

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Psicología



Una Institución Adventista

Religiosidad y estado de ánimo en jóvenes de Lima Metropolitana

Trabajo de Investigación para obtener el Grado Académico de
Bachiller en Psicología

Por:

Julio Ismael Condori Lipa
Ingrid Rosicela Chavez Malaver

Asesor:

Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

Lima, diciembre de 2020

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Lindsey Wildman Vilca Quiro, 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: “Religiosidad y estado de ánimo en jóvenes de Lima Metropolitana” constituye la memoria que presenta los bachilleres Julio Ismael Condori Lipa e Ingrid Rosicela Chavez Malaver para aspirar al grado académico de bachiller en Psicología 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 declaración en Lima, el 22 de diciembre del año 2020



Psic. Lindsey Wildman Vilca Quiro

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a veintidos día(s) del mes de diciembre del año 2020 siendo las 15:00 horas,

se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a)

Mtro. Gino Gabriel Marca Dueñas

el (la) secretario(a)

Mg. Mérida Emma Neira Suaña

y los demás miembros

Mg. Flor Victoria Leiva Colos

y el (la) asesor(a) Psic. Lindsey Wildman Vilca

Quiro

con el propósito de administrar el acto académico de sustentación del trabajo de

investigación titulado:

Religiosidad y estado de ánimo en jóvenes de
Lima Metropolitana

de los (las) egresados (as): a) Julio Ismael Condori Lipa

b) Ingrid Rosicela Chávez Malaver

conducente a la obtención del grado académico de Bachiller en

PSICOLOGÍA

(Denominación del Grado Académico de Bachiller)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando los 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 los 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 (a): Julio Ismael Condori Lipa

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>16</u>	<u>B</u>	<u>Bueno</u>	<u>Muy bueno</u>

Candidato/a (b): Ingrid Rosicela Chávez Malaver

CALIFICACIÓN	ESCALAS			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
<u>Aprobado</u>	<u>16</u>	<u>B</u>	<u>Bueno</u>	<u>Muy bueno</u>

(* Ver parte posterior * Esta sustentación se realizó de manera virtual u online sincrónica conforme al Reglamento General de Grados y Títulos.

Finalmente, el Presidente del jurado invitó los 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.

[Firma]
Presidente/a

Secretario/a

Asesor/a

Miembro

Miembro

Candidato/a (a)

Candidato/a (b)

Religiosidad y estado de ánimo en jóvenes de Lima Metropolitana

Julio Ismael Condori Lipa^a, Ingrid Rosicela Chávez Malaver^a
^aEP. Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar si existe una relación significativa entre estado de ánimo y religiosidad, el estudio es de tipo correlacional y tuvo una muestra de 325 jóvenes de Lima metropolitana de ambos sexos (62.5% mujeres y 37.5% hombres) entre las edades de 19 y 30 años. Las escalas utilizadas para la medición de las variables del estudio fueron la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA), la cual mide los cuatro estados de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza- depresión y alegría; para medir la religiosidad se empleó la Escala Age Universal la cual se divide en dos dimensiones: religiosidad intrínseca y extrínseca. Los resultados revelaron que existe una relación altamente significativa y positiva entre religiosidad y alegría ($\rho = .276$; $p < .01$), una relación significativa y negativa entre religiosidad y depresión ($\rho = -.138$; $p < .05$), también una relación altamente significativa y negativa entre religiosidad y ansiedad ($\rho = -.144$; $p < .01$) y una relación altamente significativa y negativa entre religiosidad y hostilidad ($\rho = -.229$; $p < .01$); concluyendo que la religiosidad es un factor influyente en el estado de ánimo, mas no un determinante.

Palabras claves: Estado de ánimo, religiosidad, factor, alegría.

Abstract

The present research aimed to determine if there is a significant relationship between state of mind and religiosity, the study is correlational and had the participation of 325 young people from metropolitan Lima of both sexes (62.5% women and 37.5% men) between the ages 19 and 30 years old. The scales used to measure the study variables were the Mood Rating Scale (EVEA), which measures the four mood states: anxiety, anger-hostility, sadness-depression and joy; to measure religiosity, the Universal Age Scale was used, which is divided into two dimensions: intrinsic and extrinsic religiosity. The results revealed that there is a highly significant and positive relationship between religiosity and joy ($\rho = .276$; $p < .01$), a significant and negative relationship between religiosity and depression ($\rho = -.138$; $p < .05$), also a highly significant and negative relationship between religiosity and anxiety ($\rho = -.144$; $p < .01$) and a highly significant and negative relationship between religiosity and hostility ($\rho = -.229$; $p < .01$); concluding that religiosity is an influencing factor in mood, but not a determining factor

Keywords: Mood, religiosity, factor, joy.

