

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Relación entre religiosidad y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Este

Por:

Brandon Roy Apaza Ramirez
Candy Emili Gonza Chunga

Asesor:

Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

Lima, mayo de 2020

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mtro. Gino Gabriel Marca Dueñas de la Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Psicología, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “Relación entre religiosidad y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Este” constituye la memoria que presenta los bachilleres Apaza Ramirez Brandon Roy y Gonza Chunga, Candy Emili para aspirar al título de Profesional de Psicólogo(a) ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en Lima, el 20 de mayo del año 2020.



Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Nafta, Villa Unión, a 20 días del mes de mayo del año 2020, siendo las 17:00 horas, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del jurado Psic. Isaac Alex Conde Rodríguez, el secretario: Psic. Christian Edwin Adriano Pengifo y los demás miembros: Dr. Arnulfo Chico Robles, Psic. Kelly Mirtha Recalde Huamán y el asesor Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulada: Relación entre Religiosidad y Ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Este

de el(los)/la(las) bachiller(es): a) Brandon Roy Apaza Ramirez b) Candy Emili Gonzaga Chunga

PSICÓLOGO (Nombre del Título Profesional)

con mención en

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (los)/a(la)(las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por el(los)/la(las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado.

Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Candidato (a): Brandon Roy Apaza Ramirez

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 17, B+, Muy bueno, Sobresaliente.

Candidato (b): Candy Emili Gonzaga Chunga

Table with columns: CALIFICACIÓN, ESCALAS (Vigesimal, Literal, Cualitativa), Mérito. Row 1: Aprobado, 17, B+, Muy bueno, Sobresaliente.

(* Ver parte posterior) * Esta sustentación fue realizada de manera virtual u online sincrónica, conforme al Reglamento General de Grados y Títulos. Finalmente, el Presidente del jurado invitó al(los)/a(la)(las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

Signatures and names for Presidente, Secretario, Asesor, Miembro, and Candidato/a (a) and (b).

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a Dios
por su cuidado y protección durante el trayecto
de nuestras vidas hasta este momento tan importante.
Así mismo a nuestros padres, por su amor y apoyo incondicional.

Muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos de manera especial a nuestros asesores del curso: Psi. Wildman Vilca, Psi. Isaac Conde, Psi. Lea Ingaroca y Psi. Cristian Adriano por su acompañamiento profesional.

Índice

Introducción	3
Materiales y métodos	8
Diseño, tipo de investigación	8
Participantes	8
Instrumentos	8
Ficha de registro: características sociodemográficas de los participantes	12
Proceso de recolección de datos	12
Análisis estadístico	12
Resultados	14
Análisis descriptivo	14
Prueba de normalidad	15
Correlación entre las variables	16
Discusión	17
Referencias bibliográficas	19
Anexos	28
<i>Validez</i> de contenido de los instrumentos	28
Validez de constructo de los instrumentos	30

RESUMEN

Objetivo: examinar la relación entre ansiedad y religiosidad en estudiantes universitarios. Métodos de la investigación: La investigación es de tipo descriptivo-correlacional, no experimental y de corte transversal, en una muestra de 471 participantes. Resultados: la edad media de los participantes es de 21 años, No se halló correlación entre las variables ($\rho = .068$, $p = .141$), el 53% manifiesta sintomatología ansiosa y un 87% se encuentra en un nivel medio-alto de religiosidad, en ambos grupos, el género femenino es el que pondera los más altos puntajes; 35% y 50% correspondientemente. Por otro lado, se halló una relación negativa significativa entre ansiedad y la dimensión soporte social religioso ($\rho = .134$, $p = .004$).

Palabras clave: Ansiedad, Religiosidad, Universitarios, Prácticas religiosas.

ABSTRACT

Objective: to examine the relationship between anxiety and religiosity in university students. Research methods: The research is descriptive-correlational, non-experimental and cross-sectional, in a sample of 471 participants. Results: the mean age of the participants is 21 years. No correlation was found between the variables ($\rho = .068$, $p = .141$), 53% manifest anxious symptoms and 87% are at a medium-high level. of religiosity, in both groups, the female gender is the one that weighs the highest scores; 35% and 50% correspondingly. On the other hand, a significant negative relationship was found between anxiety and the religious social support dimension ($\rho = .134$, $p = .004$).

Key words: Anxiety, Religiosity, University students, Religious practices.

Introducción

Aproximadamente el 84% de la población mundial refiere pertenecer a un grupo religioso, el otro 16% presenta algún tipo de creencia religiosa o espiritual (Gallup, 2013; Pargament, Mahoney & Shafranske, 2013). En Latinoamérica, 425 millones de habitantes son católicos, de un total de 626 millones, sin contar con otras religiones existentes en esta región (Santero, Daray, Prado, Hernández & Irazola, 2019). Del mismo modo, en Perú, un censo realizado en 2007 registró un porcentaje del 93% de personas que refirieron pertenecer a alguna religión (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2011).

Religiosidad se define como un sistema de creencias, prácticas y soporte social religioso, que tienen el objetivo de facilitar la cercanía a lo sagrado o trascendente, según sea la creencia religiosa, mediante la fe (Holland et al., 1998; Koenig, 2008; Salagado, 2014; Sánchez, Sierra y Zárate, 2014).

