requieren constantemente de una experiencia religiosa (como la confesión) para calamar su angustia (James, 1902).



Tras un largo período Allport retoma parte de los enunciados de James y da inicio a una nueva línea teórica en el estudio de la religión.

Allport se niega a la idea de que todo tipo de religión es patológica o de que es producto de estructuras inmaduras y centra su interés en la religiosidad de las personas maduras, en sus estudios de personalidad distinguió las personalidades maduras señalando que estas también podían ser el sustrato de religiosidades maduras (Allport y Ross, 1967).

Realiza una primera distinción entre una religiosidad inmadura que es segmentada y espasmódica, y por otra parte una religiosidad madura en donde el individuo tendría una predisposición a responder favorablemente a los objetos y valores como fines últimos, el sujeto maduro actúa de forma segura sin caer en el dogmatismo. Posterior a esta clasificación Allport comienza a distinguir entre una religiosidad intrínseca y otra extrínseca (Allport y Ross, 1967).

En la religiosidad extrínseca los individuos consideran a la religión como un instrumento útil para el logro de beneficios, derechos o para la defensa de benéficos alcanzados, dentro de esta distingue dos tipos de religión extrínseca, una donde la religión es vivenciada como medio de poder económico y social a la que denominó extrínseca social. Mientras que la otra se considera como norma, consuelo, guía, protección y alivio la denomino extrínseca personal. Por otra parte muestra una religiosidad intrínseca en donde los individuos consideran a la religión como un fin en si mismo desde el cual se debe encausar todas las demás cosas (Garcés, 1985). En resumen, el sujeto religioso intrínseco vive su religión mientras que el sujeto religioso extrínseco se sirve de su religión (Franca-Tarrago, 2008).

King y Hunt (King; Hunt, 1971) profundizan en esta caracterización utilizando las teorías y el instrumento de Allport y Ross (1967) y la describen ampliamente bajo los parámetros de fe de compromiso intrínseco y fe de compromiso extrínseco. En la primera el sujeto posee una ética fuerte, mantiene sus ideales, es generoso

trascendiendo sus necesidades auto céntricas, tiene una alta autoestima, posee una percepción de un ser supremo amoroso, perdonador positivo que anhela la plenitud del ser humano, ve a los demás como individuos, posee sentimientos de poder y competencia, ve a la muerte de forma positiva, es flexible, creativo, abierto y tolerante. Mientras que en el segundo, presenta una religiosidad desinteresada a la cual recurre en crisis y bajo algún interés, además la religiosidad es egocéntrica, elitista, defensiva y protectora, la religión no está integrada a la vida diaria y las creencias son seleccionadas por el sujeto de acuerdo a sus intereses, ve a los demás como categorías sociales, posee baja autoestima y percibe a un Dios o entidad castigadora, tiene una orientación negativa hacia la muerte, presenta sentimientos de no control de su realidad, es rutinario y vago en sus respuestas y polariza el pensamiento (King; Hunt, 1971).

Los postulados de Allport continúan usándose hasta el día de hoy en investigación y los instrumentos desarrollados para cuantificarla han continuado perfeccionándose por más de treinta años (Maltby, 1999). Sin embargo sus teorías no han estado exentas de críticas.

Spilka (1997) por su parte refuta a Allport el hecho de que sus escalas de medición de orientación religiosa detectan en realidad, en vez de una dimensión intrínseca, la devoción a las creencias y prácticas religiosas, es por ello que este autor propone una distinción entre religión consensual de bajo compromiso religioso y la religión comprometida que se caracteriza en que lo central en la vida del sujeto es su religión siendo abierta, autocrítica, abstracta y discernidora.

Actualmente el concepto se conoce como orientación religiosa (Gorsuch; Venable, 1983) aportando características actitudinales, conductuales y de creencias. En este sentido destaca principalmente las distintas aportaciones al concepto considerándolo en vez de ser un concepto unidimensional de dos polos establecieron un concepto de dos factores un factor de orientación intrínseca que asume un sujeto comprometido con su credo que aporta a la construcción de su valórica, es

desprejuiciado y tolera diversos credos, mientras que por otra parte se presenta el factor extrínseco el cual se subdivide en dos apartados los cuales son extrínseco personal y extrínseco social, en el primero de ellos los sujetos presentan características de dependencia, buscan el apoyo y la contención de los demás miembros de su credo sin experimentar necesariamente una vivencia personal de su religiosidad. Mientras que los sujetos que presentan una vivencia extrínseca social experimentan su experiencia religiosa de forma lejana focalizándose en los beneficios aportados por su credo en el plano económico y social.

Actualmente los aportes teóricos de Maltby (1999) en cuanto a sus investigaciones e integración teórica hacen ver que el concepto de orientación religiosa posee una estructura interna de tres factores y no dos destacando principalmente que entre la orientación religiosa extrínseca social y extrínseca personal son funcionales como factores independientes y no como sub-escalas de orientación extrínseca con lo que finalmente existirían tres tipos diferentes de orientación religiosa sean estas extrínseca personal, extrínseca social e intrínseca.

### **III.1.1.5. Desarrollo evolutivo de la religiosidad**

Así como existen etapas del desarrollo evolutivo cognitivo y psicosocial en psicología, también se ha estudiado el desarrollo de la fe en los seres humanos, uno de sus principales exponentes en esta línea teórica es Fowler (Morin, 2008).

#### **III.1.1.5.1. Fowler y las etapas del desarrollo de la fe**

Fowler (1981) toma las teorías del desarrollo cognitivo de Piaget, el desarrollo moral de Kohlberg y la teoría del desarrollo psicosocial de Erickson para elaborar su teoría del desarrollo de la fe en el sujeto. Para Fowler la fe es universal, independiente de la creencia personal que pueda tener el sujeto (aún si este es ateo), siendo ésta el contacto o relación de lo humano con lo trascendente que se vería reflejada en las operaciones concretas, las emociones y con una reflexión

personal de la vida. Para elaborar su teoría entrevistó a 359 sujetos, tras estos estudios concluyó que existían en el individuo seis etapas en el desarrollo de la fe, junto con una etapa anterior al desarrollo de la fe a la que denominó etapa 0 (Morin, 2008).

**Etapa 0.** Confianza primitiva o fe inicial, comienza de los 0 a los 3 años y se desarrolla cuando el niño comienza a percibir por medio de los cuidados de sus padres factores positivos como la confianza, el cariño, coraje, etc. Así como también factores negativos como el temor, abandono e incoherencias. Es importante en esta etapa el desarrollo de seguridad del entorno (Fowler, 1981).

**Etapa I.** Fe intuitiva-proyectiva, esta etapa va desde los tres a los siete años es el periodo donde se forman las imágenes y los sentimientos sean estos positivos o negativos que perduraran en etapas posteriores, el niño alcanza una primera conciencia de si mismo pero de tipo egocéntrico siendo incapaz de ponerse en las perspectivas de los demás, se da además una primera conciencia de la muerte y de las restricciones de la sociedad por lo cual es privado de experiencias como la delincuencia o el sexo. Lo esencial en esta etapa es integrar la imaginación como capacidad para unificar el mundo de la experiencia, en definitiva se trata de una fe imaginativa, fantasiosa caracterizada por el pensamiento mágico en donde los padres o cuidadores próximos juegan un rol fundamental siendo los depositarios de la confianza (Fowler, 1981).

**Etapa II.** Fe mítico-literal, que va desde los siete años hasta la pubertad (12 ó 14 años), en donde los niños presentan una fuerte creencia en la justicia y reciprocidad del universo, asumiendo valores, reglas y normas morales en un sentido literal principalmente aquellas que tienen que ver con la comunidad a la cual pertenecen. La etapa se caracteriza personalmente en la reciprocidad de los valores y los mitos conocidos por la comunidad a la cual pertenecen (Fowler, 1981).

**Etapa III.** Sintético convencional, esta etapa es propia de la adolescencia (de 14 a 18 años), desde esta etapa en adelante el desarrollo de la fe puede cesar (así también con las demás etapas), el sujeto comienza a interactuar más con su entorno social y adquiere los valores propios de su grupo de pertenencia los que adscribe tácitamente pues aun no los ha evaluado críticamente y solo asegura la pertenencia en su grupo, por esto la fe es conformista y está ligada principalmente a las figuras de autoridad y respeto que aseguran su permanencia en el grupo en el que interactúa (Fowler, 1981). Lo fundamental en esta etapa es la formación de un mito personal de su identidad tras lo cual comienza el cuestionamiento respecto a sus creencias, es aquí en donde las contradicciones de su credo influyen en su alejamiento de los valores propios de su comunidad o bien una vivencia personal con su credo religioso continúan reforzando su desarrollo (Fowler, 1981).

**Etapa IV.** Fe individual-reflexiva, es propia de los jóvenes que pueden tomar responsabilidades lo que los hace entrar en conflicto tratando de construir una identidad que sea propia (Fowler, 1981).

En esta etapa su fe se caracteriza principalmente por el desarrollo de una cosmovisión propia que defina su identidad coherentemente como virtud principal se encuentra presente la reflexión crítica en torno a su credo, ideología, y cosmovisión lo cual puede incurrir en el peligro de cuestionar y prejuzgar todos los aspectos desde sus creencias personales siendo inflexibles (Fowler, 1981).

**Etapa V.** Fe de conjunción. Surge alrededor de la mitad de la vida, esta fe se caracteriza por asumir y aprender de las paradojas de la vida. En este estadio el sujeto tiene bien internalizadas sus creencias por lo que puede relacionarse abiertamente a otras ideologías y creencias sin sentirse amenazado con una actitud de confianza frente a su creencia y respeto. Están en un estado de humildad y aceptación de poder y la debilidad de ellos mismos (Fowler, 1981).

**Etapa VI.** Fe universalizadora, no se da comúnmente en las personas, en los estudios de Fowler efectuado a 359 personas solo fue detectado un sujeto con estas características se trata de personas que encarnan el espíritu de su comunidad y crean zonas liberadoras en su entorno con capacidad para unificar y generar transformaciones sociales, como ejemplos de ellos tenemos a Martin Luther King y Ghandi (Fowler, 1981).

### **III.1.1.6. Modelos multidimensionales**

Los contemporáneos a Allport no solo profundizaron en los modelos bidimensionales de orientación religiosa, sino que desarrollaron también modelos multidimensionales. A continuación se presentan algunos relevantes (Garcés, 1985).

Broen (1957) tras analizar los trabajos anteriores respecto de los factores presentes en las actitudes religiosas, hace notar que la aportaciones tal vez no eran suficientemente confiables debido a la carencia de los conocimientos apropiados para su análisis, por ello propone un modelo conformado por dos factores, uno unipolar al que denominó “cercanía con Dios” en donde los sujetos sienten y perciben a Dios como real accesible y cercano, tienen una vivencia próxima al punto que afirman conversar y caminar con él, esta religiosidad consiste en manifestar la presencia amorosa de Dios y la guía en vez de percibir a un Dios castigador que regula el correcto funcionar de la sociedad. El otro factor sería bipolar y lo denominó “fundamentalismo-humanismo”, las personas con mayores puntuaciones en fundamentalismo consideran al ser humano como esencialmente pecador, mientras que los individuos del polo humanismo perciben que el ser humano tiene un potencial para hacer el bien, así como los recursos necesarios para realizar éste, dejando a un lado la intervención divina (Garcés, 1985).

David y Revelle (1974) realizan un Inventario Multidimensional de Actitudes Religiosas donde se presentan cuatro escalas. La primera la denominaron “profecía” y pretende medir el interés religioso por la justicia social sin separar lo religioso de lo secular, la segunda de estas la llamaron “sacerdotal” y está destinada a indagar en la

diferencia y distinción entre lo sagrado y secular y de paso pone en relieve la conducta ritual religiosa. La tercera y la cuarta son las de “Humanístico” y “extrínseco”, en la primera hace relación a las facultades humanas y su potencial innato para llevar a cabo el bien y la segunda muestra a un hombre pecador (Garcés, 1985).

Por otra parte Law (1977) elabora un Inventario Multidimensional de creencias cristianas donde al igual que David y Revelle presenta cuatro factores, el primero de éstos llamó “creencia general cristiana” que mide la filiación al credo, el segundo factor lo denominó “creencia católica romana” el que muestra en forma general las diferencias de las creencias protestantes y católicas, el tercer factor lo llamó “confianza en el hombre” el cual muestra la seguridad, integridad y racionalidad del individuo y la capacidad de este para moldear su porvenir, por último denomina el factor “Dios colérico y creencias moralistas” este último muestra a un Dios castigador y vengativo frente a una posición puritana de la vida (Garcés, 1985).

### **III.1.2. Sintomatología depresiva**

#### **III.1.2.1. Definiciones en torno a la depresión**

Para Beck (1976) la depresión antes de ser un trastorno del ánimo es un trastorno del pensamiento, ya que los pensamientos irracionales negativos son los que generan la conducta depresiva al ser rígidos, demandantes, obsesivos y negativos, sin considerar además la tendencia de las personas a personalizar y generalizar las situaciones como negativas.