Introducción

Actualmente los trastornos por depresión y ansiedad son problemas habituales de la salud mental en jóvenes, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, siendo la principal causa de discapacidad entre los adolescentes de 15 a 19 años. En este mismo rango de edad, más de 260 millones presentan un trastorno de ansiedad, el cual es la novena causa de discapacidad y la sexta para los 10 y 14 años (WHO, 2020)

La Organización Mundial de la Salud (2019), señala que 800 mil personas se suicidan cada año, representando una tasa estimada de 11.4 muertes por cada 100 mil habitantes. Además, el 79% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos y el suicidio representa la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes entre las edades de 15 y 29 años. De acuerdo al Banco Mundial (2016) los 10 países con mayores tasas de suicidio por cada 100 000 habitantes son Lituania (31.9), Rusia (31.0), Guyana (29.2), Corea del Sur (26.9), Bielorrusia (26.2), Surinam (22.8), Kazajistán (22.5), Ucrania (22.4), Lesoto (21.2) y Letonia (21.2).

Una Encuesta Mundial de Salud Escolar realizado a 28.368 alumnos de 544 escuelas secundarias de Argentina en el 2012, reveló que el 16.9% de los adolescentes consideraron quitarse la vida (Román & Abud, 2017). Así mismo se observó un incremento de adolescentes que habían organizado un plan para suicidarse, se pasó del 12.6% en 2007 al 16.1% en 2012.

Además, según las últimas cifras de suicidio en Argentina aportadas por la Dirección de Estadística e Información de la Salud (DEIS) indica que en el año 2014 se produjo 3.340 defunciones por suicidio en la población general, la tasa de mortalidad por suicidio fue de 7,8 por cada 100.000 habitante en el 2014, la mayor cantidad de suicidios se realizó por parte de los adolescentes y adultos jóvenes con 976 fallecimientos con un rango de edad de 15 a 24 años, esto representa una tasa de 13,8 fallecidos por suicidio por cada 100.000 habitantes

(2014). Creció la tasa de suicidios en adolescentes y adultos jóvenes en comparación con 2004.

En Perú, un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental (2013) encontró que aproximadamente el 13% de niños y adolescentes entre los 9 y 17 años experimenta algún tipo de trastornos de ansiedad, siendo las niñas más afectadas que los niños. Los informes epidemiológicos realizados por el Instituto Nacional del Perú (2013), indican que la depresión es el trastorno clínico más frecuente en adolescentes de Lima-Callao con una prevalencia de 7%. En la selva amazónica peruana, reportaron una prevalencia de 1.9% (INSM, 2012) y en la provincia de Abancay una prevalencia de 2.1% (INSM, 2011).

Del mismo modo Perales (2019) realizó un estudio en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en 24 118 estudiantes de pregrado refiere que el 22% presentó ideación suicida, mientras que el 11% intentó suicidarse, del grupo que intentó suicidarse, el 42% lo hizo solo una vez, el 16% solicitó atención profesional, el 22% pidió ayuda a un familiar o amigo, y el resto 62% no comunicó a ninguna persona.

Un factor protector para la salud mental, es la religión ya que se asocia con una menor depresión, mejor afrontamiento del estrés, mayor recuperación del alcoholismo y de otras drogas, menor consumo de drogas, reducción de ansiedad, menor tasa de suicidio e ideación suicida (Urchaga et al., 2019).

La religiosidad fomenta un estado de ánimo más positivo (Miller-Perrin & Krumrei, 2015) y un mejor estado de ánimo durante la realización de prácticas religiosas (Valencia & Zegarra, 2014; Szczesniak et al., 2016). Otro estudio afirma que los efectos de la espiritualidad y religiosidad suelen ser positivos en las personas con síntomas depresivos (Rosmarin & Koenig, 2020). También en pacientes con trastornos bipolares, donde la religiosidad puede influir en la mejora de calidad de vida y en la recuperación de estos pacientes (Stroppa et al., 2018). Otro estudio realizado con adultos coreanos, asocia la

religiosidad significativamente con menores síntomas ansiosos, síntomas depresivos y mayor bienestar (Lee et al., 2017). Finalmente, un estudio en adolescentes encontró que la religiosidad disminuye el estado depresivo, ayuda a amortiguar algunos estresores como la mala salud, el suicidio de un conocido o el efecto de un hogar monoparental (Fruehwirth et al., 2019).

Una encuesta de la WIN-Gallup International en el año 2017 a más de 66 mil personas de 68 países de los 5 continentes, 6 de cada 10 personas en el mundo se considera religiosas (62%), y el Perú muestra un 72% de personas que se consideran religiosas, una reducción del 82% que mostraba en la encuesta del 2015.

En el Perú según los datos recogidos por el Instituto de Opinión Pública de la PUCP en julio de 2017 a 1046 personas mayores de 18 años de las macro regiones Norte, Sur, Centro, Oriente y Lima-Callao; un 89.1% de peruanos se considera creyente, teniendo la macro región Norte un mayor índice de creyentes (92.7%). Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en los censos del año 2017 a más de 23 millones de peruanos mayores de 12 años, revela que el 94.8% de peruanos profesa alguna religión, su distribución revela que el 76% son católicos, el 14,1% son evangélicos, el 4,8% tiene otro credo (lo que incluye a adventistas, testigos de Jehová, mormones, israelitas, budistas, musulmanes, entre otros) y el 5,1% dijo no tener religión; además la población femenina tiene un índice mayor de religiosas (96.2%) que la población masculina (93.6%).

Por lo expuesto el estudio tiene el objetivo de determinar si existe relación significativa entre el grado de religiosidad y el estado de ánimo en jóvenes.