Wesselmann, Vander & Agnew (2016) afirman que la religiosidad es una parte natural en la vida de las personas, y se reconoce su importancia para un bienestar psicológico (Saleem & Saleem, 2017) y su influencia sobre la depresión y ansiedad (Jang y Johnson, 2004).

Los trastornos de ansiedad, perjudiciales para la salud, han acrecentado en los últimos años, de tal manera que, a nivel mundial en el año 2015, 264 millones de

personas padecían estos trastornos, lo que fue un incremento del 14.9% durante la última década. Asimismo, se estima que la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad en 2015 fue del 3.6%, siendo más común en mujeres (4.6%) que en hombres (2.6%). En el continente de América, el 7.7% de las mujeres lo padecen, y en hombres el 3.6% (Global Burden of Disease, 2016; World Health Organization, 2017).

Así mismo, en el contexto latino, el 9.6% de adultos colombianos presenta síntomas de algún trastorno mental, a su vez, el 52.9% manifiesta síntomas de ansiedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) en un estudio realizado en Chile a estudiantes universitarios, se encontró que la prevalencia de ansiedad fue del 23.8% de la muestra (Pérez et al., 2012); en Perú, Piazza y Fiestas (2014) encontraron que un 7.9% de la población presenta problemas de ansiedad.

La ansiedad, se define como una reacción emocional, natural y adaptativa ante un estímulo desagradable, en el cual el ser humano anticipa situaciones que en su percepción son peligrosas, sin embargo, si la ansiedad excede en intensidad y duración ante la crisis real, afectando la funcionalidad de la persona, esta se convierte en un trastorno y se vuelve incapacitante, generando una respuesta desproporcionada ante un evento aversivo, estas respuestas involucran una evaluación cognitiva de la situación que se presenta, generando una serie de síntomas psíquicos que se comprenden como pensamientos negativos o distorsionados y síntomas somáticos: problemas respiratorios, gastrointestinales, etc (Mocoso y Oblitas, 1994; Celis et al., 2001; Riveros et al., 2007; DeMatteis y Basurte, 2015; Gonzales & Fadòn, 2019).

Entonces, ¿cómo se relacionan estas variables? Malinakova, Tavel, Meier, Van Dijk & Reijneveld (2020) encontraron que los creyentes que percibían a Dios como distante tenían más probabilidades de experimentar ansiedad en las relaciones cercanas. Williams et al. (1991) mencionan que participar de actividades religiosas puede disminuir los efectos del estrés sobre la salud mental. Otras investigaciones evidencian que realizar prácticas religiosas está correlacionado con una disminución en la adquisición de enfermedades y en la tasa de mortalidad (Kark et al., 1996; Ball, Armistead & Austin, 2003; Comstock & Partridge, 2008), también con un decremento de depresión y ansiedad (Jang y Johnson, 2004).

Estudios anteriores relacionan religiosidad con una mejor salud mental (Moreira, Neto & Koenig, 2006). Por lo que se ha demostrado que la religiosidad impulsa el desarrollo de una visión positiva para enfrentar eventos de estrés, emociones positivas como la gratitud, el perdón; mientras reducen la preocupación, así como el impacto de un evento aversivo debido a su relación con un sistema de soporte social (Maltby & Day, 2003; James & Wells, 2003) Por lo que se evidencia que la religiosidad aporta a una mejor salud física y psicológica, contribuyendo en la prevención y rehabilitación de enfermedades, disminuye la depresión, ansiedad, presión sanguínea y el estrés (Salagado, 2014).

Por otro lado, se realizó una investigación en jóvenes universitarios, Wahed y Hassan (2017) donde analizaron la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en 442 estudiantes norteamericanos, encontrando que el gran número de éstos sufren de estas tres condiciones.

En el ámbito nacional destaca la participación del INEI (2011) la que a través de la Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana, realizada a jóvenes

peruanos entre 15 y 29 años, encontró que el 56.40% de éstos referían presentar cambios en su ritmo de sueño, el 55% se habían sentido nerviosos (as), tensos (as) o inquietos (as); el 51.1% se habría sentido cansados (as), aburridos (as) la mayor parte del tiempo y el 44% se habría sentido triste y sin ganas de hacer nada; siendo siempre las mujeres la población más afectada en todas las categorías mencionadas.

Por lo tanto, ya que hay una prevalencia alarmante de problemas de ansiedad en la población joven; esta investigación tiene el objetivo de relacionar ambas variables y confirmar su correlación en el contexto peruano, específicamente jóvenes universitarios, ya que hay pocos estudios que relacionan estas variables directamente y aún menos en Perú. Así pues, los resultados brindarán una evidencia científica para probar si a mayor religiosidad se relaciona con menor ansiedad en una población adulta a partir de 18 a 35 años. De esta investigación se podría proponer la creación e implementación programas psicológicos y para una práctica activa de religiosidad en estudiantes universitarios, con el propósito de mejorar su bienestar mental.