Para Mendels (1982) la depresión es intrínseca al ser humano, de carácter universal diferenciándose de las emociones de decaimiento habituales en su duración, intensidad, inflexibilidad y consecuencias en el sujeto que la padece.

De acuerdo con Hamilton (1967) el término implica abatimiento que en general produce alteraciones de las funciones psicológicas habituales (emocional, cognitivo, fisiológico) ocasionado por perturbaciones orgánicas.

Según Polaino (1980) se trataría de un cuadro clínico cuyo eje es la tristeza la que se acompaña de otros síntomas como ansiedad, culpa e irritabilidad, además de provocar efectos adversos en las funciones psicomotoras, cognitivas, y en el entorno social.

En nuestro país la definición operacional ocupada por el Ministerio de Salud concibe a la depresión como una alteración patológica del estado del ánimo con un descenso del humor que deriva en tristeza junto con síntomas y signos de índole cognitivos, emocionales, conductuales, de ritmos vitales y vegetativos persistentes en el tiempo (al menos dos semanas). Habitualmente se manifiesta con varios episodios adquiriendo un curso fásico o recurrente con tendencia a la recuperación entre ellos (Minsal; 2006).

### **III.1.2.2. Génesis y evolución histórica de la depresión**

Al referirnos al concepto de la depresión nos encontramos con un término muy antiguo que ha tenido una evolución continua en cuanto a su terminología en tanto se han desarrollado teorías que la explican, se han delimitado síntomas y se han propuesto formas de tratarla tales como la psicoterapia o la fármaco terapia (Jackson; Stanley, 1989).

En su origen más remoto no la encontramos con el término depresión sino que más bien era conocida como melancolía y según los griegos hacía referencia a un fluido del cuerpo llamado bilis negra. Para Hipócrates en su teoría de los humores consideraba cuatro humores básicos en el ser humano los cuales relaciona con las estaciones del año y sus climas, los que por sus características determinaban distintos temperamentos, estos son: la flema, que relacionó con el invierno siendo de



un temperamento frío y húmedo, la sangre relacionándola con la primavera de temperamento templado y húmedo, la bilis amarilla era representada por el verano y poseía un temperamento caliente y seco, y finalmente se encontraba la bilis negra la que relacionaba con el otoño siendo de cualidades fría y húmeda. Los individuos de temperamento melancólico no necesariamente eran enfermos pero predisponían a estarlo, para Hipócrates el tener melancolía como enfermedad implicaba poseer miedo y tristeza durante mucho tiempo, además se le consideraba como causal de múltiples enfermedades tales como: dolor de cabeza, vértigo, parálisis, espasmos, epilepsia y otros desórdenes mentales, a las fiebres cuartanas, las enfermedades del riñón, el hígado y el bazo (Jackson; Stanley, 1989).

Más tarde en siglo V la idea de los humores aún sigue siendo muy potente, sin embargo está presente ahora con fuerza el cristianismo y se vuelven a retomar las ideas platónicas, surgen los tratados de medicina principalmente provenientes del imperio bizantino, las teorías que tratan de explicar la melancolía continúan con un fuerte arraigo en lo que es el subproducto de la bilis negra como por ejemplo la explicación que se da Alejandro de Tralles quien señala que un exceso de bilis negra ocasiona resultante de la transformación de la sangre generaría vapores que subirían al cerebro ocasionando la melancolía (Jackson; Stanley, 1989).

Entre los siglos XIX y XX tras los aportes de Pinel, Esquirol y Farlet se concluye que el trastorno del ánimo esta centrado en la percepción y la sensación como causas, las que de no tratarse harán imposible un tratamiento efectivo (Jackson; Stanley, 1989).

#### **III.1.2.4. Perspectivas teóricas en torno a la depresión.**

Se han propuesto distintas perspectivas teóricas en torno al estudio de la depresión, en esta oportunidad consideraremos las teorías organicistas, conductistas y cognitivas.

#### **III.1.2.4.1. Perspectiva organicista**

Kraepelin (citado en Jackson; Stanley, 1989) es el primero en entregar una perspectiva organicista de la depresión estudiando a distintos pacientes con enfermedad mental. Mediante la observación empírica logró encontrar síntomas similares y claramente identificables los que agrupados formaban ciertos síndromes.

Coppen (citado por Jarne; Talam, 2000) señala que en los pacientes depresivos existiría una alteración en la trasmisión de serotonina o bien en la síntesis de ésta.

Para Schildkraut (citado por Jarne; Talam, 2000) la depresión se produciría por el déficit de catecolamina en las vías del sistema límbico, principalmente por la carencia de noradrenalina. El efecto contrario ocurriría cuando la catecolamina esta en exceso, generando euforia.

#### **III.1.2.4.2. Perspectiva conductista de la depresión.**

Desde la óptica conductista la depresión se generaría como consecuencia de un bajo reforzamiento positivo. Lewinsohn (1979) basando su investigación en el condicionamiento operante, señala que en la depresión las recompensas y los castigos se ven alterados en el trascurso de la vida, por lo que se altera la entrega favorable de refuerzos. Desde esta perspectiva, la forma de intervenir es creando patrones de reforzamiento más saludables (Sarason; Sarason, 1975).

La cantidad de refuerzos positivos que un sujeto puede adquirir estará dada por tres variables: la primera hace relación a los reforzadores que el sujeto puede recibir en función de sus características personales como el atractivo físico o la simpatía; la segunda se refiere a los reforzadores que están en relación con el ambiente (no es lo mismo estar en la cárcel, que estar en un hotel); por último los reforzadores que están a base de las conductas del sujeto que pueden ser reforzadas como las aptitudes vocacionales y sociales (Lewinsohn, 1979).

El modelo de Lewinsohn (1979) sugiere que los síntomas o la sensación de depresión se presenta cuando la conducta comienza a recibir pocos reforzamientos, la disminución de estos conlleva a una menor actividad por lo que el sujeto tiene menos posibilidad de obtener recompensas.

Por otra parte Seligman (1974) plantea el concepto de desesperanza aprendida (desamparo aprendido, indefensión aprendida, helplessness) a la reacción de no responder, darse por vencido o no responsabilizarse a consecuencia de la creencia del individuo de que lo que realice carecería de sentido y no producirá ningún resultado. Tras realizar experimentos con perros en donde luego de presentarles estímulos nocivos como un choque eléctrico, donde no había oportunidad de escape, en un comienzo el perro luchaba por escapar de la caja, pero luego de un tiempo comenzó a reaccionar pasivamente frente al estímulo, simplemente echándose y soportando el choque, posterior a esto el perro tenía oportunidades de escapar de la caja, sin embargo permanecía allí tolerando el choque, ya que había aprendido a que lo que hiciera por escapar era inútil.

Seligman (1974) concluyó entonces que existen componentes etiológicos de base en el comportamiento depresivo, una persona normal se apropia de su entorno y controla de alguna manera los eventos futuros, en cambio en un depresivo los refuerzos y las respuestas surgen de manera independiente. Por demás Lewinsohn (1979) señala que los sujetos constantemente elaboran expectativas de lo que ocurrirá como resultado de sus conductas, el problema gatilla cuando el individuo queda sin retroalimentación de su conducta por lo que las expectativas del porvenir se verán cambiadas así como su percepción aprendizaje y convicciones (Vara, 2006).

Para Seligman (1974) la desesperanza aprendida es únicamente un factor causal de la depresión que debe ser tomado en cuenta junto con otros factores como los químicos-fisiológicos. Sin embargo, esto no ha sido obstáculo para que puedan

desarrollarse estrategias efectivas para el tratamiento de la depresión como las técnicas de exposición, relajación progresiva, entrenamiento en habilidades sociales, entre otras (Seligman, 1974).

Junto con este concepto Seligman (1974) también plantea el de “estilo explicativo” que es la forma como nosotros nos explicamos lo que nos sucede, si este estilo es pesimista la experiencia de desamparo se perpetúa y extiende propagándose cada vez más en la vivencia del sujeto (Sarason; Sarason, 1975).

#### **III.1.2.4.3. Perspectiva cognitiva de la depresión.**

Otra perspectiva que trata de explicar la génesis de la depresión es la teoría cognitiva desde los postulados Ellis, es el creador de la Terapia Racional Emotiva (TREC) (Ellis, 1995). Ellis postula el modelo ABC en donde existirían una multiplicidad de eventos activadores con los que el sujeto tiene conflictos a los que le asignó la letra “A”; por otra parte el sujeto además tiene una serie de creencias asociadas a ese evento a las que le asigno la letra “B” (Ellis le da la mayor importancia al elemento “B”) y, por ultimo, las creencias llevan consigo ciertas consecuencias a las que asignó la letra “C”.

La enfermedad mental y más específicamente la depresión surgiría cuando existen creencias irracionales “iB” las que darían como resultado consecuencias inapropiadas “iC” (Figueroa, 2002).

Las creencias racionales son las cogniciones o filosofías que orientan al logro de metas básicas o importantes, en cambio las creencias irracionales son las ideas, cogniciones y filosofías que bloquean o interrumpen la obtención tanto de metas básicas como las mas importantes (Ellis, 1995).

Según Ellis los seres humanos están inducidos, ya sea biológica, ambiental y socialmente, a un modo de procesar el pensamiento de forma ilógica en el plano de las creencias (B), incluso si un sujeto fuese educado de tal forma que sólo tuviera incorporadas dentro de sí ideas racionales, estas ideas serían intensificadas de forma irracional hasta convertirse en demandas absolutistas en relación a ellos mismos, a los otros y al mundo en el que vive (Ellis, 1995).

Las creencias irracionales al ser aprendidas son incorporadas y retenidas rígidamente por el sujeto convirtiéndose en patrones aprendidos lo que los predispone a pensar negligentemente, comportarse inapropiadamente en relación a sus valores y metas, y a sentir inapropiadamente (Ellis, 1995).

Dentro de las principales ideas irracionales se encuentran las siguientes: La necesidad excesiva de los seres humanos por ser aprobados y amados por las personas significativas de la comunidad en la cual residen; todos los problemas tienen una solución precisa y adecuada la que de no encontrarse y aplicarse adecuadamente vendrá una desgracia; se tiene el deber de estar preocupado por las aflicciones y problemas de los demás; para que un sujeto se pueda considerar a sí mismo como valioso debe ser capaz de lograr cualquier cosa que se proponga en todos los escenarios donde se presente siendo competente; las personas injustas, infames y malvadas deben ser culpadas y castigadas por su maldad; lo ocurrido en el pasado es un determinante decisivo que condiciona la conducta presente y los eventos traumantes deben continuar afectándolos indefinidamente; es muy angustiante y catastrófico que las cosas no salgan como uno las planeó o como uno desearía que fuesen; siempre se debe tener a alguien más fuerte en quien se pueda confiar, y se debe depender de él; los accidentes o las desgracias ocurren por causas externas por lo que no se tiene la capacidad de controlar las penas y las perturbaciones; es más fácil evitar los problemas y las obligaciones antes que afrontarlas; si algo puede ser peligroso se debe estar inquieto considerando constantemente la posibilidad de que este hecho ocurra (Ellis 1995).

#### **III.1.2.4.4. Teoría cognitiva de la depresión de Beck.**

Beck (1979) mediante la investigación intentó comprobar la teoría psicoanalítica de la depresión, sin embargo, sus hallazgos tuvieron otros descubrimientos, dando cuenta que los depresivos se percibían a sí mismos como indeseables, defectuosos y desvalorizados victimisándose de las circunstancias que les tocaba vivir en lo cotidiano, puesto que distorsionaban la realidad y por ende se auto-percibían de forma negativa.

Beck afirmaba que aquellos que padecían depresión contenían tres atributos principales en su forma de pensar: los esquemas, los pensamientos automáticos y la tríada cognitiva (Beck, 1979)

Para Beck (1979) los esquemas son producto de la formación del individuo que va adquiriendo estrategias de afrontamiento que se van perpetuando con el tiempo, estos esquemas cognitivos quedan almacenados en la memoria a largo plazo, por ello predisponen al individuo a realizar determinadas pautas. En la depresión el sujeto es sometido a sucesos estresantes en la infancia los que forman estructuras mentales negativas. Gracias a la formación de estos esquemas el sujeto recibe pensamientos automáticos (no deliberados). Estos pensamientos negativos provienen de forma espontánea e intrusiva sin control para el sujeto, a estos Beck llamó distorsiones cognitivas, entre éstas se encuentran:

**Inferencia Arbitraria:** Hace alusión al proceso de adelantar una determinada conclusión aun cuando se carece de una evidencia que apoye o refute dicha conclusión (Beck, 1979).

**Abstracción selectiva:** Consiste principalmente en centrar la atención en algún detalle extraído fuera del contexto ignorando otras características relevantes en la situación, valorando la experiencia únicamente en base a ese detalle (Beck, 1979).