1. Marco conceptual

1.1 Estado de ánimo

1.1.1 Definición

El concepto de estado de ánimo se refiere a la sensación misma, que se tiene, aunque el objeto o causa, no se encuentra en el foco de atención, es así que varias personas desconocen su estado de ánimo ya que puede verse influido por eventos menores. Por lo tanto, los estados de ánimo carecen de un referente específico y por lo general se presentan de una forma paulatina ya que son de baja intensidad y pueden perdurar durante algún tiempo (Schwarz & Clore, 2003). Según la APA (2018), el estado de ánimo es una emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera, y ansiedad. Para Greenberger & Padesky (1998), el estado de ánimo, es una forma de permanecer, cuya duración es prolongada y destiñe sobre el resto del mundo, se distingue de las emociones en que es menos específico, menos intenso, más duradero y menos dado a ser activado por un determinado estímulo o evento.

Los estados de ánimo son una emocionalidad muy interna y se relacionan con los estados emocionales que tenemos, también, permiten tener una serie de posibles acciones puesto que, con estos estados, nos ocupamos de las diversas posibilidades de interpretar nuestro entorno, es decir condiciona nuestras acciones (Carr, 2007).

1.1.2 Modelo teórico

Definición

El estado de ánimo es un estado psicológico, un conjunto de sensaciones percibidas por cada persona que determinan nuestro bienestar psicológico, la manera eficaz del comportamiento y la calidad de relaciones interpersonales, sus causas son de naturaleza biopsicológica y fácilmente manejables por la propia persona que lo percibe (Thayer, 1998).

Gallardo (2006) define al estado de ánimo como un estado afectivo de carácter relativamente autónomo y duradero en el tiempo, y generalmente auto eliminado, que afecta de modo global a las experiencias psicológicas y corporales, es un modo de experiencia del mundo que rodea a la persona.

Finalmente, Melamed (2016) añade que los estados de ánimo primero se originan en las emociones, ligadas a algún acontecimiento dado, es así cuando permanecen en nuestro cuerpo por mucho tiempo y pasan a ser parte de nuestro adionar, se transforman en estados de ánimo, esto generalmente sucede con acontecimientos de grandes magnitudes para nuestra vida.

Modelo teórico de Williams, Watts, MacLeod y Mathews

El modelo de Williams, Watts, MacLeod y Mathews (1988) diferencia dos niveles de procesamiento: Activación y elaboración (Graf & Mandler, 1984). La activación es entendida como la activación automática temprana de la representación interna de un estímulo, la cual temporalmente incrementa su accesibilidad. La elaboración sería un proceso estratégico posterior, el cual crearía y reforzaría interconexiones entre representaciones, afectando a procesos como el recuerdo. La especificación de estos dos niveles, según los autores, significa que todos aquellos factores o condiciones que influyen en el procesamiento cognitivo (como la ansiedad o la depresión) no tendrían por qué afectar necesariamente a todas las fases o niveles de procesamiento como la atención o la memoria

La ansiedad afectaría preferentemente a los procesos cognitivos automáticos o de activación, mientras que la depresión afectaría fundamentalmente a los procesos controlados o procesos que requieran esfuerzo y elaboración. Puesto que se supone que la atención selectiva es predominantemente automática, la ansiedad estaría caracterizada por sesgos atencionales negativos, mientras que los efectos de la depresión en la atención serían más débiles. Por otro lado, dado que los procesos de memoria son predominantemente

controlados, se encontrarían sesgos de memoria negativos en la depresión, pero no en la ansiedad. De este modo, el modelo de Williams (1988) plantea la ausencia de sesgos atencionales negativos en la depresión, la cual se caracterizaría por sesgos en procesos elaborativos de memoria.

1.2 Religiosidad

1.2.1 Definición

Una de las primeras variables que se estudió dentro del campo de la psicología de la religión, fue la religiosidad, que evalúa la frecuencia de la conducta religiosa, como asistir a servicios religiosos, leer los textos sagrados, hacer oración, realizar rituales sacros, etc. (Rowatt et al., 2009). La religiosidad es un concepto con múltiples esferas de participación cognitiva, motivacional, emocional y conductual (Hackney & Sanders, 2003). Para Salgado (2016) la religiosidad es la práctica de la religión, constituida por las conductas hacia lo sagrado, que abarca la vida individual y colectiva, Es decir, es la expresión de la religión, haciendo referencia a una organización y a los aspectos personales de la religión.

Jiménez (2005) define religiosidad como el grado en el que un individuo cree, sigue y practica una religión. Rodríguez y Gómez (2019), añaden que la religiosidad es cómo el pueblo siente y manifiesta su religión y su relación con la divinidad. Por otro lado, Gallardo y Sánchez (2020) mencionan que la religiosidad es una experiencia social que surge y se desarrolla en comunidad, siendo por tanto su naturaleza eminentemente relacional y social. Por tanto, se vincula más con la integración social y al apoyo social.

Finalmente, Acevedo y González (2014) añaden que la religiosidad se vive en lo social como un cuerpo que constituye tanto los conocimientos, ritos, normas y comportamientos; además de poseer un carácter directivo, al dotar al sujeto con los conocimientos necesarios fundamentales para ir en busca de lo divino.