Respecto al modelo teórico de la variable religiosidad, Holland et al. (1998), partieron del modelo de Allport & Ross (1967) sobre orientación religiosa, los cuales se dividen en dos dimensiones: orientación extrínseca e intrínseca. Las personas con orientación extrínseca usan la religión para sus propios fines, aceptando doctrinas de forma selectiva según sus intereses; esta orientación puede resultar útil de diversas maneras, para proporcionar seguridad y consuelo, sociabilidad, distracción y autojustificación. En términos teológicos, el tipo extrínseco se vuelve a Dios, pero sin alejarse de uno mismo. Las personas con orientación intrínseca hallan

su motivación en la religión, esforzándose por interiorizar sus creencias y vivir de acuerdo a ellas, satisfacen sus necesidades de tal manera que armonicen con sus creencias y prescripciones religiosas.

Asimismo, tomaron en cuenta a Yates et al. (1981) que mencionan que las creencias religiosas, prácticas y rituales son más fáciles de medir. Basándose principalmente en estas dos investigaciones, Holland et al. (1998) llegaron a plantear dos dimensiones en la creación de su escala: convicción religiosa y soporte social religioso. Definiendo la primera dimensión como las creencias y prácticas religiosas y espirituales que caracterizan la vida de un sujeto, y la segunda corresponde al soporte social proporcionado a un sujeto por aquellas personas afines a su grupo religioso (Koenig, 2015).

Por otro lado, diversos estudios sobre ansiedad generalizada (Borkovec y Roemer, 1995; Ladouceur et al., 2000; Wells y Carter, 1999) entienden la ansiedad en función de los procesos cognitivos; resaltando cuatro elementos constantes: preocupación excesiva, sobreestimación de la probabilidad de que ocurran eventos negativos, pensamiento catastrófico y creencias distorsionadas acerca de la preocupación. Así también, la rumiación de preocupaciones se suma a la sensación de no tener control sobre ellas, a partir de esto, nace la dificultad para tolerar a incertidumbre y la evitación cognitiva.

Del mismo modo, Goldberg, Bridges, Duncan & Grayson (1988) se basaron en los criterios de diagnóstico para la ansiedad generalizada que se encuentran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995).

Materiales y métodos

Diseño, tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptivo-correlacional, por lo que permite determinar en qué medida están relacionadas las variables de estudio. El diseño de investigación es no experimental, ya que no hay manipulación o control de las variables; y de corte transversal porque los datos serán recolectados en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Participantes

Los participantes son estudiantes de distintas carreras universitarias, entre las edades de 18 a 35 años. Sobre la base de la población identificada se conformará una muestra no probabilística conformada por voluntarios, cuyo tamaño asciende a 471 sujetos, de ambos sexos y de distinta religión.

Instrumentos

Inventario de Sistemas de creencias revisado.

Para la medición de Religiosidad se utilizó el Inventario de Sistemas de Creencias Revisado (SBI-15R), versión derivada del SBI-15. Este es un instrumento creado por Holland et al. en el año 1998 en los Estados Unidos de Norteamérica. Su finalidad es medir la religiosidad, la cual se define como las prácticas y creencias religiosas y espirituales, y el soporte social religioso proveniente del grupo que comparte dichas creencias. La versión original (SBI-15) fue pensada para medir la calidad de vida en enfermos graves.

Holland et al. (1998) iniciaron la construcción del instrumento con una versión larga, de 54 ítems, que denominaron *SBI-54*, que consideraba cuatro factores: existencial, ritual, soporte social y percepción de un ser superior. En esta versión realizaron los primeros análisis de validez y confiabilidad de la prueba. En la aplicación hecha a 301 personas encontraron una consistencia interna de .97 por alfa de Cronbach.

Luego, redujeron los ítems a 15, seleccionando aquellos con las mayores cargas factoriales (entre .60 y .87), agrupados en dos factores: creencias y prácticas religiosas (*CPRE*) y soporte social religioso (*SSR*). El instrumento así constituido obtuvo una consistencia interna por alfa de Cronbach de .93 para la escala total, .92 para el factor *CPRE* y .89 para *SSR*. La confiabilidad test-retest (2 semanas después) fue igual para los dos grupos en que se aplicó, uno de religiosos y otro de laicos; en los dos fue de .95.

Para la versión revisada (*SBI-15R*) se cambió el ítem nro. 2 de *SBI-15* con el fin de que se pudiera medir también a personas sanas, aunque ambas escalas son altamente similares (Holland et al., 1998). Para la presente investigación se eligió la versión *SBI-15R* debido a que el objetivo estaba dirigido a personas sanas.

La escala tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 0 a 3 puntos (desde 0 – *fuertemente en desacuerdo* hasta 3 – *fuertemente de acuerdo*, o desde 0 – *nunca* hasta 3 – *siempre*, de acuerdo al enunciado de la pregunta). El factor I (*CPRE*), consta de 10 reactivos; y el factor II (*SSR*), contiene 5 reactivos. Para completarlo, los individuos necesitan de 15 a 20 minutos. A mayor puntuación mayor es la religiosidad. Las puntuaciones globales del inventario se encuentran entre 0 y

45 puntos; se entiende que, a mayor puntuación, mayor convicción de las creencias y prácticas religiosas y soporte social religioso.

Almanza, Monroy, Bimbela, Payne y Holland (2000) citado Quiceno y Vinaccia (2011) utilizaron el *SBI-15R* traduciéndolo directamente del inglés, mediante traducción inversa. En la aplicación a 83 sujetos de un hospital en México DF encontraron una consistencia interna por alfa de Cronbach de .89 en la escala total, .85 para el factor I y .81 para el factor II (Almanza et al., 2000).