Sobregeneralización: Se produce cuando se elabora una conclusión únicamente a partir de hechos aislados aplicándola a situaciones no relacionadas entre sí (Beck, 1979).

Personalización: Se refiere a la tendencia excesiva de un sujeto por atribuir acontecimientos sucedidos externamente o a otros sujetos como referidos a su persona sin que exista una evidencia concluyente real (Beck, 1979).

Pensamiento dicotómico o Polarización: Hace alusión a la tendencia de clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas entre sí, sin tener una evidencia concreta para tal valoración ni poseer la capacidad de encontrar hechos u opciones intermedias (Beck, 1979).

Maximización y minimización, se le otorga un valor exagerando a los acontecimientos de acuerdo al contexto en el que están (Beck, 1979).

Visión restringida, el sujeto se guía sólo por su punto de vista o estado mental sin considerar la opinión o punto de vista de los demás (Beck, 1979).

Adivinación del pensamiento, el sujeto cree saber que es lo piensa el resto sin tener ninguna evidencia para ello (Beck, 1979).

Rotulación negativa, se le asignan etiquetas negativas a los hechos; Explicaciones prejuiciosas, se prejuzgan los hechos sin tener pruebas claras de lo ocurrido (Beck, 1979).

De esta manera la dinámica en la cual se produce este proceso es la siguiente: los sucesos desencadenantes son percibidos por el sujeto de acuerdo con sus esquemas cognitivos, los cuales le producen una apreciación alterada o distorsionada de la realidad, lo que genera emociones negativas como sentimientos

de desvalorización y culpa, los que finalmente llevan a una conducta mal adaptada (Figueroa, 2002)

Por último, podemos clasificar estos pensamientos inadecuados en tres categorías las cuales son: los que hacen referencia a si mismos, los que hacen referencia al mundo y los que hacen referencia al futuro, esta clasificación se conoce con el nombre de tríada cognitiva (Figueroa, 2002).

La forma de intervenir en tales casos es desmontar los pensamientos de forma racional, para ello es necesario identificar el pensamiento y ver que sensación produce en el paciente, un problema que surge es que por lo general el depresivo se confirma a sí mismo las ideas negativas, por lo que se hace necesario llevar a cabo pequeños experimentos para comprobar que pertenecen a una realidad distorsionada (García, 2004).

#### **III.1.2.4.5 Estrategias cognitivas para afrontar la depresión.**

Beck (1979) propone una serie de estrategias para el tratamiento de la depresión las que son: Realizar un horario diario que llene todas las horas del día con actividades comenzando por las más simples hasta llegar a las más complejas, el registro de las actividades también servirá para observar cuales de ellas son satisfactorias y cuales son dominables. (Beck y cols, 1979)

El método del dominio y placer, consiste en registrar los eventos del día y etiquetarlos con una "D" donde exista dominio de la situación y con una "P" a los que tengan algo de satisfacción, por lo general suceden mas eventos favorables de los que el sujeto tiene conciencia. (Beck y cols, 1979)

Ante un sentimiento de tristeza es conveniente repasar los pensamientos, es decir evocar el pensamiento nuevamente, puesto que estos pueden ser producto de



un hecho del pasado que surge de forma automática, por lo que tienen una carga negativa considerable (Beck y cols, 1979).

Encontrar explicaciones alternativas a los pensamientos negativos, se debe intentar corregir o dar explicaciones nuevas más positivas y equilibradas frente a las declaraciones negativas, es entregar una contestación a las formas de pensamiento negativo (Beck y cols, 1979).

La técnica de la doble columna, consiste en llevar un registro de los pensamientos irracionales automáticos en una columna y en la opuesta anotar una respuesta frente a esos pensamientos (Beck y cols, 1979).

Resolución de problemas difíciles, consiste en elaborar un ensayo frente a situaciones complejas o de difícil resolución detallando cada uno de los pasos a realizar, el objetivo es descomponer el problema en partes más pequeñas de fácil resolución, de esta forma el paciente encontrará una salida frente a problemas complejos e irresolubles que antes lo paralizaban (Beck y cols, 1979).

### **III.1.2.5. Clasificaciones Diagnósticas en torno a la Depresión.**

Dentro de las patologías mentales siempre ha estado presente el problema de su diagnóstico, con este fin se han desarrollado distintos manuales con la finalidad de ser un punto de referencia para elaborar diagnósticos consensuados y así facilitar su diagnóstico traspasando las barreras culturales.

Dentro de estas clasificaciones universales en psiquiatría existen dos que son las de mayor relevancia, la primera de ellas es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta versión revisada (DSM IV-TR) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

### **III.1.2.5.1. Clasificación del DSM IV-TR**

El Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales es elaborado por la APA (Asociación Americana de psiquiatría). Surge con el fin de diagnosticar, estudiar, intercambiar información e intervenir apropiadamente entre clínicos de distintas orientaciones y culturas (American Psychiatric Association, 2000).

En el apartado de los trastornos del estado de ánimo, clasifican las patologías que hacen referencia a los estados de alteración del humor. Por lo general, estas alteraciones son de dos tipos: las que tienen que ver con un estado de ánimo depresivo y las que tienen que ver con un estado de ánimo maniaco, las que se combinan entre sí dando origen a distintos trastornos como los: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I y II, además de los episodios como: el episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco (American Psychiatric Association, 2000).

Para los fines de esta investigación serán considerados los trastornos: depresivo mayor, trastorno distímico y el episodio depresivo mayor, a raíz de que componen los síntomas de la variable de estudio.

#### **III.1.2.5.1.1. Trastorno Distímico**

La mayor parte del tiempo se caracteriza por un estado crónico depresivo, manifestado por el sujeto u observado por otros al menos durante dos años, para niños y adolescentes puede existir irritabilidad con duración de al menos un año (American Psychiatric Association, 2000).

Debe presentar mientras se está deprimido al menos dos de los siguientes síntomas: Insomnio o hipersomnias, baja autoestima, dificultades, para concentrarse o para tomar decisiones sentimientos de desesperanza, pérdida o aumento de apetito, falta de energía o fatiga (American Psychiatric Association, 2000).

### **III.1.2.5.1.2. Episodio depresivo mayor**

Se caracteriza por un período de al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo junto con la pérdida del interés en las actividades cotidianas y las que le proporcionaban satisfacción (American Psychiatric Association, 2000).

Junto con esto deben presentarse a lo menos cinco de los siguientes síntomas: Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. Ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás), pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. En los niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables, insomnio o hipersomnia casi cada día, agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido), fatiga o pérdida de energía casi cada día, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo), disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena), pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse (American Psychiatric Association, 2000).

### **III.1.2.5.1.3. Trastorno depresivo mayor:**

Se presenta con un curso clínico de uno o más episodios depresivos sin presentar historia previa de episodios mixtos, maníacos o hipomaníacos (American Psychiatric Association, 2000).

### **III.1.2.5.2. Clasificación del CIE-10**

Corresponde a la clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de la salud publicado por la Organización Mundial de la Salud, es utilizada principalmente para fines estadísticos de índices de morbilidad y mortalidad además de permitir la comparación en la recolección, clasificación y presentación de estadísticas (OMS, 1992). Los códigos F00-F99 corresponden a los trastornos mentales y del comportamiento.

El trastorno depresivo el CIE-10 lo clasifica de la siguiente manera: Trastorno depresivo bipolar con episodio depresivo leve (F31.3), moderado (F31.3) y grave con síntomas psicóticos (F31.4-5), el episodio depresivo leve, moderado y grave con síntomas psicóticos, el trastorno depresivo recurrente leve, moderado y grave con síntomas psicóticos y la distimia (OMS, 1992).

#### **III.1.2.5.2.1. Distimia**

Es una alteración del ánimo crónica, prolongada durante varios años, sin ser lo suficientemente grave ni tener episodios prolongados para diagnosticar algún tipo de trastorno depresivo recurrente (OMS, 1992).

Para poder ser diagnosticado debe presentar un periodo de al menos dos años de humor depresivo permanente o recurrente con pocos o ningún episodio, además de presentar por lo menos tres de los siguientes síntomas: Aislamiento social, Llanto fácil, insomnio, dificultad para concentrarse, percepción de incapacidad para enfrentarse a las responsabilidades cotidianas, sentimientos de desesperanza o desesperación, pesimismo, disminución de la locuacidad, pérdida de interés o satisfacción, inseguridad y disminución de la energía (OMS, 1992).

#### **III.1.2.5.2.2. Episodio depresivo**

Para diagnosticarlo debe por lo menos tener un duración de al menos dos semanas sin ser ocasionado por alguna sustancia o algún daño orgánico, además deben estar presentes por los menos dos de estos síntomas: Humor depresivo presente durante la mayor parte del día y casi todos los días siendo persistente a los cambios ambientales, pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras, falta de energía o aumento de fatigabilidad (OMS, 1992).

En adolescentes se ocupan los mismos criterios diagnósticos además de incorporar la presencia de conductas auto-flagelantes, bajo rendimiento escolar y aislamiento, en algunos casos la depresión se expresa como irritabilidad. También pueden estar presentes el consumo de sustancias y conductas antisociales sin ser necesariamente producto de algún trastorno de personalidad (OMS, 1992).

#### **III.1.2.5.2.3. Trastorno depresivo recurrente**

Posee síntomas y características similares al episodio depresivo diferenciándose en que la persona haya experimentado al menos un episodio previo (OMS, 1992).

### **III.2. Antecedentes Empíricos**

Los estudios de temáticas religiosas principalmente se han preocupado de establecer la relación existente entre salud y religión, de estos uno de los más destacados es Batson (1979) quien realizó un meta-análisis de 115 estudios en salud mental y religión. Como resultado de estas investigaciones encontró correlaciones positivas entre los componentes de tipo religión y una mejor autoestima, mejor autoconcepto e imagen de Dios y de la religión, y negativa con menores índices de depresión (Florenzano, 2010).

Por otra parte Genia y Shaw (1991), en un estudio clásico, utilizando la escala de Allport y Ross (1967) para actitudes religiosas, investigaron en cinco grupos

denominacionales religiosos la relación existente con la depresión utilizando el inventario de Beck, los resultados mostraron que existía una correlación negativa entre los individuos de religiosidad intrínseca, presentando menores índices de depresión, mientras que en los sujetos de religiosidad extrínseca, prorrreligiosos y no religiosos, junto la variable de afiliación religiosa, no se encontró ninguna relación significativa (Genia; Shaw, 1991).

Hawks, Hull, Thalman y Richins (1995) encontraron en sus estudios que técnicas como la meditación, la imaginería y las actividades de apoyo de un grupo social pueden relacionarse con elementos enfocados a la salud espiritual como el autoconocimiento, el encontrar un propósito a la vida, el conectarse consigo mismo y con una idea de trascendencia más elevada, además de los cambios conductuales favorables como cambio de dieta o una mejor comunicación además de la reducción de enfermedades cardíacas.

Un estudio realizado en México en 125 adultos mayores entre 60 y 70 años de ambos sexos, se indagó si la convicción espiritual, el soporte social y las estrategias de afrontamiento predicen el ajuste psicológico. Los resultados concluyeron que el grado de convicción espiritual, el soporte social y las estrategias de afrontamiento predicen en escasa medida el ajuste psicológico en los adultos mayores, además se halló que no obtiene grandes beneficios de su vida espiritual, lo cual contrasta con los resultados de otras investigaciones. (Rivera-Ledesma, Montero; 2005).

### **III.2. Marco epistemológico**

La epistemología como rama de la filosofía se ocupa principalmente del conocimiento y más específicamente la forma en como se accede al conocimiento, las problemáticas asociadas y como se invalida o justifica tal conocimiento (Bunge, 1981).

En torno a las diversas perspectivas epistemológicas surgen distintos paradigmas. De acuerdo con Kuhn (1962) un paradigma es un conjunto de prácticas

y creencias aceptadas por una comunidad científica que definen una disciplina en un tiempo determinado (Kuhn, 1962).

La presente investigación se enmarca en los postulados teóricos elaborados desde la teoría cognitiva. Para Macbeth (2010) la investigación realizada desde la psicología cognitiva es principalmente hipotético-deductiva y se adscribe al paradigma neo-positivista.

En el paradigma neo-positivista, se concibe una realidad objetiva como externa al sujeto regida por leyes, pero que debido a las limitaciones de las facultades perceptivas humanas nunca se llegará a conocerla a plenitud siendo la objetividad un ideal, el que además cumple una función reguladora, pero puede no ser nunca alcanzado (Guba, 1994).

Se opone al paradigma positivista clásico (o positivismo lógico) que concebía que la realidad podía ser conocida a través de los sentidos mediante la observación desprejuiciada en donde el investigador debía registrar fidedignamente sus observaciones (realizadas con sus sentidos humanos) para poder establecer generalizaciones para formular leyes absolutas (Macbeth; 2010).