La religiosidad, entonces, se concibe como un paso intermedio de socialización y práctico, durante el cual la persona se nutre del saber que dirigirá sus conductas en la búsqueda de la experiencia que ofrece la religión.

1.2.2 Modelo teórico de Allport

Allport y Ross, plantean dos tipos de religiosidad viendo como las personas usan y distinguen la religión; estos términos son denominados religiosidad “Extrínseca” e “Intrínseca” (Allport & Ross, 1967)

- **Religiosidad Extrínseca:** se refiere al uso de las prácticas externas de la religión para buscar relación social, seguridad o status. Se usa la religiosidad como un instrumento de las propias motivaciones y no como el origen de éstas; es decir, consideran que la religión es algo para usar y no para vivir.
- **Religiosidad Intrínseca:** Por otro lado, este tipo de religión es una expresión integrada de los pensamientos y prácticas religiosas. Las personas con religiosidad intrínseca, se toman la religión muy en serio, la asumen plenamente en su vida cotidiana, y encuentran en la religión el fundamento de sus motivaciones.

Kirkpatrick (1989), realizó un estudio en 12 muestras de sujetos que profesaban diferentes religiones. Según sus resultados, planteo tres factores en lugar de dos, como se había sugerido originalmente (Allport & Ross, 1967). Dividió la religiosidad extrínseca en: Orientación Extrínseca Personal (EP) y la Orientación Extrínseca Social (ES).

- **Religiosidad extrínseca personal:** Se refiere al uso de la religión como seguridad, protección, comodidad o alivio
- **Religiosidad extrínseca social:** es el uso de la religión como un medio social.

Método

Diseño metodológico

El presente estudio corresponde al estudio de tipo correlacional, puesto que el propósito es conocer la relación que existe entre estado de ánimo y religiosidad, en jóvenes de Lima metropolitana, así mismo este estudio es de corte transversal de diseño no experimental y de enfoque cuantitativo. (Hernández, Fernández & Baptista, 2014)

Participantes

En el estudio participaron 325 jóvenes de ambos sexos (62.5% mujeres y 37.5% varones) entre las edades de 19 a 30 años (ver tabla 1). También, se aprecia en la tabla 1 que el 47.7% proviene de la Costa, el 91.4% son solteros y el 56% son de religión adventista.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de los participantes

Categoría	n	%
Sexo		
Femenino	203	62.5%
Masculino	122	37.5%
Edad		
19-20	139	42.8%
21- 30	186	57.2%
Lugar de Procedencia		
Costa	155	47.7%
Sierra	129	39.7%
Selva	41	12.6%
Estado Civil		
Casado	10	3.1%
Conviviente	18	5.5%
Soltero	297	91.4%
Religión		
Adventista	182	56.0%
Agnóstico	19	5.8%
Católico	93	28.6%
Evangélico	10	3.1%
Otros	21	6.5%

Instrumentos

Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)

La escala fue desarrollada por Sanz (1993), es un instrumento que procura evaluar cuatro estados de ánimo: ansiedad, depresión, alegría y hostilidad

La escala consta de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala grafica de tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10), flanqueadas por palabras “nada” (0) y “mucho” (10) que presentan un margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las 16 frases tienen la misma conformación, todas las palabras empiezan con “me siento” y continúan con un adjetivo que representa un estado de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Cada estado de ánimo viene representado por cuatro ítems con diferentes adjetivos los cuales definen una sub escala, y todos los ítems dentro de una sub escala están formulado en una misma dirección (Sanz, 2011).

Los coeficientes de fiabilidad que variaban entre 0,86 y 0,92, con una media de 0,88, para la subescala de tristeza-depresión, entre 0,92 y 0,94, con una media de 0,92, para la subescala de ansiedad, entre 0,93 y 0,95, con una media de 0,93, para la subescala de ira-hostilidad, y entre 0,88 y 0,96, con una media de 0,92, para la subescala de alegría

Un estudio realizado por Pino y Bethencourt (2010), con una muestra de 140 estudiantes universitarios, encontraron que las subescalas de ansiedad y tristeza-depresión de la EVEA correlacionaban 0,64 y 0,74, respectivamente, con la subescala de afecto negativo de la PANAS, mientras que la subescala de alegría de la EVEA correlacionaba 0,67 con la subescala de afecto positivo de la PANAS.

Escala Age Universal I –E 12

La escala Age Universal I –E 12 deriva de la escala de orientación religiosa (ROS) desarrollada por Allport y Ross (1967), que presentaba propiedades psicométricas adecuadas, Kirkpatrick (1989) dividió el factor extrínseco en dos: personal y social; finalmente Maltby

(1999) desarrollo la versión final con 12 ítems, que permitía una clara distinción de los tres factores para la evaluación de la orientación religiosa (I, EP y ES).

La última versión fue adaptada al español en sujetos argentinos por Simkin y Etchezahar (2013), explorada y confirmada mediante análisis de 288 estudiantes; la versión consta de 12 ítems y con tipo de respuesta Likert de cinco valores; su análisis de consistencia interna mediante el Alfa de Cronbach evidenció valores de 0.88 para la dimensión Intrínseca, 0.79 para extrínseca social y 0.87 para extrínseca personal.