En una adaptación que se realizó en Colombia por Riveros, Bernal, Bohórquez, Vinaccia y Quiceno (2018) del Inventario de sistema de creencias (*SBM-15R*), la escala quedó conformada por dos factores que explican el 59,778 % de la varianza total. Este inventario ajustado muestra la misma estructura factorial (eliminando el reactivo 6 de la escala original) y con coeficientes de confiabilidad elevados, del cuestionario original y de la versión en español, con un alfa de Cronbach = .926. Esto permite deducir que el *SBI-15R*, tras la eliminación del reactivo, tiene una adecuada validez estructural y de constructo, y es confiable, tanto con población universitaria como con pacientes crónicos. Estos resultados concuerdan con lo encontrado en los procesos de validación desarrollados en otras partes del mundo, como Italia, Alemania, Israel, México, o Turquía, tanto con relación a su estructura factorial como a su consistencia interna y confiabilidad.

Así mismo, este instrumento fue analizado por ocho jueces expertos profesionales peruanos, que determinaron la comprensión lingüística y la aplicabilidad de la escala en el contexto peruano.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

Para medir la variable ansiedad se utilizó el instrumento Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Goldberg et al., 1988) ambas subescalas independientes que pueden ser administradas de manera individual. Dicho instrumento se encuentra validado en castellano en España y consta de dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una; todos ellos de respuesta dicotómica (Sí/No). Cada sub-escala se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las anteriores. Los puntos de corte usados fueron de 4 respuestas afirmativas para ansiedad y 3 para depresión, lo que indicaría una elevada probabilidad de tener la enfermedad en sí (sensibilidad y especificidad entre 80 y 90% para ambos trastornos). La escala de ansiedad tenía una sensibilidad del 82% y un valor predictivo positivo (cualquier Diagnóstico DSM-III con una prevalencia del 33%) de 0.56.

En otro estudio realizado por Reivan, Pineda y León (2019), se realizó una adaptación de la escala en Ecuador. En cuanto a la fiabilidad, los resultados evidencian una fiabilidad del 0.75 en la subescala de ansiedad y 0.80 en la escala de depresión en cuanto al coeficiente alfa de Cronbach, también se realizó el coeficiente de fiabilidad complejo (PC) en el que se obtuvo un valor de 0.73 en la subescala de ansiedad y 0.75 en la subescala de depresión. Por otro lado, en la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) obtuvo un índice de 0,80 para la escala de ansiedad y 0,86 para la escala de depresión. El resultado de la prueba de esfericidad de Bartlett era $\chi^2 = 947,8$ para la escala de ansiedad y $\chi^2 = 1248,0$ para

la escala de depresión: $df = 36$ y $p < 0,01$ en ambas escalas. En la presente investigación se utilizó la sub escala de ansiedad.

Ficha de registro: características sociodemográficas de los participantes.

La ficha de registro recolectó datos como: sexo, edad, procedencia, religión, Escuela académica/facultad, estado civil.

Proceso de recolección de datos

El proceso se realizó desde el 02 hasta el 11 de Marzo del 2020; en primera instancia se solicitó el permiso al Comité de Ética de una Universidad privada de Lima Este; una vez aceptado el permiso de aplicación se procedió a encuestar a estudiantes mediante el método de bola de nieve; para lo cual se entregó el consentimiento informado para la autorización personal del estudiante de distintas carreras que cumplan los requisitos para participar de la investigación. Es necesario recalcar que ambas escalas se administraron de forma colectiva; luego de la lectura del consentimiento informado y las indicaciones dadas, se procedió a la aplicación de las escalas cuyo tiempo fue de 15 minutos aproximadamente.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos recogidos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 20 y el procesador de datos de Microsoft Excel, luego de recolectada la información se trasladó a la matriz de datos del software para consumir el análisis respectivo. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas,

asimismo para corroborar las hipótesis planteadas se hizo uso del coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados

Análisis descriptivo

Nivel de Religiosidad

En la tabla 1 se puede apreciar que la mayoría (49%) se encuentra en un nivel medio de religiosidad, el 38% se ubica en un nivel alto y el 13% en el nivel bajo. Respecto a sus dimensiones: Creencias y prácticas religiosas y Soporte social religioso, la mayoría de los participantes se ubicaron en el nivel medio (50 y 49%) respectivamente. Por otro lado, una minoría (14 y 15%) correspondientemente, se ubica en un nivel bajo.

Tabla 1

Nivel de religiosidad según dimensiones

	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Religiosidad	60	13%	231	49%	180	38%
Creencias Religiosas	66	14%	234	50%	171	36%
Soporte Social Religioso	72	15%	231	49%	168	36%

Nivel de religiosidad según datos sociodemográficos

a. Nivel de religiosidad según sexo

En la tabla 2 se puede evidenciar que, el 50% del sexo femenino presenta un nivel de religiosidad medio-alto, en cuanto al sexo masculino, el 37% de los participantes presentan un nivel de medio-alto.

Tabla 2

Niveles de religiosidad según sexo

	Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	30	6%	102	22%	72	15%
Femenino	30	6%	129	27%	108	23%

Prevalencia de Ansiedad

En la tabla 3 se puede apreciar que el 53% presenta sintomatología ansiosa y el 47% no.