El neo-positivismo surge a partir del círculo de Viena a partir del consenso de un grupo de jóvenes intelectuales reflexionando respecto a la filosofía de la ciencia intentando unificarla tratando de abarcar todos los conocimientos de la física, la psicología y las diversas ciencias. Con tal fin el método apropiado debía incluir análisis lógico eliminando la metafísica y clarificando los conceptos de las ciencias empíricas. El neo-positivismo considera que existe una realidad a la que solamente se puede acceder o conocer de forma imperfecta a causa de las limitaciones humanas del investigador y la naturaleza propia de los fenómenos a los cuales se estudia (Reale, 1988).

Postula el principio de verificación, en donde deben verificarse empírica o fácticamente las proposiciones planteadas en el estudio. Las proposiciones de otras disciplinas como la metafísica o la ética al no poder establecer proposiciones verificables no son constituyentes del canon científico pues sus preguntas se basan en pseudoconceptos (Reale, 1988).

El neo-positivismo reconoce la posibilidad de error, pero los concibe como accidentes, los cuales no pierden objetividad puesto que el investigador puede incurrir en el disturbio que esto genera, teniendo también una incidencia dentro de la investigación (Bunge, 1995).

Ontológicamente plantea que la realidad debe estar sometida a un gran número de pruebas críticas tantos como sea factible para acceder a una imagen mayormente inequívoca de la realidad y de esta forma comprender la naturaleza del fenómeno, tarea la cual nunca podrá efectuarse de forma completa debido a la naturaleza de las limitaciones humanas (Bunge, 1995).

Dentro del estudio religioso en psicología se descarta como objeto de estudio el hecho religioso en si y se aboga más bien por el estudio experiencial o la vivencia religiosa del sujeto mediante la observación regida por la objetividad científica. Ya que no es del interés de la psicología el indagar los contenidos de los credos religiosos si no que mas bien la influencia que estos ejercen en el individuo (Allport, 1950).

## **IV. DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **IV.1. Metodología y diseño.**



La metodología a utilizar es de tipo cuantitativa, puesto que la forma de abordar el estudio es por medio de la observación externa al investigador, a través de datos cuantificables obtenidos con instrumentos aptos para su recolección, empleando el mayor grado de objetividad en el tratamiento de datos mediante análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Es de tipo correlacional a nivel bivariado, ya que busca conocer la relación existente entre dos o más variables de un contexto particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), en la investigación se correlacionaron la variables de sintomatología depresiva cuantificada mediante el inventario de Beck y la variables de orientación religiosa (intrínseca, extrínseca social y extrínseca personal).

El diseño utilizado es de tipo no experimental, puesto que no se llevó a cabo una manipulación deliberada de las variables, dada la imposibilidad de generar una manipulación intencional por motivos éticos. Sin embargo, dados los alcances y objetivos del estudio lo que interesa observar es la relación de las variables en su contexto natural, sin afectar las convicciones, creencias personales, ni mucho menos los aspectos que hacen relación con la salud psíquica de los participantes.

La investigación además es transversal, ya que el proceso de recolección de datos se basó en un único momento de tiempo mediante una sola aplicación de los instrumentos.

## **IV.2. Hipótesis**

En función de los objetivos planteados para la investigación se formularon las siguientes hipótesis:

H1: La orientación religiosa intrínseca se asocia negativamente con la presencia de sintomatología depresiva.

H2: La orientación religiosa extrínseca se relaciona positivamente con la presencia de sintomatología depresiva.

Hipótesis nulas:

Ho1: La orientación religiosa intrínseca no se asocia negativamente con la presencia de sintomatología depresiva.

Ho2: La orientación religiosa extrínseca no se relaciona positivamente con la presencia de sintomatología depresiva

Hipótesis estadística:

He:  $r_{xy} \neq 0$

### **IV.3. Técnicas de recolección de información**

Para recolectar los datos se utilizaron dos instrumentos de carácter individual, autoadministrados, con el fin de medir cuantitativamente las variables del estudio (orientación religiosa y sintomatología depresiva), junto con una breve encuesta de datos demográficos (sexo, edad, afiliación religiosa).

Se optó por utilizar esta modalidad de recolección de información, por las características de la población, acceso y familiaridad con las pruebas autoadministradas.

### **IV.4. Instrumentos**

La encuesta aplicada consideró una primera sección de tipo socio demográfica (anexo b) a través de la cual se obtuvieron datos del género, edad y afiliación religiosa de los estudiantes con el objetivo de tener una caracterización más

específica de la muestra. Para medir la variable de sintomatología depresiva se utilizó el inventario de Beck en su segunda versión (1979) (anexo d), mientras que para cuantificar la variable religiosa se utilizó el Age universal 12 I/E-R (Gorsuch; Venable, 1983), de este último se llevó a cabo el proceso de adaptación y validación mediante análisis factorial (anexo c).

#### **IV.4.1. Inventario de depresión de Beck.**

El inventario de depresión de Beck en su segunda versión llamada BDI, BDA, consistente en un cuestionario de 21 ítems, de tipo autoaplicado cuyo propósito es detectar la presencia de síntomas depresivos y la intensidad que éstos poseen. Propone 4 alternativas de respuesta que gradúan la intensidad de menor a mayor con puntuaciones que van de 0 a 3 puntos (Cova, Rincón, Valdivia; 2008).

Su contenido tiene un énfasis en los componentes cognitivos de la depresión con 15 ítems, mientras que el resto del cuestionario está enfocado a los síntomas somáticos / vegetativos.

Cova, Rincón y Valdivia (2008) llevaron a cabo un análisis de las propiedades psicométricas del instrumento, en una muestra de adolescentes chilenos la que estaba dividida en tres grupos, el primero correspondía a 78 adolescentes entre hombres y mujeres con trastornos depresivos y ansiosos según evaluación clínica de profesionales, el siguiente fue el grupo de control y estuvo constituido por 78 estudiantes de enseñanza media de liceos públicos, particulares y subvencionados, por último se tomó una muestra representativa de estudiantes de enseñanza media de la comuna de Concepción de 737 sujetos con un muestreo estratificado por tamaño, situación socioeconómica y dependencia del establecimiento de estudios (Cova, Rincón, Valdivia, 2008).

En cuanto a la confiabilidad se consideró la consistencia interna del Beck mediante el coeficiente alfa de Cronbach que correspondió a  $\alpha = 0,91$ , siendo altamente satisfactorio. Luego se replicó el análisis a los grupos por separado

observándose valores alfa de Cronbach correspondientes a  $\alpha = 0,91$  para la muestra clínica,  $\alpha = 0,89$  para la muestra control y  $\alpha = 0,89$  para la muestra representativa (Cova, Rincón, Valdivia; 2008).

Para evaluar la validez concurrente, a la muestra clínica y control se les aplicó también el MACI, el resultado fue el siguiente:

En la Escala BDI-II se exhiben correlaciones significativas con la casi totalidad de las escalas MACI. En particular, se observa que las correlaciones más elevadas se presentan con las escalas “Autodegradación” ( $r(140)=0,83, p<0,001$ ), “Afecto depresivo” ( $r(140)=0,82, p<0,001$ ), “Tendencia suicida” ( $r(140)=0,80, p<0,001$ ) y “Autodevaluación” ( $r(140)=0,79, p<0,001$ ). Hay sólo dos escalas MACI que no muestran relaciones significativas con la Escala BDI-II: “Sumisión” ( $r(140)=0,06, p>0,05$ ) y “Disconformidad sexual” ( $r(140)=0,14, p>0,05$ ) (Cova, Rincón, Valdivia, 2008).

Por lo cual el instrumento presenta características de validez y confiabilidad.

#### **IV.4.2. Escala de orientación religiosa Age universal 12 I/E-R.**

La escala de orientación religiosa Intrínseca / extrínseca Revisada de Gorsuch y Venable “Age Universal 12 I/E-R” (Gorsuch; Venable, 1983) y mejorada por Maltby (1999) la cual incluye preguntas relacionadas con dos aspectos simultáneos de la orientación religiosa en las personas: primero, la religiosidad intrínseca que evalúa creencias, actitudes y fe religiosa; y segundo, la religiosidad extrínseca la que se subdivide en dos, la primera de ellas es la extrínseca personal que evalúa aspectos de relación y la segunda es la extrínseca social que observa los aspectos sociales. Es una escala de 3 puntas con un continuo que va de Si, A veces y No, cuenta con 15 ítems y puede ser utilizada en sujetos desde los 12 años en adelante, además cuenta con la ventaja de que no está determinada a un tipo exclusivo de credo religioso y puede ser usada tanto en sujetos religiosos como en sujetos no religiosos (Gorsuch; Venable, 1983).

#### IV.4.2.1. Proceso de adaptación

Se llevó a cabo la traducción del instrumento con la colaboración de un interprete de conferencistas religiosos conocedor de la cultura inglesa y norteamericana, posterior a este procedimiento se aplicó la escala a una muestra piloto de 68 estudiantes, alumnos regulares de la Universidad del Bio-Bio, de los cuales fueron sugeridas correcciones para el ítems 3 del instrumento.

De este procedimiento resulto la siguiente traducción:

1. Disfruto leyendo o instruyéndome acerca de mi creencia religiosa
2. Voy a la iglesia o culto religioso porque me ayuda a hacer amigos
3. No importa mucho en lo que crea, mientras yo sea bueno/a
4. Es importante para mi pasar tiempo en meditación privada y/u oración
5. Asisto a la iglesia o culto religioso una vez por semana o más
6. A menudo he tenido una fuerte percepción o sentido de la presencia de Dios
7. Oro o rezo principalmente para tener alivio y protección
8. Me esfuerzo por vivir toda mi vida de acuerdo a mis creencias religiosas
9. Lo qué más me ofrece la religión es consuelo en tiempos de problemas y angustias

10. Mi credo religioso es importante, porque responde a muchas preguntas sobre el significado de la vida.

11. Oro o medito para obtener paz y felicidad.

12. Voy a la iglesia o culto religioso principalmente para pasar tiempo con mis amigos.

13. Mi forma de ver la vida está basada en mi religión

14. Voy a la iglesia o culto religioso, sobre todo porque me gusta ver a la gente que conozco allí.

15. Las oraciones que hago cuando estoy solo son tan importantes como aquellas que hago en la iglesia o culto religioso

Intrínseco: 8, 6, 13, 10, 1, 4, Extrínseco personal: 9, 11, 7, Extrínseco social: 2, 14, 12.

#### **IV.4.2.2. Análisis de fiabilidad**

Para calcular la fiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, aplicándolo a una nueva muestra piloto, arrojando un  $\alpha = 0,881$  lo que indica una fuerte consistencia interna del "Age Universal 12 I/E-R", resultados que son similares a investigaciones extranjeras en estudiantes universitarios australianos, las que determinaron para ella un coeficiente alfa de Cronbach de  $\alpha = 0,85$  (McCormick; Hoekman; Smith, 2000).

Tabla N°1: Estadísticos de confiabilidad

Alfa de Cronbach	Numero de Ítems
,881	15

Un análisis mas acucioso por cada ítem nos revela un aumento considerable en el valor del alfa de Cronbach si se excluye del instrumento el ítem 3, que de ser eliminado aumentaría en  $\alpha = ,918$  con lo que el instrumento presentaría una consistencia interna muy fuerte.

Tabla N° 2: Confiabilidad por ítems

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ÍTEM 01	25,0735	46,4871	,7331	,8649
ÍTEM 02	25,8529	52,4258	,4130	,8794
ÍTEM 03	25,1618	61,2122	-,4040	<b>,9185</b>
ÍTEM 04	24,9118	47,2458	,7092	,8665
ÍTEM 05	25,3382	46,9137	,6920	,8669
ÍTEM 06	25,0441	47,1771	,7047	,8666
ÍTEM 07	25,1324	47,8479	,6573	,8689
ÍTEM 08	25,1912	45,7689	,7857	,8621
ÍTEM 09	25,3676	49,8777	,5027	,8759
ÍTEM 10	25,1618	47,1227	,6618	,8684
ÍTEM 11	25,1029	46,3325	,7467	,8642
ÍTEM 12	25,9559	54,1025	,3094	,8824
ÍTEM 13	25,2941	46,8973	,7244	,8656
ÍTEM 14	25,8382	53,4511	,2789	,8833
ÍTEM 15	25,0147	45,8953	,7420	,8641

Fuente: Elaboración propia según 68 casos validos.

#### IV.4.2.2. Análisis de validez:

Se realizó la validez de constructo por medio del análisis factorial de componentes principales.

El Age Universal 12 originalmente consta de dos factores, de acuerdo a las aportaciones de Maltby (1999) luego de integrar los aportes teóricos y metodológicos mas recientes señala que la escala consta en realidad de tres factores a los cuales denomino como “Orientación Religiosa Intrínseca” “Orientación Religiosa Extrínseca Personal” y “Orientación Religiosa Extrínseca Social” utilizando ambas subescalas como factores independientes.

Se comenzó aplicando la prueba KMO para determinar si el instrumento utilizado era factible de ser sometido a análisis factorial.