Respecto al análisis de Validez de Constructo, realizó un AFE por componentes principales con tres factores y con rotación Oblimin, al obtenerse valores óptimos en las pruebas de KMO y de esfericidad de Bartlett ($KMO = 0,884$; $p < 0,001$). La varianza total explicada de la escala total fue del 70,3%, distribuyéndose en un 28,8% para el primer factor (I), 22,7% para el segundo (ES) y 18,8% para el tercero (EP). Finalmente se realizó AFC, confirmándose la estructura de tres factores ($NNFI = 0,97$; $CFI = 0,97$; $IFI = 0,97$; $RMSEA = 0,057$) concluyendo que, si bien las orientaciones religiosas se presentan como factores independientes, se relacionan entre sí de manera directa.

Resultados

Análisis descriptivo

Nivel de religiosidad

En la tabla 2 se puede apreciar que la mayoría de los jóvenes (72.3%) presentan un nivel alto de religiosidad, evidenciando que gran parte de las personas tiende a expresar su religión de diferentes maneras, tanto consigo mismo (83.4%) y especialmente de manera sociable, sintiéndose cómodo con su religión (76.9%) y la manera en que comparte sus ideas (85.8%).

Tabla 2

Niveles de religiosidad

	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Religiosidad	10	3.1%	80	24.6%	235	72.3%

Intrínseca	12	3.7%	42	12.9%	271	83.4%
Extrínseca social	0	0%	75	23.1%	250	76.9%
Extrínseca Personal	12	3.7%	34	10.5%	279	85.8%

Nivel de religiosidad según datos sociodemográficos

a. Nivel religiosidad según sexo

En la tabla 3 se puede apreciar que la mayoría de varones (64.8%) y mujeres (76.8%) presentan un nivel alto de religiosidad. Respecto a sus dimensiones se aprecia que predomina el nivel alto en la dimensión intrínseca en ambos sexos, es decir que experimentan su nivel de religión más profundo. En la dimensión extrínseca social también se evidencia porcentajes altos, demostrando que también se valen del ambiente para expresar mejor su religión. Finalmente, en la dimensión extrínseca social, es donde prevalecen los porcentajes más altos en ambos sexos, en otras palabras, la comodidad y el sentirse seguro es un factor principal en la religiosidad de los jóvenes.

Tabla 3

Niveles de religiosidad según sexo

	Masculino			Femenino		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Religiosidad						
n	6	37	79	4	43	156
%	4.9%	30.3%	64.8%	2.0%	21.2%	76.8%
Intrínseca						
n	8	18	96	4	24	175
%	6.6%	14.8%	78.7%	2.0%	11.8%	86.2%
Extrínseca social						
n	0	31	91	0	44	159
%	0%	25.4%	74.6%	0%	21.7%	78.3%
Extrínseca personal						
n	10	15	97	2	19	182
%	8.2%	12.3%	79.5%	1%	9.4%	89.7%

b. Nivel religiosidad según edad

En la tabla 4 se puede evidenciar que, en ambos rangos de edad predomina el nivel alto de religiosidad. Respecto a sus dimensiones se aprecia que predomina el nivel alto en la

dimensión intrínseca en ambos rangos de edad, es decir que experimentan su nivel de religión más profundo. En la dimensión extrínseca social también se evidencia porcentajes altos, demostrando que también se valen del ambiente para expresar mejor su religión. Finalmente, en la dimensión extrínseca social, es donde prevalecen los porcentajes más altos en ambos rangos de edad, en otras palabras, la comodidad y el sentirse seguro es un factor principal en la religiosidad de los jóvenes.

Tabla 4

Niveles de religiosidad según sexo

	Adolescencia			Juventud		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Religiosidad						
n	2	29	108	8	51	127
%	1.4%	20.9%	77.7%	4.3%	27.4%	68.3%
Intrínseca						
n	3	17	119	9	25	152
%	2.2%	12.2%	85.6%	4.8%	13.4%	81.7%
Extrínseca social						
n	0	22	117	0	53	133
%	0%	15.8%	84.2%	0%	28.5%	71.5%
Extrínseca personal						
n	4	9	126	8	25	153
%	2.9%	6.5%	90.6%	4.3%	13.4%	82.3%

Nivel de estado de ánimo

En la Tabla 5, se aprecia que la mayoría de estudiantes presenta un nivel moderado de depresión (48.3%) dejando notar un sentimiento anímico de insatisfacción. De manera similar en las dimensiones de ansiedad (48,9%), hostilidad (51,7%) evidencia que los estudiantes presentan sentimientos negativos y alegría (51.1%)

Tabla 5

Niveles de Estado de animo

	Bajo		Moderado		Alto	
	n	%	n	%	n	%
Depresión	89	27.4%	157	48.3%	79	24.3%
Ansiedad	88	27.1%	159	48.9%	78	24.0%

Hostilidad	84	25.8%	168	51.7%	73	22.5%
Alegría	89	27.4%	166	51.1%	70	21.5%

Nivel de estado de ánimo según datos sociodemográficos

a. Nivel estado de ánimo según sexo

En la tabla 6 se puede apreciar que la mayoría de hombres (47.5%) y mujeres (48.8%) presentan un nivel moderado de depresión. De manera similar ocurre en las dimensiones de ansiedad tanto en hombres (41.8%) como en mujeres (53.2%) evidenciando que ambos presentan sentimientos de preocupación y miedo. Por otro lado, en la dimensión hostilidad son menos las mujeres que presentan sentimientos negativos y enfado (25.1%). Finalmente, en la dimensión alegría se aprecia que las mujeres presentan un nivel alto (21.7%) mostrando sentimientos de satisfacción