Tabla 3

Prevalencia de ansiedad

	No presenta		Presenta	
	n	%	n	%
Ansiedad	222	47	249	53

Prevalencia de ansiedad según datos sociodemográficos

a. Prevalencia de ansiedad según sexo

En la tabla 4 se observa que el mayor porcentaje recae sobre el sexo femenino con un 35%, en comparación con un porcentaje minoritario de 17.8% en el sexo masculino.

Tabla 4

Prevalencia de ansiedad según sexo

	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
No presenta ansiedad	102	22	120	26
Presenta ansiedad	165	35	84	17.8

Prueba de normalidad

Con el propósito de realizar los análisis comparativos y contrastar las hipótesis planteadas, se ha procedido a realizar primero la prueba de bondad de ajuste para precisar si las variables presentan una distribución normal. En ese sentido la tabla 5 presenta los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (K-S). Como se observa, los datos correspondientes no presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) es significativo ($p < 0.05$). Por tanto, para los análisis estadísticos correspondientes se empleará estadística no paramétrica.

Tabla 5

Prueba de bondad de ajuste a la curva normal para las variables de estudio

Instrumentos	Variables	Media	D.E.	K-S	P
Religiosidad	Religiosidad Global	31.23	8.95	0.11	.00
	Creencias	21.23	5.60	0.15	.00
	Social	10.00	3.87	0.11	.00
Ansiedad	Ansiedad Global	4.68	2.29	0.87	.00

* $p < 0.05$

Correlación entre las variables

Se aprecia en la tabla 6 que existe una relación altamente significativa y negativa entre la dimensión de Soporte social religioso y la presencia de ansiedad ($\rho = .134$; $p = .004$); es decir que los participantes que evidencian un mayor nivel de soporte social presentan menores indicadores de ansiedad. Sin embargo, la variable total de religiosidad y su dimensión de creencias y prácticas religiosas no presentan correlación alguna ($\rho = .068$; $p > .05$) ($\rho = .022$; $p > .05$) respectivamente.

Tabla 6

Coeficiente de correlación entre ansiedad y religiosidad

	Ansiedad	
	rho	p(Sig.)
Religiosidad	-.068	.141
Creencias y prácticas religiosas	-.022	.628
Soporte Social Religioso	-.134	.004

Discusión

A nivel descriptivo se halló una mayor prevalencia de síntomas ansiosos en la población general (53%), asimismo en una proporción significativa, el sexo femenino ponderó un alto puntaje, manifestando mayor presencia de ansiedad (35%) en comparación con el sexo masculino (17.8%); lo cual se corrobora con los datos obtenidos en una investigación donde describe que es más común los trastornos de ansiedad en mujeres (Global Burden of Disease, 2016; World Health Organization, 2017). Por otro lado, se observa que en la población general encuestada, evidencia un nivel medio-alto de religiosidad (87%) evidenciando que el sexo femenino presenta mayores niveles de religiosidad (50%) de acuerdo con Habib, Donald y Hutchinson (2018).

En cuanto a la correlación entre ansiedad, religiosidad y creencias y prácticas religiosas, no se encontró correlación ($\rho = .068$; $p = .141$) ($\rho = .022$; $p = .628$). Pargament, Smith, Koenig, y Perez (1998) refieren la existencia de religiosidad positiva y una negativa, esta última se refiere a sentimientos de culpa, evaluaciones autopunitivas, descontento personal; lo cual estaría asociado negativamente con aspectos psicológicos. Así mismo, Habib, Donald y Hutchinson (2018) encontraron que no existe una correlación significativa entre religiosidad y satisfacción con la

vida en grupos demográficos que se caracterizan por presentar una mayor religiosidad; por lo que podríamos explicar esta ausencia de correlación. King et al., (2013) refieren que las personas religiosas manifiestan similitud en prevalencia de trastornos mentales con grupos que no se identifican como religiosos, excepto en que los primeros son menos factibles a consumir drogas o alcohol. Koenig, King y Carson, (2012); Altemeyer & Hunsberger, (1992); Simkin & Etchevers, (2014) mencionan algunos efectos negativos de la religiosidad, como la devoción excesiva, pensamiento rígido, dependencia a líderes religiosos, de tal manera que la inflexibilidad cognitiva puede favorecer o promover conflictos intrapsíquicos e interpersonales; los cuales repercuten en su salud mental. Entre los factores que podrían haber intervenido en la falta de correlación se puede mencionar que la mayoría de la población encuestada eran estudiantes que iniciaban su semestre académico y con esto su adaptación a la carga académica, en algunos casos la separación familiar (Novoa y Barra, 2015).

Sin embargo, cabe rescatar que en una de las dimensiones; Soporte Social Religioso presenta una correlación negativa ($r=0.134$, $p=0.004$), lo que quiere decir que a mayor soporte social menor prevalencia de ansiedad en los estudiantes encuestados. Williams et al. (1991) manifiesta que la participación de actividades religiosas disminuye los efectos del estrés sobre la salud mental, así como el impacto de un evento aversivo debido a su relación con un sistema de soporte social (James & Wells, 2003) por lo tanto, los universitarios usan el apoyo religioso en un intento de menguar los efectos negativos de su vida universitaria (Goncalves, Jorge, Zanetti, Amaro, Totoli, Lucchetti, 2018).

Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, cabe resaltar la escasez de estudiantes universitarios, ya que la recolección de datos se llevó a cabo en el mes de febrero, donde la gran mayoría de estudiantes están de vacaciones o trabajando, se trabajó con una muestra limitada. Asimismo, una limitación en cuanto a la cantidad de evaluadores para el proceso de recolección de datos, siendo solo dos personas.

Recomendaciones

La mayoría de investigaciones mencionan el efecto positivo que tiene la religiosidad sobre la reducción de ansiedad, estrés, y que suele llevar a un bienestar en la salud. Sin embargo, es interesante estudiar más a fondo la variable religiosidad, debido a que, al parecer, en el contexto en que se realizó la investigación, hay una diferencia entre las creencias religiosas y el soporte social religioso en cuanto a efectos sobre la salud mental y reducción de ansiedad. También es importante estudiar los efectos positivos y negativos que conlleva la variable de religiosidad. Por otro lado, estudiar la religiosidad de manera comparativa entre 2 grupos, uno religioso y otro no, puede traer resultados interesantes también. Para las siguientes investigaciones se recomienda trabajar con un muestreo probabilístico, para tener una representación más exacta de la población universitaria.

Declaración de financiamiento y de conflicto de interés:

Los autores declaran que no hay conflictos de intereses potenciales.

Referencias bibliográficas

Allport, G. & Ross, J. (1967) Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443. Recuperado de

<https://pdfs.semanticscholar.org/bfa1/e5d350b1307ca9796f86495af668e9758e4f.pdf>

Altemeyer, B., & Hunsberger, B. (1992). Authoritarianism, Religious fundamentalism, Quest, and Prejudice. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2(2), 113–133. Recuperado de https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0202_5

American Psychiatric Association (1995) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

Ball, J., Armistead, L. & Austin, B. (2003) The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(4), 431-446. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12887932>

Borkovec, T. y Roemer, L. (1995) Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(1), 25-30.

Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/000579169400064S?via%3Dihub>

Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. y Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la facultad de medicina de la Universidad*

- Nacional Mayor de San Marcos*, 62(1), 25 –30. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/4143>
- Comstock, G. & Partridge, K. (2008) Church attendance and health. *American Journal of Epidemiology*, 168(7), 819-826. Recuperado de <https://academic.oup.com/aje/article/168/7/819/82203>
- Escurra, L. (1998) Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(2), 103-112. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>
- Gallup Politics (2013) Religion. Recuperado de <https://news.gallup.com/poll/1690/religion.aspx>
- Goncalves, J., Jorge, A., Zanetti, D., Amaro, E., Totoli, R., Lucchetti, G. (2018) Religiousness is associated with lower levels of anxiety, but not depression, in medical and nursing students. *Revista de associacao Medica Brasileira*, 64(6) Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.06.537>
- Global Burden of Disease (2016) Disease and injury incidence and prevalence collaborators, and others. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545-1602. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931678-6>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan & Grayson, D. (1988) Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297(6653), 897-899. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3140969>

- Habib, D., Donald, C. & Hutchinson, G. (2018) Religion and Life Satisfaction: A Correlational Study of Undergraduate Students in Trinidad. *Journal of Religion and Health*, 57(4), 1567-1580. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29557049>
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. Recuperado de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Holland, J., Kash, K., Passik, S., Gronert, M., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S., Baider, L. y Fox, B. (1998) A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in lifethreatening illness. *Psychooncology*, 7(6), 460-469. Recuperado de [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(199811/12\)7:6%3C460::AID-PON328%3E3.0.CO;2-R](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/(SICI)1099-1611(199811/12)7:6%3C460::AID-PON328%3E3.0.CO;2-R)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2011). Primera Encuesta Nacional de la Juventud Peruana-2011. Recuperado de <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/872>
- James, A. & Wells, A. (2003) Religion and mental health: Towards a cognitive-behavioural framework. *British Journal of Health Psychology*, 8(1), 359-376. Recuperado de <http://knjiznica.ffzg.unizg.hr/uploads/GgtfvML6ZDBzoARGmcmwzw/10959773.pdf>
- Jang, S. & Johnson, B. (2004) Explaining religious effects on distress among African Americans. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(2), 239-260.

Recuperado de https://www.baylorisr.org/wp-content/uploads/2019/10/johnson_releffects.pdf

Kark, J., Shemi, G., Friedlander, Y., Martin, O., Blondheim, S. (1996) Does religious observance promote health? mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *American Journal of Public Health*, 86(3), 341-346. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380514/?page=1>

King, M., Marston, L., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., & Bebbington, P. (2013). Religion, spirituality and mental health: results from a national study of English households. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202(1), 68–73. Recuperado de <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112003>

Koenig, H. (2008) Concerns about measuring "spirituality" in research. *The journal of nervous and mental disease*, 196(5), 349-55. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477877>

Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. London: Oxford University Press. Recuperado de <https://global.oup.com/academic/product/handbook-of-religion-and-health-9780195335958?cc=pe&lang=en&>

Koenig, H. (2015) Religion, spirituality, and health: a review and update. *Advances in Mind-Body Medicine*, 29(3), 19-26. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26026153>

Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Léger, E. Gagnon, F. y Thibodeau, N. (2000) Efficacy of a cognitive–behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and*

- Clinical Psychology*, 68(6), 957-964. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2001-17092-002>
- Maltby, John. y Day, L. (2003) Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: Assessing primary appraisal factors in the relationship between religiosity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 34 (7), 1209-1224. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/233858409_Religious_orientation_religious
- Malinakova, K., Tavel, P., Meier, Z., van Dijk, J. & Reijneveld, S. (2020) Religiosity and mental health: A contribution to understanding the heterogeneity of research findings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 1-11. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7014109/>
- Ministerio de la Protección Social República de Colombia (2003) Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Moreira, A., Neto, F. & Koenig, H. (2006) Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(3), 242-250. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/2277.pdf>
- [_coping_and_appraisals_of_stress_Assessing_cognitive_factors_in_the_relationship_between_religiosity_and_psychological_well-being](#)
- Moscoso, M. & Oblitas, L. (1994). Hacia una psicología de la salud en el año 2000: Retos y promesas. *Psicología contemporánea*, 1(1), 7 –15. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/283500412_Hacia_una_Psicologia_d_e_la_Salud_en_el_ano_2000_Retos_y_promesas

Novoa, C. & Barra, E. (2015). Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 33(3), 239-245. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v33n3/art07.pdf>

Pargament, K., Smith, B., Koenig, H. & Pérez, L. (1998) Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(1), 710-724. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.2307/1388152>

Pargament, K., Mahoney, A. & Shafranske, E. (2013) APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 2): An applied psychology of religion and spirituality. *American Psychological Association*. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2012-22252-000>

Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Macaya, A., Baqueano, M. & Jiménez, J. (2012) Problemas de salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción, Chile. *Anales de Psicología*, 28(3), 797-804. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.28.3.156071/138081>

Piazza, M. & Fiestas, F. (2014) Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(1), 30-38. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a05v31n1.pdf>

- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2011) Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psycologia*, 5(1), 25-36. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v5n1/v5n1a03.pdf>
- Reivan, G., Pineda, G. & León, B. (2019) Psychometric Properties of The Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) In Ecuadorian Population. *International Journal of Psychological Research*, 12(1), 41-48. Recuperado de <https://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR/article/view/3745/3299>
- Riveros, F., Bernal, L., Bohórquez, D., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2018) Inventario de sistema de creencias (SBI-15R) en Colombia: estructura factorial y confiabilidad en población universitaria y pacientes crónicos. *Revista Colombiana de Enfermería*, 17(1), 13-20. Recuperado de <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/article/view/2103/1870>
- Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Revista de investigación en Psicología*, 10(1), 91-102. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3909>
- Salagado, A. (2014) Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121-140. Recuperado de <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/55/132>
- Saleem, S. & Saleem, T. (2017) Role of religiosity in psychological well-being among medical and non-medical students. *Journal of Religion and Health*,

- 56(4), 1180-1190. Recuperado de
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10943-016-0341-5>
- Sánchez, R., Sierra, F. y Zárata, K. (2014) ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(2), 62-68. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-son-religiosidad-espiritualidad-dimensiones-diferentes-S0123901514000067>
- Santero, M., Daray, F., Prado, C., Hernández, A. & Irazola, V. (2019) Association between religiosity and depression varies with age and sex among adults in South America: Evidence from the CESCAS I study. *PLoS ONE*, 14(12), 1-12. Recuperado de
<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0226622&type=printable>
- Simkin, H., & Etchevers, M. (2014). Religiosidad, espiritualidad y salud mental en el marco del Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad. *Acta psiquiátrica Y Psicológica de América Latina*, 60(4), 265–275. Recuperado de <https://www.academica.org/hugo.simkin/22>
- Wahed, W., & Hassan, S. (2017). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among medical Fayoum University students. *Alexandria Journal of Medicine*, 53(1), 77-84. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2090506816000063>
- Wells, A. y Carter, K. (1999) Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 37(6), 585-594. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796798001569?via%3Dihub>

Wesselmann, E., Vander, L. & Agnew, C. (2016) Religious commitment: An interdependence approach. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(1), 35-45. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/2015-12433-001>

Williams, D., Larson, D., Buckler, R., Heckmann, R. & Pyle, C. (1991) Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science & Medicine*, 32(11), 1257-1262. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2068608>

World Health Organization (2017) Depression and other common mental disorders, global health estimates. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

Anexos

1.1. Validez de contenido de los instrumentos

1.1.1. Inventario de sistemas de creencias revisado

Escurra (1998) menciona que los reactivos cuyos valores sean iguales o mayores de .80 son considerados válidos para el test, tomando en cuenta ello, en la tabla 1, luego de calcular los coeficientes de validez V de Aiken para la dimensión Creencias y prácticas religiosas y la dimensión de Soporte social religioso, se observa que todos los ítems son válidos en cuanto a claridad, congruencia, contexto y dominio del contexto.