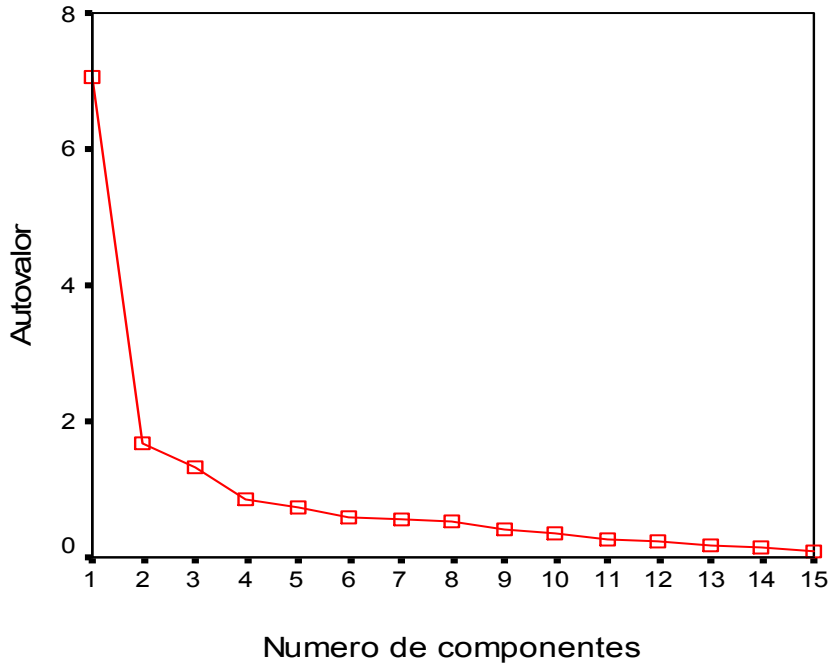
**Tabla N° 3: KMO y Test de Bartlett**

Media de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,840
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado Aprox.	620,232
	gl.	105
	Sig.	,000

La prueba KMO arrojó un estadístico 0,84, de significativa al 0,000, lo que indica que las correlaciones de las variables son altas, por lo que se hace factible llevar a cabo el análisis factorial.



### Grafico de sedimentación



De acuerdo con el criterio de la pendiente de Cattell, esta corta en 3 factores óptimos, factibles de ser extraídos.

**Tabla N°4: Matriz de Componentes**

	Componentes		
	1	2	3
ÍTEM 01	,840	,026	-,265
ÍTEM 02	,452	,412	,314
ÍTEM 03	-,468	-,212	,719
ÍTEM 04	,763	-,098	-,011
ÍTEM 05	,781	,114	-,188
ÍTEM 06	,747	-,354	,090
ÍTEM 07	,676	-,120	,413
ÍTEM 08	,858	-,067	-,113
ÍTEM 09	,530	-,104	,376
ÍTEM 10	,765	-,212	-,162
ÍTEM 11	,760	-,286	,280
ÍTEM 12	,372	,769	,072
ÍTEM 13	,819	9,044E-05	-,268
ÍTEM 14	,332	,760	,210
ÍTEM 15	,782	-,027	,201

3 componentes extraídos.

La matriz presenta 3 componentes extraídos de los cuales en el primer factor se aprecian 7 ítems con tendencia muy fuerte, 2 ítems con tendencia considerable y un ítem con tendencia media. Mientras que en el segundo factor, se encuentran 2 ítems con tendencia muy fuerte y uno con tendencia media. Y finalmente en el tercer factor hallamos un ítem de tendencia considerable y otro de tendencia media.

**Tabla N°5: Comunalidades**

	Inicial	Extracción
ÍTEM 01	1,000	,776
ÍTEM 02	1,000	,472
ÍTEM 03	1,000	,782
ÍTEM 04	1,000	,592
ÍTEM 05	1,000	,659
ÍTEM 06	1,000	,692
ÍTEM 07	1,000	,642
ÍTEM 08	1,000	,752
ÍTEM 09	1,000	,433
ÍTEM 10	1,000	,657
ÍTEM 11	1,000	,737
ÍTEM 12	1,000	,735
ÍTEM 13	1,000	,743
ÍTEM 14	1,000	,732
ÍTEM 15	1,000	,653

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Se aprecian 3 ítems con tendencia muy fuerte y 10 ítems con tendencia considerable, mientras que los ítems 2 y 9 presentan una tendencia media.

**Tabla N°6: Porcentajes de varianza explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de Varianza	% Acumulado	Total	% de Varianza	% Acumulado
1	7,046	46,971	46,971	7,046	46,971	46,971
2	1,690	11,268	58,240	1,690	11,268	58,240
3	1,321	8,805	67,044	1,321	8,805	67,044
4	,842	5,613	72,657			
5	,729	4,862	77,519			

6	,596	3,976	81,495		
7	,557	3,711	85,205		
8	,530	3,533	88,738		
9	,410	2,731	91,469		
10	,357	2,377	93,846		
11	,276	1,837	95,683		
12	,228	1,519	97,202		
13	,173	1,155	98,357		
14	,147	,979	99,336		
15	,100	,664	100,000		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

La varianza de la muestra piloto en conjunto mide sobre un 67% del instrumento. El primer autovalor es de 7,046 y explica el 46,971% de la varianza, mientras que el segundo autovalor es de 1,690 y explica el 11,268% de la varianza, finalmente el tercer autovalor es de 1,321% y mide el 8,805% de la varianza.

Se emplea rotación ortogonal utilizando el método VARIMAX para interpretar de mejor forma los resultados obtenidos.

**Tabla N°7: Matriz de Componentes Rotados**

		Componentes		
		1	2	3
ITEM 11		<b>,823</b>	,245	,030
ITEM 07		<b>,770</b>	,098	,197
ITEM 06		<b>,734</b>	,381	-,091
ITEM 15		<b>,692</b>	,334	,251
ITEM 09		<b>,638</b>	,036	,160
ITEM 04		<b>,587</b>	,482	,119
ITEM 03		<b>,148</b>	-,864	-,118
ITEM 01		,451	<b>,735</b>	,181
ITEM 13		,444	<b>,723</b>	,151
ITEM 05		,417	<b>,643</b>	,268
ITEM 08		,586	<b>,623</b>	,145
ITEM 10		,549	<b>,595</b>	-,028
ITEM 14		,057	,085	<b>,850</b>
ITEM 12		,005	,218	<b>,829</b>
ITEM 02		,341	,062	<b>,593</b>

Método de extracción: Análisis de componentes principales  
Método de rotación: Normalización Varimax

El primer factor presenta 2 ítems con tendencia muy fuerte y 4 ítems con tendencia considerable, Mientras que el segundo factor presenta 5 ítems con tendencia considerable y el tercer factor presenta 2 ítems con tendencia muy fuerte y uno con tendencia considerable.

**Tabla N°8: Total de la Varianza Explicada**

Componente	Extraction Sums of Squared Loadings			Suma de las Saturaciones al Cuadrado de la Rotación		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,046	46,971	46,971	4,400	29,333	29,333
2	1,690	11,268	58,240	3,582	23,883	53,216
3	1,321	8,805	67,044	2,074	13,828	67,044

Método de Extracción: Análisis de Componentes Principales.

En la solución rotada el primer factor tiene un %29,333 de la varianza frente al %46,971 de la varianza no rotada, en el segundo factor la solución rotada tiene un %23,883 de la varianza frente al %11,268 de la varianza no rotada, por último el tercer factor tiene el %13,828 de la solución rotada, frente al 8,805 de la solución no rotada. La varianza en total explica el %67,044 de la orientación religiosa de los sujetos.

Originalmente la estructura del instrumento planteada por Gorsush y Venable (1983) contenía dos factores uno “religiosidad intrínseca” y el otro “religiosidad extrínseca” compuesto por dos aspectos “personal” y “social”, posteriormente Maltby (1999) integra los aportes teóricos más recientes y realiza modificaciones al instrumento planteando una estructura factorial compuesta por 3 factores a los que denomino “religiosidad intrínseca”, “religiosidad extrínseca personal” y “religiosidad extrínseca social”

El primer factor contiene los ítems correspondientes a la orientación religiosa extrínseca personal, el segundo factor contiene los ítems correspondientes a la orientación intrínseca, mientras que el tercer factor contiene los ítems

correspondientes a la religiosidad extrínseca social. Del instrumento final se extrae el ítem 3 quedando con 14 ítems en total, con una estructura de 3 factores (anexo c).

<b>Religiosidad extrínseca personal</b>	
4	Es importante para mi pasar tiempo en meditación privada y/u oración
6	A menudo he tenido una fuerte percepción o sentido de la presencia de Dios
7	Oro o rezo principalmente para tener alivio y protección
9	Lo que más me ofrece la religión es consuelo en tiempos de problemas y angustias
11	Oro o medito para obtener paz y felicidad.
15	Las oraciones que hago cuando estoy solo son tan importantes como aquellas que hago en la iglesia o culto religioso

<b>Religiosidad intrínseca</b>	
1	Disfruto leyendo o instruyéndome acerca de mi creencia religiosa
5	Asisto a la iglesia o culto religioso una vez por semana o más
8	Me esfuerzo por vivir toda mi vida de acuerdo a mis creencias religiosas
10	Mi credo religioso es importante, porque responde a muchas preguntas sobre el significado de la vida.
13	Mi forma de ver la vida está basada en mi religión

<b>Religiosidad extrínseca social</b>	
2	Voy a la iglesia o culto religioso porque me ayuda a hacer amigos
12	Voy a la iglesia o culto religioso principalmente para pasar tiempo con mis amigos.
14	Voy a la iglesia o culto religioso, sobre todo porque me gusta ver a la gente que conozco allí.

#### **IV.4.5. Población y muestra**

La población del estudio estuvo compuesta por estudiantes universitarios de la Universidad del Bío Bío, de acuerdo con los registros académicos de la casa de

estudios, la población total de estudiantes regulares asciende a 10.709 alumnos, de los cuales 4.623 corresponden a alumnos de la sede de Chillán y un total de 4.182 registran efectivamente una categoría de alumno regular (registro académico UBB, 2009).

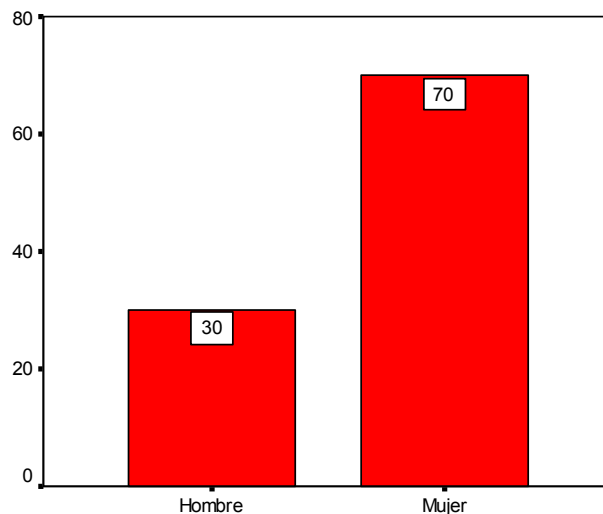
Se optó por esta población debido al ser el grupo de mayor representatividad en afiliación religiosa (Censo, 2002) con 36.515 habitantes, además de estar en una etapa evolutiva del desarrollo de la fe en donde ya hay un credo establecido, es decir se a tomado la decisión de que postura religiosa asumir mediante a una cosmovisión y sistema de valores propio (Fowler, 1981).

Considerando dicha población en el contexto de interés, se cálculo la muestra probabilística utilizando el programa estadístico STATSTM v2. con un 95% de confianza y un 5% de margen de error de generalización de los resultados. La muestra definitiva, consideró un total de 133 alumnos.

#### **IV.4.5.1. Características de la muestra**

Para precisar de mejor forma la muestra, se pesquisaron algunos datos socio demográficos como el genero, edad y afiliación religiosa, los cuales se detallan a continuación.

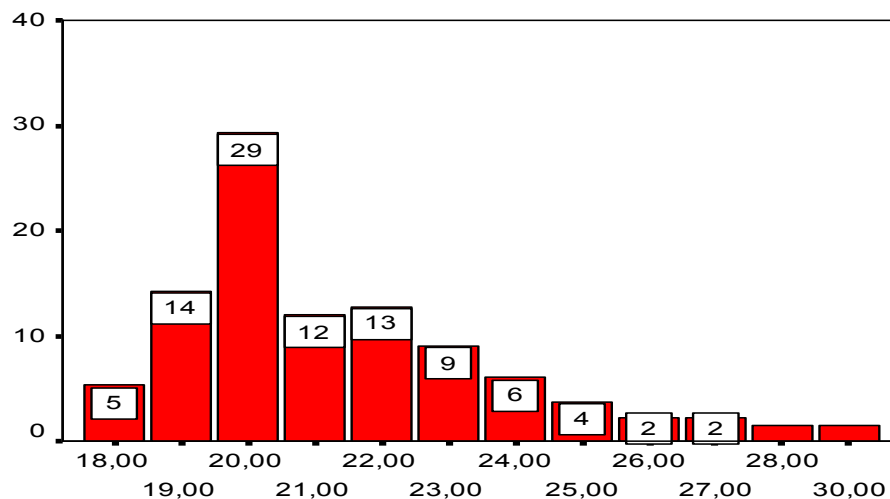
Gráfico N° 1 Género de la muestra



Fuente: Elaboración propia según 133 casos.