Tabla 6

Niveles de estado de ánimo según sexo

	Masculino			Femenino		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Depresión						
n	36	58	28	53	99	51
%	29.5%	47.5%	23.0%	26.1%	48.8%	25.1%
Ansiedad						
n	38	51	33	50	108	45
%	31.1%	41.8%	27.0%	24.6%	53.2%	22.2%
Hostilidad						
n	33	57	32	51	111	41
%	27.0%	46.7%	26.2%	25.1%	54.7%	20.2%
Alegría						
n	31	65	26	58	101	44
%	25.4%	53.3%	21.3%	28.6%	49.8%	21.7%

b. Nivel estado de ánimo según edad

En la tabla 7 se puede evidenciar que, existe un nivel moderado en adolescentes (48.2%) y jóvenes (48.4%) en depresión. Asimismo, se aprecia que la preocupación y ansiedad evidencia un nivel moderado en adolescentes (48.9%) y jóvenes (48.9%). El enojo, ira o

estado hostil, evidencia niveles moderados en cuanto adolescentes (48.9%) y jóvenes (53.8%). Finalmente, en la dimensión alegría se observa un nivel alto en adolescentes (22.6%) lo que indicaría que hay un sentimiento de placer producido por sucesos favorables que suelen manifestarse con un buen estado de animo

Tabla 7

Niveles de estado de ánimo según sexo

	Adolescencia			Juventud		
	Bajo	Moderado	Alto	Bajo	Moderado	Alto
Depresión						
n	35	67	37	54	90	42
%	25.2%	48.2%	26.6%	29.0%	48.4%	22.6%
Ansiedad						
n	38	68	33	50	91	45
%	27.3%	48.9%	23.7%	26.9%	48.9%	24.2%
Hostilidad						
n	36	68	35	48	100	38
%	25.9%	48.9%	25.2%	25.8%	53.8%	20.4%
Alegría						
n	44	67	28	45	99	42
%	31.7%	58.2%	20.1%	24.2%	53.2%	22.6%

Prueba de normalidad de las variables

Con el fin de realizar los análisis correlacionales y contrastar la hipótesis planteada, se procedió a realizar primero la prueba de normalidad para precisar si las variables presentan una distribución normal. En ese sentido la tabla 3 presenta los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Como se observa en la Tabla 3 los datos correspondientes no presentan 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 normalidad para las variables de estudio

Instrumentos	Variables	Media	D.E	K-S	P
	Depresión	14.42	12.32	.121	.000

Escala de estado de ánimo	Ansiedad	17.25	12.96	.113	.000
	Hostilidad	10.29	10.02	.152	.000
Escala religiosidad	Alegría	34.13	10,40	.065	.002
	Religiosidad	44.90	10.09	.110	.000

Análisis de correlación entre las variables de estudio

Como se puede apreciar en la tabla 6, el coeficiente de correlación de Spearman indica que existe una relación significativa y negativa entre religiosidad y depresión ($\rho = -.138$; $p < .05$), es decir los participantes que presentan un mayor nivel de religiosidad a su vez presentan menores indicadores depresión. También se aprecia que existe una relación altamente significativa y negativa entre religiosidad y ansiedad ($\rho = -.144$; $p < .01$), es decir los participantes que presentan un mayor nivel de religiosidad a su vez presentan menores indicadores de ansiedad. Además, se aprecia que existe una relación altamente significativa y negativa entre religiosidad y hostilidad ($\rho = -.229$; $p < .01$), es decir los participantes que presentan un mayor nivel de religiosidad a su vez presentan menores indicadores de hostilidad. Finalmente, se aprecia que existe una relación altamente significativa y positiva entre religiosidad y alegría ($\rho = .276$; $p < .01$), es decir los participantes que presentan un mayor nivel de religiosidad a su vez presentan mayores indicadores de alegría.

Tabla 6

Coeficiente de correlación entre las variables de estudio

	Religiosidad	
	ρ	P
Depresión	-.138	.013
Ansiedad	-.144	.009
Hostilidad	-.229	.000
Alegría	.276	.000

Discusión

En la historia de la humanidad se ha buscado dar explicaciones o sentido a los fenómenos espirituales y actividades religiosas, factores presentes de manera cotidiana en la mayoría de creyentes de una religión, y analizar su influencia frente a las adversidades que pueda

presentar el individuo. En ese sentido el estudio plantea que la religión está relacionada con el estado de ánimo. Respecto a ello los resultados encontrados en la investigación evidencian que existe una relación significativa y negativa entre religiosidad y depresión ($\rho = -.138$; $p < .05$) es decir a mayor nivel de religiosidad en los jóvenes, menores indicadores de depresión. Este resultado coincide con el estudio de Genia y Shaw (1991) en jóvenes y adultos de diferentes religiones.