Tabla 1

Análisis de contenido de las dimensiones de Religiosidad

Dimensión	Ítems	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(dcon)
Creencias y prácticas religiosas	1	1.00	1.00	1.00	1.00
	2	1.00	1.00	1.00	1.00
	4	1.00	1.00	1.00	1.00
	7	1.00	1.00	1.00	1.00
	9	1.00	1.00	1.00	1.00
	10	1.00	1.00	1.00	1.00
	11	1.00	1.00	1.00	1.00
	13	1.00	1.00	1.00	1.00
Soporte social religioso	14	1.00	1.00	1.00	1.00
	3	1.00	1.00	1.00	1.00
	5	1.00	1.00	1.00	1.00
	6	1.00	1.00	1.00	1.00
	8	1.00	1.00	1.00	1.00
	12	1.00	1.00	1.00	1.00

El análisis de contenido del presente instrumento se resume en la tabla 2, presentando valores mayores de 0.80, indicando el consenso que existe para la inclusión de los ítems pues tienen relación con el constructo, las palabras son usuales para nuestro contexto y evalúa las dimensiones y sub dimensiones específicas del constructo, obteniendo la validez del contenido del instrumento.

Tabla 2

Análisis de contenido del instrumento

Test	V
Forma correcta de aplicación y estructura	1
Orden de las preguntas establecido adecuadamente	1
Contiene el test preguntas difíciles de entender	0.88
Contiene el test palabras difíciles de entender	1
Las opciones de respuesta son pertinentes y están suficientemente graduados	1
Ítems tienen correspondencia con la dimensión a la que pertenecen	1
Jueces:	8

1.1.2. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (Subescala de ansiedad)

Los coeficientes V de Aiken para la escala de ansiedad presentan una observación con respecto al ítem 5 (ver tabla 3) lo que indica dificultad para entender dicho enunciado, por lo que se modificó la pregunta del ítem 5 “¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?” por “¿Ha dormido mal, al levantarse ha sentido que su cuerpo no descansó?”. Por otro lado, los demás ítems evidencian valores adecuados.

Tabla 3

Análisis de contenido de la subescala de ansiedad

Ítems	V(cla)	V(cong)	V(cont)	V(dcon)
1	0.88	1.00	1.00	1.00
2	1.00	1.00	1.00	1.00
3	1.00	1.00	1.00	1.00
4	1.00	1.00	1.00	1.00
5	0.75	1.00	1.00	1.00
6	1.00	1.00	1.00	1.00
7	0.88	1.00	1.00	1.00
8	1.00	1.00	1.00	1.00
9	0.88	1.00	1.00	1.00

El análisis de contenido del presente instrumento se resume en la tabla 4, presentando valores mayores de 0.80, indicando el consenso que existe para la inclusión de los ítems pues tienen relación con el constructo, las palabras son usuales para nuestro contexto y evalúa las dimensiones y sub dimensiones específicas del constructo, obteniendo la validez del contenido del instrumento.

Tabla 4

Análisis de contenido del instrumento

Test	V
Forma correcta de aplicación y estructura	0.88
Orden de las preguntas establecido adecuadamente	1
Contiene el test preguntas difíciles de entender	1
Contiene el test palabras difíciles de entender	0.88
Las opciones de respuesta son pertinentes y están suficientemente graduados	1
Ítems tienen correspondencia con la dimensión a la que pertenecen	1
Jueces:	8

1.2. Validez de constructo de los instrumentos

1.2.1. *Inventario de sistemas de creencias revisado*

Como se observa en la tabla 5 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, además de ser altamente significativos.

Tabla 5

Correlaciones sub test - test de la escala de religiosidad

Dimensiones	Test	
	r	p
Creencias	.962**	.000
Social	.920**	.000

a. *Fiabilidad del inventario*

La fiabilidad global del inventario y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 6 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (14 ítems) en la muestra estudiada es de .771 que puede ser valorado como indicador de una moderada fiabilidad, considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Asimismo, se puede observar que los puntajes de fiabilidad en la mayoría de las dimensiones son aceptables.

Tabla 6

Estimaciones de consistencia interna de la escala de religiosidad

Sub Dimensiones	Nº de ítems	Alpha
Creencias	9	.783
Social	5	.816
Religiosidad Global	14	.771

1.2.2. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (Subescala de ansiedad)

Como se observa en la tabla 4 los coeficientes de correlación Producto-Momento de Pearson (r) son significativos, lo cual confirma que la escala presenta validez de constructo. Asimismo, los coeficientes que resultan de la correlación entre cada uno de las dimensiones y el constructo en su globalidad son moderados en su mayoría, además de ser altamente significativos.

Tabla 7

Correlaciones ítem-test ansiedad

Items	Test	
	r	p
p1	,684**	,000
p2	,529**	,000

p3	,570**	,000
p4	,539**	,000
p5	,510**	,000
p6	,557**	,000
p7	,565**	,000
p8	,518**	,000
p9	,406**	,000

a. Fiabilidad de la escala

La fiabilidad global de la escala y de sus dimensiones se valoró calculando el índice de la consistencia interna mediante el coeficiente Alpha de Cronbach. La tabla 8 permite apreciar que la consistencia interna global de la escala (9 ítems) en la muestra estudiada es de ,772 que puede ser valorado como indicador de una moderada fiabilidad, considerado como indicador de una buena fiabilidad para los instrumentos de medición psicológica. Asimismo, se puede observar que los puntajes de fiabilidad en la mayoría de las dimensiones son aceptables.

Tabla 8

Estimaciones de consistencia interna de la escala de ansiedad

	Nº de ítems	Alpha
Ansiedad	9	,772