La muestra estuvo mayormente integrada por mujeres que en total representan el 70% del total, lo cual es más del doble de los hombres encuestados que hacen al 30%.

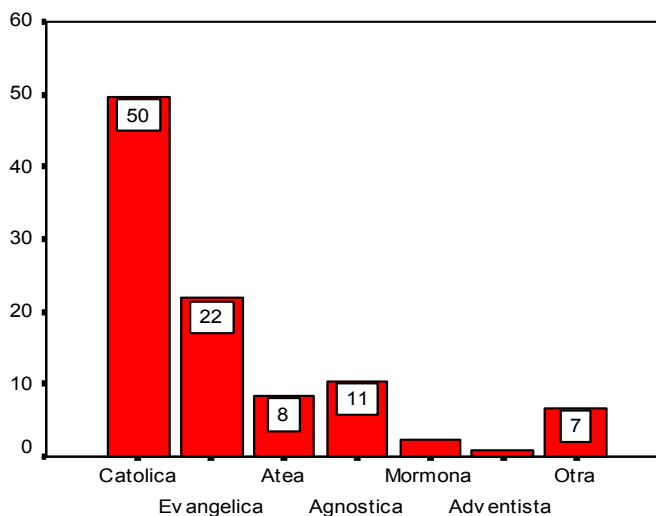
Gráfico N° 2: Edad de la muestra



Fuente: Elaboración propia según 133 casos

Las edades fluctúan entre los 18 y los 30 años de los cuales la mayor parte de los encuestados tiene 20 años con un 29% del total, seguidos de 19 años con 14% y 22 años con un 13%.

Gráfico N° 3: Afiliación religiosa



Fuente: Elaboración propia según 133 casos.

La mitad de la muestra perteneciente al 50% afirma pertenecer al credo católico, es seguido del credo evangélico, que cuenta con un 22% de afiliación. Mientras que con porcentajes menores se encuentran los agnósticos con un 11%, los ateos con un 8% y los sujetos que afirman pertenecer a otro credo con un 7%. Finalmente se encuentran los sujetos pertenecientes al credo mormón y adventista que suman entre los dos un 2% del total de la muestra.

#### IV.4.6. Análisis de datos propuesto

Las técnicas de análisis empleadas, se desarrollaron en estricta relación con el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Primeramente, la información obtenida fue contenida en una base de datos construida a través del software estadístico SPSS V.11.5, la cual fue sometida a un proceso de depuración previa al desarrollo de los análisis eliminando aquellos casos en los cuales fueron omitidos algunos ítems al contestar los instrumentos, de estos se evaluó finalmente una muestra de 133 casos válidos.



Posteriormente, para conocer los niveles de orientación religiosa y sintomatología depresiva, se efectuó una estadística descriptiva de cada una de ellas, estableciendo niveles de frecuencia de respuesta por ítem en cada una de las escalas, extrayendo medidas de tendencia central (media, moda, mediana) para evaluar el comportamiento interno de los casos y medidas de variabilidad para evaluar la intensidad de los matices al interior de la muestra (Desviación estándar, mínimo y máximo).

Por último, para evaluar la relación entre el factor religioso y depresivo, y comprobar de esta forma las hipótesis, se efectuó un análisis de correlaciones mediante la obtención de los  $r$  de Pearson y los niveles de significancia estadística.

#### **IV.4.7. Criterios de calidad**

Para la investigación fueron usados los criterios de validez, confiabilidad.

La validez se refiere al grado en que un instrumento mide lo que realmente pretende medir (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Para la variable depresiva se utilizó la validez de criterio, la cual consiste en que un instrumento se compara con un estándar para certificar si es válido, en la presente investigación se tomó en consideración la validez de criterio efectuada por Cova, Rincón y Valdivia (2008) quienes compararon el inventario de Beck (BDI, BDA) previamente con el MACI (Cova, Rincón, Valdivia, 2008) utilizando validez concurrente (en el mismo momento).

Mientras que para la variable religiosa se llevó a cabo la validación de constructo de la escala mediante análisis factorial de componentes principales.

En cuanto a la confiabilidad, se refiere al grado en que un instrumento logra resultados similares en reiteradas aplicaciones (Hernández, Fernández y Baptista,

2006), en ambas pruebas se utilizó el coeficiente alpha de cronbach que indica el la consistencia interna de escalas polinómicas (Cronbach, 1951). Ambos instrumentos presentaron valores del coeficiente alpha de cronbach satisfactorios.

#### **IV.4.8. Aspectos éticos**

Para esta investigación se utilizaron los criterios éticos propuestos por Franca-Tarrago (1996) para estudios realizados en psiquiatría y psicología, junto con los estándares de calidad del código de ética del Colegio de Psicólogos de Chile (1999).

Se solicitó y gestionó los permisos correspondientes para tener acceso a los alumnos regulares de la sede Chillan de la Universidad del Bío Bío en las inmediaciones de ésta, mediante una carta de solicitud emitida por la escuela de psicología (anexo e) dirigida hacia registro academico, explicando los alcances del estudio y garantizando la confiabilidad, anonimato y buen uso de los datos proporcionados así como también de los resultados de la investigación. Sin que estos impliquen algún tipo de perjuicio tanto para la institución académica como para sus estudiantes.

Para realizar la investigación en la primera página de la encuesta se adjuntó un consentimiento informado en donde se explicaron claramente los alcances y objetivos del estudio, mencionando que la participación es completamente voluntaria y que se es libre de contestar o no el instrumento, o bien que puede dejar de responder la encuesta, si así lo desea, en cualquier momento (anexo b).

Se tuvo cuidado además por el respeto y la tolerancia a los diversos credos sin entrar en juicios valóricos, ni causar daños en el proceso de recolección de datos, cuidando el lenguaje en el momento de la aplicación de los instrumentos, explicando la naturaleza del estudio y la forma como este se abordó desde una postura neutral teniendo siempre presente la objetividad científica en el tratamiento y análisis de los datos obtenidos.

No se consideró otro beneficio para los participantes de la investigación salvo el tener acceso a los resultados de la misma, para lo cual se les entregó un correo de contacto a los participantes, en el que podrían escribir solicitando tener acceso a los resultados de la investigación.

## V. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

### V.I. Análisis preliminar.

#### Sintomatología depresiva.

**Tabla N°1: Puntuación inventario de Beck**

N	Validos	133
	Perdidos	0
Media		8,18
Mediana		6,00
Moda		2,00
Desviación estándar		7,14
Asimetría		1,18
Curtosis		1,35
Mínimo		,00
Máximo		36,00

Fuente: Elaboración propia según 133 casos.

La mayor parte de los encuestados obtuvo 2 puntos, mientras que el 50% de la muestra obtuvo menos de 6 puntos, y el 50% restante se ubica por sobre ese valor, en promedio los sujetos obtuvieron 8,18 puntos, mientras que las puntuaciones se desvían de la media en 7,14. El rango varía de 0 a 36 puntos en una escala que va desde 0 a 63 puntos. Los datos se agrupan al lado derecho de la curva de distribución normal y existe una mayor concentración de valores en la punta que en la distribución normal.

El 64% de los encuestados no presenta sintomatología depresiva significativa, mientras que los encuestados restantes presentan sintomatología leve y media. Sólo 5 personas manifestaron una sintomatología depresiva grave.

## Orientación religiosa

**Tabla N°2: Religiosidad intrínseca**

N	Validos	133
	Perdidos	0
Media		9,03
Mediana		9,00
Moda		5,00
Desviación estándar		3,49
Asimetría		,41
Curtosis		-1,20
Mínimo		5,00
Máximo		15,00

Fuente: Elaboración propia según 133 casos validos.

En promedio la muestra obtuvo 9,03 puntos, mientras que la mayor parte de individuos obtuvo un puntaje de 5,00 el 50% de los encuestados tiene puntuaciones de que están por sobre 9,00 mientras el 50% restante están por debajo de ese valor. En promedio los datos se desvían en 3,49 puntos de la media. El rango se ubica entre 5.00 y 15.00. Mientras que los datos se agrupan al lado izquierdo de la curva de distribución normal presentando una menor concentración de valores.

**Tabla N°3: religiosidad extrínseca personal**

N	Validos	133
	Perdidos	0
Media		12,10
Mediana		12,00
Moda		6,00
Desviación estándar		4,06
Asimetría		-,21
Curtosis		-1,29

Mínimo	6,00
Máximo	18,00

Fuente: Elaboración propia según 133 casos

En promedio la muestra obtuvo 12,10 puntos, mientras que la mayor parte de individuos obtuvo un puntaje de 12,00, el 50% de los encuestados tiene puntuaciones que están por sobre 6,00 mientras el 50% restante están por debajo de ese valor, los datos en promedio se desvían de la media en 4,06. Mientras que el rango fluctúa entre 6,00 y 18,00. en cuanto a la dispersión de los datos estos se agrupan al lado izquierdo de la curva de distribución normal, presentando los valores una menor concentración que esta.

**Tabla N°4: Religiosidad extrínseca social**

N	Validos	133
	Perdidos	0
Media		3,81
Mediana		3,00
Moda		3,00
Desviación estándar		1,35
Asimetría		1,62
Curtosis		2,02
Mínimo		3,00
Máximo		9,00

Fuente: Elaboración propia según 133 casos

En promedio la muestra obtuvo 3,81 puntos, mientras que la mayor parte de individuos obtuvo un puntaje de 3,00, el 50% de los encuestados tiene puntuaciones de que están por sobre 3,00 mientras el 50% restante están por debajo de ese valor, los datos se desvían de la media en 1,35 puntos. El rango varía de 3,00 a 9,00 puntos en la escala. En cuanto a la dispersión de los datos de la muestra, esta tiende a agruparse al lado izquierdo.

Dentro de la muestra en general las puntuaciones fueron bajas con 64% del total de los encuestados que tuvo puntaje mínimo, habiendo solo un individuo que obtuvo puntuación perfecta (anexo f).

### Comprobación de hipótesis.

**Tabla N°4: Correlaciones religiosidad intrínseca y síntomas depresivos**

		Puntaje Beck	Religiosidad intrínseca
Puntaje Beck	Pearson Correlation	1	-,180(*)
	Sig. (2-tailed)	.	,039
	N	133	133
Religiosidad intrínseca	Pearson Correlation	-,180(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,039	.
	N	133	133

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

La primera hipótesis hacía alusión a la posible relación existente entre una orientación religiosa intrínseca y la sintomatología depresiva. Los resultados del análisis de la muestra revelan que existe un correlación inversa con tendencia débil de  $p = -,180$ , significativa al 0,05 entre ambas variables, por lo cual la hipótesis se comprueba.

**Tabla N°4: Correlaciones religiosidad extrínseca y síntomas depresivos**

		BECK	Religiosidad extrínseca personal	Religiosidad extrínseca social
BECK	Pearson Correlation	1	-,046	-,083
	Sig. (2-tailed)	.	,599	,340
	N	133	133	133
Religiosidad extrínseca personal	Pearson Correlation	-,046	1	,427(**)
	Sig. (2-tailed)	,599	.	,000
	N	133	133	133
Religiosidad extrínseca social	Pearson Correlation	-,083	,427(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,340	,000	.
	N	133	133	133

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

La segunda hipótesis hacía alusión a la relación posible entre sintomatología depresiva y orientación religiosa extrínseca. Ninguno de los resultados sustentó tal hipótesis, ni en el factor de religiosidad extrínseca personal ( $p = -,048$ ), ni en el de religiosidad extrínseca social ( $p = -,083$ ), por lo cual la hipótesis fue descartada.

## V. CONCLUSIONES

El principal interés en torno al estudio de las temáticas religiosas para la presente investigación radica en la relevancia de los aspectos religiosos que resulten más favorables para una buena salud mental, además de promover y ampliar el conocimiento existente, junto con incentivar el interés por indagar en estas temáticas de estudio principalmente en este contexto.

El primer objetivo del estudio estaba orientado a la adaptación y la validación de un instrumento que cuantificara los niveles de orientación religiosa en estudiantes universitarios, en base a los resultados obtenidos se puede concluir que el Age universal 12 I/E-R presenta características de validez de constructo y confiabilidad ( $\alpha = ,918$ ).

La prueba es aplicable a individuos de distintos credos religiosos sin que se vean alteradas sus propiedades psicométricas, por lo que es factible de ser utilizada en sujetos de distinta afiliación religiosa.