Esta relación puede explicarse debido a que los jóvenes que presentan niveles altos de religiosidad pueden presentar esquemas cognitivos más saludables y positivos, sobre sí mismos y el futuro, los cuales disminuyen la presencia de síntomas depresivos evidenciando un efecto directo y protector a lo largo del tiempo. (Berry & York, 2011; Beck, 1979; Miller-Perrin & Krumrei, 2015).

Además, se encontró que existe una relación altamente significativa y negativa entre religiosidad y ansiedad ($\rho = -.144$; $p < .01$) es decir a mayor nivel de religiosidad en los jóvenes, se evidenciará menores indicadores de ansiedad. Este resultado concuerda con el estudio de Harris et al. (2002) en estudiantes universitarios. La relación entre las variables puede estar asociado a que la religión tiene un factor protector frente a síntomas ansiosos, toma un papel de apoyo e influye en el bienestar de la persona (Mendoza, 2017; Pfeifer & Waeltly, 1999)

Así mismo se aprecia que existe una relación altamente significativa y negativa entre religiosidad y hostilidad ($\rho = -.229$; $p < .01$) es decir que los participantes que presentan un mayor nivel de religiosidad a su vez presentan menores indicadores de hostilidad. Este resultado coincide con el estudio realizado por Ellison (1991). Ferraro y Koch (1994) señalan que la religión ofrece un sentido de propósito que otros tipos de apoyo social no pueden proveer, puede ayudar a las personas a seguir adelante, después de eventos traumáticos,

incluso reajustar el significado de los problemas de la vida diaria para que estos parezcan más manejables, aumentando así los niveles generales de satisfacción con la vida.

Finalmente se encontró que existe una relación altamente significativa y positiva entre religiosidad y alegría ($\rho = .276$; $p < .01$), es decir que los participantes que presentan un mayor nivel de religiosidad a su vez presentan mayores indicadores de alegría. Esto coincide con el resultado de Levin (1994), quien encontró que la religión en especial la asistencia a la iglesia brinda sentimientos de autoestima positiva, felicidad y la satisfacción con la vida.

Referencias

- Acevedo, J., & González, J. (2014). No envejecemos igual: la religiosidad y el género en adultos mayores del noreste de México. *Revista Reflexiones*, 93(1), 133–144.
<https://doi.org/https://doi.org/10.15517/rr.v93i1.13749>
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432–443. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- American Psychiatric Association. (2018). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- Banco Mundial. (2016). *Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes)*.
Datos.Bancomundial.org.
https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5?end=2016&name_desc=false&start=2000&view=chart
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Berry, D., & York, K. (2011). Depression and religiosity and/or spirituality in college: A longitudinal survey of students in the USA. *Nursing & Health Sciences*, 13(1), 76–83.
<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00584.x>
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad* (1st ed.). Paidós Iberica Ediciones S A.
- Cunza, D. (2016). *Efectos del estado de ánimo positivo y neutral sobre la resolución de problemas en estudiantes de la Universidad Peruana Unión*.
- Ellison, C. (1991). Religious Involvement and Subjective Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), 80. <https://doi.org/10.2307/2136801>
- Ferraro, K., & Koch, J. (1994). Religion and health among black and white adults: Examining social support and consolation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(4), 362–375.

- <https://www.drjkoch.org/Soc%20of%20Religion/Readings/Ferraro%20Koch.pdf>
- Fruehwirth, J. C., Iyer, S., & Zhang, A. (2019). Religion and Depression in Adolescence. *Journal of Political Economy*, 127(3), 1178–1209. <https://doi.org/10.1086/701425>
- Gallardo, L., & Sánchez, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 38(2).
<https://doi.org/https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200169>
- Gallardo, R. (2006). Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 29–40. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179317886004.pdf>
- Genia, V., & Shaw, D. (1991). Religion, Intrinsic-Extrinsic Orientation, and Depression. *Review of Religious Research*, 32(3), 274. <https://doi.org/10.2307/3511212>
- Graf, P., & Mandler, G. (1984). Activation makes words more accessible, but not necessarily more retrievable. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 23(5), 553–568.
[https://doi.org/10.1016/s0022-5371\(84\)90346-3](https://doi.org/10.1016/s0022-5371(84)90346-3)
- Greenberger, D., & Padesky, C. (1998). El control de tu estado de ánimo: Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios. In *Google Books*. Grupo Planeta (GBS).
- Hackney, C., & Sanders, G. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43–55.
<https://doi.org/10.1111/1468-5906.t01-1-00160>
- Harris, J. I., Schoneman, S., & Carrera, S. (2002). Approaches to religiosity related to anxiety among college students. *Mental Health, Religion & Culture*, 5(3), 253–265.
<https://doi.org/10.1080/13674670110112730>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill Education.
- Instituto de opinión pública. (2017). Religiones y religiosidad en el Perú de hoy. *Estado de*

La Opinión Pública, Boletín n° 148. PUCP.

http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/110981/IOP_0717_01_R5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018). *Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.*

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.” (2011). Estudio epidemiológico de salud mental en la ciudad de Abancay. *Anales de Salud Mental, 17(1)*. Informe General.

<http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.” (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural. *Anales de Salud Mental, 18(2)*. Informe General. <http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.” (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental, 14(1)*. Informe General.