Inicialmente la estructura factorial de la variable orientación religiosa estaba dada por dos factores, sin embargo los datos de la validación realizada se detectaron la presencia de 3 factores, lo que es acorde con la estructura factorial planteada por Maltby (1999) de acuerdo a sus modificaciones, por tanto, el instrumento final cuantifica los factores de religiosidad intrínseca, religiosidad extrínseca personal y religiosidad extrínseca social.

Los resultados fueron similares a los estudios realizados por Genia (1991) efectuados en población religiosa, aunque las correlaciones halladas en el presente estudio fueron menores.

En líneas generales la muestra estuvo conformada principalmente por mujeres que representaban un tercio de los encuestados, la gran mayoría de la población no



presentó sintomatología depresiva, mientras que sólo un bajo porcentaje presentó síntomas leves y sólo cinco integrantes mostraron síntomas graves, esto tal vez porque la muestra considerada no era una población significativamente clínica, sino que representaba casos aislados en alumnos universitarios. Sin embargo, los resultados son similares a otros estudios realizados en estudiantes universitarios en lo referido a sintomatología depresiva (Vicente, 2002).

En cuanto a la escala de orientación religiosa, en general las puntuaciones fueron mayoritariamente bajas, lo que implicó bajos niveles de orientación religiosa en todas las subescalas. A pesar de esto, este aspecto no deja de tener interés, puesto que aunque muchos sujetos afirmaban simpatizar con algún credo (y en concordancia con los aspectos que miden las escalas de orientación religiosas) estos muestran levemente los valores internalizados, los ritos y las creencias propias de su credo, esto se explicaría de acuerdo a los postulados de Spilka (1997) quien afirma que las escalas de religiosidad lo que tienden a medir realmente es el compromiso del sujeto con su creencia religiosa, por lo que bajas puntuaciones en la escala de religiosidad representarían un menor compromiso con su credo y, por ende, una menor participación en las costumbres y valores que representa.

En cuanto a la comprobación de las hipótesis, la primera de ellas planteaba la existencia de una correlación negativa entre las variables de orientación religiosa intrínseca y sintomatología depresiva, los resultados de la investigación arrojaron la existencia de una correlación débil entre ambas ( $p = -0,180$ ) significativa al 0,05%, destacando los síntomas depresivos cognitivos con una correlación de  $p = -0,192$ . Esto se explicará de acuerdo con la teoría cognitiva de la depresión de Beck (1979) en donde los síntomas depresivos son el producto de esquemas cognitivos distorsionados de base que generan formas de pensar irracionales. Estos esquemas serían el producto de experiencias traumantes previas ocurridas principalmente en las primeras etapas del desarrollo, sin embargo los sujetos que tienen una orientación religiosa intrínseca amortizan las experiencias traumantes negativas regulándolas, lo que les permite que tengan esquemas de pensamiento más

saludables, teniendo además una visión positiva frente al porvenir (Quiceno, 2009) junto con esto presentan un autoconcepto más positivo y una mejor autoestima (Batson, 1979).

A pesar de lo anterior los resultados difieren un tanto con los de la literatura, pues en estudios extranjeros las correlaciones encontradas fueron mayores (Genia; Shaw, 1991). Esto podría explicarse puesto que las muestras analizadas en estos estudios correspondían principalmente a grupos religiosos, por lo que no solamente estaba presente la variable de orientación religiosa para establecerla como explicativa, sino que además mediaban otras variables que son participes del cuidado de la salud mental como la pertenencia a un grupo de apoyo (grupo religioso), las creencias de salvación, las estrategias de autocuidado promovidas por su credo, entre otras (Florenzano, 2010). La muestra tomada en este estudio de por sí, no es religiosa, sino que estaba compuesta por estudiantes universitarios, y no necesariamente se debe asistir o pertenecer a un grupo religioso para ser un sujeto que puntúe alto en el apartado de orientación religiosa intrínseca, pues este sirve a su religión y no necesariamente a la institución correspondiente, sino más bien a los valores trascendentes que representa su credo (Allport, 1967).

En el caso de la segunda hipótesis se pretendía hallar la relación existente entre la religiosidad de tipo extrínseco y la mayor intensidad de sintomatología depresiva. Sin embargo, no fue hallada ninguna correlación que sustentara tal hipótesis, por lo cual fue descartada.

Esto quizás porque los individuos de orientación religiosa extrínseca tienen una visión más imparcial de la religión por lo que buscan otras vías de escape alternativas a sus conflictivas optando por practicar diversas estrategias frente al resguardo de la salud mental, y sólo se adhieren a su religión cuando se necesita obtener benéficos de ella.

En general, los datos fueron recolectados en una población de estudiantes universitarios y no en una muestra de un conglomerado religioso para observar la influencia de la religión en ellos, por lo que para llegar a conclusiones más precisas se recomienda en el futuro realizar estudios comparativos entre una población religiosa y otra no religiosa con el fin de observar los contrastes y aislar las variables que inciden en la correlación que no pudieron ser determinadas en este estudio por el carácter bivariado y pionero del presente, pues no se puede determinar si el individuo es religioso porque desea salir de la depresión o por el contrario es religioso y a raíz de ello está protegido de ésta.

En definitiva, pueden existir más variables que pueden influir en el proceso, pero al ser este un estudio pionero y dados los alcances de esta investigación, no se pudieron determinar estas variables.

Para replicar los estudios extranjeros lo apropiado sería, al igual que estos, tomar las mismas muestras de individuos religiosos, en grupos religiosos, para de esta forma obtener resultados similares o en su defecto, hubiese sido más aconsejable tomar las muestras estratificadas en los estudios clásicos para indagar en los aspectos específicos que integran una orientación religiosa (tanto intrínseca como extrínseca) en el contexto local.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Allport, G. W. (1950). The individual and his religion. New York: McMillan.

Allport, G.W. & Ross, J.M (1967). Personal religious orientation and prejudice. Journal Personality Social Psychology, 5, 432-443.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association

Batson, C.D. (1979) Experimentation in psychology of religion: Living with or in a dream? Journal for the Scientific Study of Religion Vol 18(1): 90-93.

Batson et al (1997) Toward motivational theories of intrinsic religious commitment

Batson, C.D. (1983) Sociobiology and the role of religion in promoting prosocial behavior: An alternative view. Journal of Personality and Social Psychology Dec; Vol 45(6): 1380-1385.

Batson, C.D. and Raynor-Price, I. (1983) Religious orientation and complexity of thought about existential concerns. Journal for the Scientific Study of Religion Vol 22(1): 38-50.

Beck, A. & Col. (1979).Cognitive Therapy of Depression. Nueva York. Guilford.

Beck, Aaron T (1972). La Depresión: Causas y Tratamiento. Phila: Prensa de la Universidad de Pennsylvania.

Beck, Aaron T (1976). Terapia Cognitiva de los Desórdenes Emocionales. NEW YORK: Prensa de Universidades Internacionales.

Broen, W. (1957) A factor analytic study of religious attitudes. *Journal of abnormal and social psychology*. 54.

Canaval G, Gonzáles M. Sánchez M (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Revista Colombia Médica*, Vol. 38, No. 4s2, 2007, pp. 72-78

Censo 2002. (2002). Instituto nacional de estadística.

Clark, W. (1958). *The psychology of religion: An introduction to religious experience and behavior*. Macmillan. New york.

Colégio de psicólogos de Chile (1999). Código de ética profesional. <http://www.colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2009/08/codigo-etica2.pdf>.

Cova, F; Rincon. P; Valdivia. M; Melpillan, R (2008). Propiedades psicométrías del inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia psicológica*, Vol 26 N° 1

Cronbach, L. (1951) Coefficient alpha and internal structure of test. *Psychometrika*. 16, 297 - 333.

David, B; Revelle, W. (1974). A multidimensional religious attitude inventory related to multiple measures of race. *Journal of social psychology*. 92.

Dittes, J.E. (1969) *Psychology of religion*. En Lindzey , G. and Aronson, E. *The handbook of Social Psychology* Vol. V. Addison – Wesley Publishing Company. Reading (Massachusetts)

Donahue, M.J. (1985) Intrinsic and Extrinsic Religiousness: Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Personality* Vol. 48 n° 2, 400-419

Ellis, A. (1995). Better, deeper, and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach. New York: Brunner/Mazel.

Fierro, A. y Baile, J.A. (1996) Una indagación en contenidos y correlatos de la experiencia religiosa. *Estudios de Psicología*. Vol. 56, 97-112.

Figueroa, G. (2002) La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online]. 2002, vol.40, suppl.1 [citado 2009-12-15], pp. 46-62.

Florenzano, R (2010). Religiosidad y salud mental ¿amigos o enemigos?. (Rev GPU 2010; 6; 2: 221-229)

Font, J. (1999) Religión, psicopatología y salud mental. Paidós. Barcelona

Fowler, James W. (1981) Etapas. De la Fe, Harper & Row ISBN 0-06-062866-9

Franca-Tarrago (2008) Psicología de la experiencia religiosa. Universidad Católica-Uruguay. Prensa médica latinoamericana

Franca-Tarrago, O. (1996). Ética para Psicólogos, Bilbao, Desclée

Frankl, E.F. (1946) El hombre en busca de sentido. Herder. Barcelona

Freud, S. (1914), Totem y tabú, O.C., II, ( V ) 1745-1850, Madrid: Biblioteca Nueva

Fromm, E. (1976) Psicoanálisis y religión Editorial Psique. Buenos Aires

Fromm. E (1968) El miedo a la libertad Paidós. Buenos Aires

Garcés, J. (1985). Perspectivas actuales en psicología de la religión. Estudios de psicología nº 23/24-1985. Universidad de Valencia.

García, H. (2004). La depresión: tratamiento cognitivo conductual <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>. 08 de septiembre de 2009

Gelder, M; Gath, D; Mayou, R. (1993). Psiquiatría. México. McGraw Hill

Genia, V. Shaw, D (1991). Religion, Intrinsic-Extrinsic Orientation and Depression. Journal Title: Review of Religious Research. Volume: 32. Issue: 3. Publication Year: 1991. Page Number: 274.

Gorsuch, R.L. Venable, G.D. (1983). Development of an "Age Universal" I-E scale. Journal for the Scientific Study of Religion, 22, 181-187.

Grom, B. (1993). Psicología de la religión Herder. Barcelona.

Guba, E. y Lincoln, Y. (1994). Paradigmas en pugna en la investigación cualitativa. London: Sage.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry Vol. 23:p. 56-62.

Hamilton, M. (1967), Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol. Vol.6: p. 278-296.

Hawks, S.R., Hull, M.L., Thalman, R.L, & Richins, P.M. (1995). Review of spiritual health: Definition, role, and intervention strategies in health promotion. Am J Health Promotion, 9, 37-1378.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. Caracas : McGrawHill.

Hood, Spilka, Hunsbeger y Gorsuch (1996) The Psychology of Religion. An Empirical Approach The Guilford Press. New York

Jackson, Stanley W. (1989). Historia de la melancolía y la depresión. Desde los Tiempos Hipocráticos a la Época Moderna. Ediciones Turner, Madrid.

James, W. (1902) Las variedades de la experiencia religiosa. Ediciones Península. Barcelona

Jarne, A. Talam, A. (2000) Manual de psicopatológica clínica: Barcelona. Ed. Paidos

King, B; Richard A. Hunt, A. (1971) Measunng Religion: a Comment on Morgan Journal article; Social Forces, Vol. 62

Kuhn, T. (1962). La estructura de las revoluciones científicas, Madrid, Fondo de cultura económica (FCE).

Law, G. (1977). A multidimensional inventory of cristian beliefs. Journal of social psychology.

Lewinsohn, P.M. Youngren, M.A., & Grosscup, S.J. (1979). Reinforcement and depression. In R. A. Dupue (Ed.), The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress (pp. 291-316). New York: Academic Press.

Lovett, B.J. (2006). The new history of psychology. A review and critique. History of Psychology, 9(1), 17-37.



Macbeth, G. (2010). Perspectivas en epistemología de la psicología. *Irice*, 18, 169-177.

Maltby, J. (1999) The internal structure of a derived, revised, and amended measure of the Religious Orientation Scale: The 'Age-Universal' I-E scale 12. *Social Behaviour and Personality*, 27, 407-412

Maslow, A.H. (1967). *Motivación y personalidad*. Ediciones Sagitario. España.

Mendels, J. (1982). *La Depresión*. España: Herder.

McCormick, J; Hoekman, K; Smith, D.(2000). Religious orientation and locus of control in an Australian Open Enrolment Christian School. *School of Education The University of New South Wales*.

Ministerio de salud. (2006). *Guía clínica*. Serie guías clínicas minsal n° xx. Santiago.

Morin, J. (2008). *Etapas del desarrollo de los significados de la fe según J. Fowler*. <http://www.docstoc.com/docs/98128328/Apuntes-sobre-el-desarrollo-de-la-fe>. 4 de mayo de 2010.

OMS (1992) *Clasificación de Trastornos Mentales*. Psicolibro.

Polaino, Lorete. A. (1980). *La depresión*. Barcelona España, Ed. Martinez Roca.

Popper, K. R. (1977). *Búsqueda sin término*. Autobiografía intelectual. Madrid: Tecnos.

Quicero, S; Vinacia, S. (2009). *La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad*. *Revista diversitas-perspectivas en psicología*. Vol. 5, No 2, 2009. Medellín

Reale G. (1988). Historia y pensamiento filosófico y científico. Barcelona, Herder.

Rivera-Ledesma, A; Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. Salud Mental, 28 (6), 51-58.

Rodríguez, A. (1991). Psicología Social. México: Trillas.

Santander, S. (2004) Cómo afectan los problemas de salud y factores y conductas de riesgo en el rendimiento académico en alumnos universitarios. Tesis de Magíster en Adolescencia, Universidad del Desarrollo.

Sarason, I; Sarason, B. (1975) Psicología anormal, Los problemas de conducta desadaptada. Mexico, Trillas.

Seligman, M. E. P. (1974). Depression & learned helplessness. In R. J. Friedman and M. M. Katz (Eds.), The psychology of depression: Contemporary Theory and Research. Washington, D. C.: Winston & Sons.

Serrano, G. y Garcés, J. (1983) Una escala de actitudes hacia la religión. Psicológica. Vol. 4 nº 1, 37-47

Spilka, B. (1997) The Psychology of Religion. Theoretical Approaches. Westview Press. Oxford.

Tinoco, J. (2006) Desarrollo de un instrumento de actitudes hacia la religiosidad en jóvenes universitarios (instituciones públicas y privadas) de la Ciudad de México, Tesis de Doctorado en Investigación Psicológica, México: Universidad Iberoamericana.

Vicente P., B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Revista Médica de Chile, v. 130, n. 5, Santiago, mayo 2002.

Vara A. (2006) aspectos generales de la depresión. Perú. Asociación por la defensa de las minorías.

## VII. ANEXOS

### Anexo a Consentimiento informado

#### Consentimiento informado

Te invitamos a ser parte de esta investigación que lleva por título “La sintomatología depresiva y la orientación religiosa en estudiantes de la universidad del Bío Bío sede Chillan” y tiene como objetivo descubrir la relación existente entre ambas variables.

Los criterios de elegibilidad usados fueron el ser estudiantes de la Universidad del Bío Bío sede de Chillan con disposición a responder encuestas.

La participación del estudio es completamente voluntaria pudiendo escoger si contestar o no el instrumento u hacer abandono de el en cualquier momento según el criterio del participante

Se tomara en cuenta los resguardos éticos correspondientes garantizando la seguridad, confiabilidad, anonimato y buen uso de los datos proporcionados así como de los resultados de la investigación sin que esto implique algún perjuicio para el participante

El tiempo estimado para responder las encuestas varia entre 10 a 15 minutos en total

Para consultas o solicitud de los resultados de la investigación favor escribir a la siguiente dirección: [cristiancarrasc@gmail.com](mailto:cristiancarrasc@gmail.com).

.....  
**Acepto participar de esta investigación de forma voluntaria**

## Anexo b. Encuesta sociodemográfica

### Genero

masculino

femenino

### Edad

años

### Orientacion religiosa

católica

evangélica

ateo

agnóstico

testigo de Jehova

mormona

musulmana

ortodoxa

judaica

adventista

Otra religion o credo

### Anexo c. Escala de orientación religiosa

Age Universal 12 I/E (Gorsuch, Veneable; 1983)

Por favor lea atentamente cada una de las afirmaciones y responda marcando la opción que mas lo/a identifique en cuanto a su orientación religiosa, sin importar el credo al cual pertenezca (o bien a la ausencia de este).

Sexo  Masculino  Femenino

Edad: \_\_\_\_\_

Nº		Si	A veces	No
1	Disfruto leyendo o instruyéndome acerca de mi creencia religiosa			
2	Voy a la iglesia o culto religioso porque me ayuda a hacer amigos			
3	Es importante para mi pasar tiempo en meditación privada y/u oración			
4	Asisto a la iglesia o culto religioso una vez por semana o más			
5	A menudo he tenido una fuerte percepción o sentido de la presencia de Dios			
6	Oro o rezo principalmente para tener alivio y protección			
7	Me esfuerzo por vivir toda mi vida de acuerdo a mis creencias religiosas			
8	Lo que más me ofrece la religión es consuelo en tiempos de problemas y angustias			
9	Mi credo religioso es importante, porque responde a muchas preguntas sobre el significado de la vida.			
10	Oro o medito para obtener paz y felicidad.			
11	Voy a la iglesia o culto religioso principalmente para pasar tiempo con mis amigos.			
12	Mi forma de ver la vida está basada en mi religión			
13	Voy a la iglesia o culto religioso, sobre todo porque me gusta ver a la gente que conozco allí.			
14	Las oraciones que hago cuando estoy solo son tan importantes como aquellas que hago en la iglesia o culto religioso			

## Anexo d: Inventario de depresión de Beck

### 3. inventario de Beck

En este cuestionario se presentan grupos de afirmaciones separadas por categoría. Lea todo el conjunto de afirmaciones de cada grupo y marque la frase que mejor describa como se siente en este momento. Es importante que lea todas las frases antes de elegir alguna.

#### Estado de animo

- a) No me siento triste
- b) Me siento triste
- c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
- d) Estoy tan triste o infeliz que ya no lo soporto

#### Pesimismo

- a) No me siento desanimado con respecto el futuro
- b) Me siento desanimado acerca del futuro
- c) Siento que no tengo para que pensar en el porvenir
- d) Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar

#### Sentimiento de fracaso

- a) No me siento como un fracasado/a
- b) Siento que he fracasado mas que otras personas
- c) Conforme veo atras en vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos
- d) Siento que como persona soy un completo fracaso

#### Insatisfacion

- a) Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como siempre
- b) No disfruto las cosas como antes
- c) Ya no obtengo satisfaccion de nada
- d) Estoy insatisfecho y molesto con todo

#### Sentimientos de culpa

- a) No me siento culpable
- b) En algunos momentos me siento culpable
- c) La mayor parte del tiempo me siento algo culpable
- d) Me siento culpable todo el tiempo

#### Sentimientos de castigo

- a) No siento que seré castigado.
- b) Siento que puedo ser castigado.
- c) Creo que seré castigado.
- d) Siento que estoy siendo castigado.

### Odio a si mismo

- a) No me siento decepcionado conmigo mismo.
- b) Me siento descontento conmigo mismo.
- c) Estoy harto de mi mismo.
- d) Me odio a mi mismo.

### Autoacusación

- a) No me siento peor que otros.
- b) Me critico por mis debilidades o errores.
- c) Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- d) Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

### Impulsos suicidas

- a) No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
- b) Tengo ideas de matarme, pero no lo haría.
- c) Me gustaría matarme.
- d) Me mataría si tuviera la oportunidad.

### Periodos de llanto

- a) No lloro más de lo habitual.
- b) Lloro más que antes.
- c) Lloro todo el tiempo.
- d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

### Irritabilidad

- a) No me irrito más ahora que antes.
- b) Me enoja o irrito más fácilmente ahora que antes.
- c) Me siento irritado todo el tiempo.
- d) No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

### Aislamiento social

- a) No he perdido el interés en otras personas.
- b) Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar antes.
- c) He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- d) He perdido todo interés en los demás.

### Indecisión

- a) Tomo decisiones como siempre lo he hecho.
- b) Trato de posponer el tomar decisiones.
- c) Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- d) Ya no puedo tomar ninguna decisión.



---

### Imagen corporal

- a) No creo que me vea peor que antes.
- b) Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o poco atractivo (a).
- c) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer poco atractivo (a).
- d) Me siento feo (a).

### Capacidad laboral

- a) Puedo trabajar tan bien como antes.
- b) Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- c) Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- d) Me siento incapaz de hacer cualquier cosa.

### Trastornos del sueño

- a) Puedo dormir tan bien como antes.
- b) No duermo tan bien como antes.
- c) Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- d) Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.

### Cansancio

- a) No me canso más de lo habitual.
- b) Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- c) Me canso al hacer cualquier cosa.
- d) Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

### Pérdida de apetito

- a) Mi apetito no ha variado.
- b) Mi apetito no es tan bueno como antes.
- c) Mi apetito es mucho peor que antes.
- d) Ya no tengo nada de apetito.

### Pérdida de peso

- a) Últimamente no he perdido peso.
- b) He perdido más de 2 kilos.
- c) He perdido más de 4 kilos.
- d) He perdido más de 6 kilos.

### Hipocondría

- a) No me preocupo de mi salud más de lo habitual.
- b) Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- c) Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

### **Libido**

- a) No he notado cambios recientes en mi interés por el sexo.
- b) Estoy menos interesado por el sexo de lo solía estar.
- c) Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- d) He perdido por completo mi interés por el sexo

## **Anexo e. Tablas de frecuencia**

### **Carta de solicitud**

Sr. registro academico xxxxxxxx

Junto con entregar un cordial saludo, dirijo la presente con el objeto de solicitar el acceso a los alumnos/as pertenecientes a la universidad del Bio-Bio de los campus Fernando May y La castilla, para fines de investigación.

Tal investigación tiene por titulo “La orientación religiosa y sintomatología depresiva en estudiantes de la universidad del Bio-Bio” y estará a cargo del alumno tesista de la carrera de psicología Cristian Carrasco Duran. RUT 16.152.720-3.

El procedimiento se realiza a través de la aplicación de un cuestionario autoadministrado el cual contendrá un apartado de identificación en donde se consulte sobre la, preferencia religiosa, edad y sexo, junto con dos instrumentos que corresponderán al Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Religiosidad de Gorsuch-Venable (Age Universal I/E-R scale 12).

Se tomaran en cuenta los resguardos éticos correspondientes garantizando la confiabilidad, anonimato y buen uso de los datos proporcionados así como de los resultados de la investigación.

Sin otro particular me despido, desde ya agradeciendo su oportuna respuesta.

Atte. xxxxxxxxxx

**Anexo f. Tablas de frecuencia**

**Tabla N°1: puntuaciones de Beck**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	11	8,3	8,3	8,3
	1,00	11	8,3	8,3	16,5
	2,00	13	9,8	9,8	26,3
	3,00	4	3,0	3,0	29,3
	4,00	12	9,0	9,0	38,3
	5,00	9	6,8	6,8	45,1
	6,00	8	6,0	6,0	51,1
	7,00	9	6,8	6,8	57,9
	8,00	4	3,0	3,0	60,9
	9,00	6	4,5	4,5	65,4
	10,00	4	3,0	3,0	68,4
	11,00	5	3,8	3,8	72,2
	12,00	4	3,0	3,0	75,2
	13,00	4	3,0	3,0	78,2
	14,00	6	4,5	4,5	82,7
	15,00	3	2,3	2,3	85,0
	16,00	3	2,3	2,3	87,2
	17,00	2	1,5	1,5	88,7
	18,00	3	2,3	2,3	91,0
	19,00	2	1,5	1,5	92,5
	20,00	2	1,5	1,5	94,0
	21,00	1	,8	,8	94,7
	23,00	1	,8	,8	95,5
	25,00	2	1,5	1,5	97,0
	26,00	1	,8	,8	97,7
	27,00	1	,8	,8	98,5
	28,00	1	,8	,8	99,2
	36,00	1	,8	,8	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

**Tabla N°2: Religiosidad intrínseca**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,00	28	21,1	21,1	21,1
	6,00	18	13,5	13,5	34,6
	7,00	13	9,8	9,8	44,4

8,00	7	5,3	5,3	49,6
9,00	11	8,3	8,3	57,9
10,00	11	8,3	8,3	66,2
11,00	9	6,8	6,8	72,9
12,00	6	4,5	4,5	77,4
13,00	9	6,8	6,8	84,2
14,00	5	3,8	3,8	88,0
15,00	16	12,0	12,0	100,0
Total	133	100,0	100,0	

**Tabla N°2: Religiosidad extrínseca personal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6,00	23	17,3	17,3	17,3
	7,00	6	4,5	4,5	21,8
	8,00	5	3,8	3,8	25,6
	9,00	5	3,8	3,8	29,3
	10,00	7	5,3	5,3	34,6
	11,00	9	6,8	6,8	41,4
	12,00	13	9,8	9,8	51,1
	13,00	8	6,0	6,0	57,1
	14,00	9	6,8	6,8	63,9
	15,00	9	6,8	6,8	70,7
	16,00	18	13,5	13,5	84,2
	17,00	11	8,3	8,3	92,5
	18,00	10	7,5	7,5	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

**Tabla N°3: Religiosidad extrínseca social**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2,00	1	,8	,8	,8
	3,00	86	64,7	64,7	65,4
	4,00	13	9,8	9,8	75,2
	5,00	15	11,3	11,3	86,5
	6,00	10	7,5	7,5	94,0
	7,00	5	3,8	3,8	97,7
	8,00	2	1,5	1,5	99,2
	9,00	1	,8	,8	100,0
	Total	133	100,0	100,0	