<http://www.inism.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>

Jiménez, J. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Gaceta Universitaria, 1*, 92–101. 92-101.

http://revistagpu.cl/2005/GPU_junio_2005_PDF/LA%20ESPIRITUALIDAD%20DIMENSION%20OLVIDADA%20DE%20LA%20MEDICINA.pdf

Kirkpatrick, L. (1989). A psychometric analysis of the Allport-Ross and Feagin measures of

- intrinsic-extrinsic religious orientation. *Research in the Social and Scientific Study of Religion, 1*, 1–31.
- Lee, S.-A., Ryu, H. U., Choi, E.-J., Ko, M.-A., Jeon, J.-Y., Han, S.-H., Lee, G.-H., Lee, M. K., & Jo, K.-D. (2017). Associations between religiosity and anxiety, depressive symptoms, and well-being in Korean adults living with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 75*(24), 246–251. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.06.005>
- Levin, J. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science & Medicine, 38*(11), 1475–1482. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90109-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90109-0)
- 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 Behavior and Personality: An International Journal, 27*(4), 407–412. <https://doi.org/10.2224/sbp.1999.27.4.407>
- Melamed, A. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: Un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuadernos de La Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, 49*, 13–38. <https://www.redalyc.org/pdf/185/18551075001.pdf>
- Mendoza, C. (2017). Relación entre religiosidad y ansiedad ante la violencia. *Psicología y Salud, 27*(2), 199–206. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2534/4416>
- Miller-Perrin, C., & Krumrei, E. (2015). *Faith from a Positive Psychology Perspective*. Springer Netherlands.
- Perales, A., Sanchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Aguilar, W., Ocampo, J., Pinto, M., Orellana, I., & Padilla, A. (2019). Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú. *Anales De La Facultad De Medicina, 80*(1), 28–33.

<https://doi.org/https://doi.org/10.15381/anales.v80i1.15865>

Pfeifer, S., & Waelty, U. (1999). Anxiety, depression, and religiosity—a controlled clinical study. *Mental Health, Religion & Culture*, 2(1), 35–45.

<https://doi.org/10.1080/13674679908406330>

Pino, W., & Bethencourt, J. (2010). La escala de valoración del estado de ánimo (evea): análisis de la estructura factorial y de la capacidad para detectar cambios en estados de ánimo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153), 19–32.

Rodríguez, S., & Gómez, E. (2019). *La religiosidad popular en Andalucía, I encuentro de investigadores en Andújar* (1st ed.). Ayuntamiento de Andújar.

Román, V., & Abud, C. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas* (1st ed.). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

Rosmarin, D., & Koenig, H. (Eds.). (2020). *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health* (2nd ed.). Academic Press. <https://www.elsevier.com/books/handbook-of-spirituality-religion-and-mental-health/rosmarin/978-0-12-816766-3>

Rowatt, W., LaBouff, J., Johnson, M., Froese, P., & Tsang, J.-A. (2009). Associations among religiousness, social attitudes, and prejudice in a national random sample of American adults. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1(1), 14–24.

<https://doi.org/10.1037/a0014989>

Salgado, A. (2016). Acerca de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Revista EDUCA UMCH*, VII(7), 7–27. <https://doi.org/10.35756/educaumch.v7i0.2>

Sanz, J. (2011). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: la “Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(111), 71–110.

Schwarz, N., & Clore, G. (2003). Mood as Information: 20 Years Later. *Psychological*

- Inquiry*, 14(3), 296–303. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1403&4_20
- Simkin, H., & Etchezahar, E. (2013). Las orientaciones religiosas extrínseca e intrínseca: validación de la “Age Universal” I-E Scale. *Psykhe (Santiago)*, 22(1), 97–106. <https://doi.org/10.7764/psykhe.22.1.477>
- Stroppa, A., Colugnati, F., Koenig, H., & Moreira-Almeida, A. (2018). Religiosity, depression, and quality of life in bipolar disorder: a two-year prospective study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(3), 238–243. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2365>
- Szczesniak, R., Zou, Y., Dimitriou, S., Quittner, A., & Grosseohme, D. (2016). Use of the Daily Phone Diary to Study Religiosity and Mood: Convergent Validity. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 23(2), 67–85. <https://doi.org/10.1080/08854726.2016.1253955>
- Thayer, R. (1998). *El origen de los estados de ánimo cotidianos : el equilibrio entre la tensión, la energía y el estrés*. Paidós.
- Urchaga, J., Moran, C., & Finez, M. (2019). La religiosidad como fortaleza humana. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 309–316. INFAD Revista de Psicología.
- Valencia, J., & Zegarra, C. (2014). Espiritualidad, religiosidad y calidad de vida en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología de Arequipa*, 4(1), 55–66.
- Williams, M., Watts, F., MacLeod, C., & Mathews, A. (1988). Cognitive psychology and emotional disorders. *Cognitive Psychology and Emotional Disorders.*, 226.
- WIN/Gallup International. (2017). *End of Year 2016 Global Report on Religion*. <http://gallup.com.pk/wp-content/uploads/2017/04/Global-Report-on-Religion-2.pdf>
- World Health Organization. (2020, September 28). *Salud mental del adolescente*. Who.Int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>