

# Asociación entre religiosidad y síntomas ansiosos y depresivos en estudiantes universitarios

## *Association between religiosity and anxiety and depressive symptoms in college students*

Guillermo Augusto Ceballos, Ps, Esp\*

Karol Romero Charris\*\*

Sindy Milena Carrascal Gutiérrez\*\*

Heidi Celina Oviedo Acevedo, MD, MsC\*\*\*

Edwin Herazo, MD, MsC, PhD(c)\*\*\*

Adalberto Campo Arias, MD, Esp. Mg\*

### Resumen

**Introducción:** Existe información divergente acerca de la asociación entre religiosidad y síntomas emocionales. Un estudio con adolescentes colombianos observó falta de asociación estadísticamente significativa entre religiosidad y síntomas depresivos. No se conocen datos sobre este tópico en estudiantes universitarios. **Objetivo:** Estimar la asociación entre religiosidad y síntomas ansiosos y depresivos en universitarios de una institución colombiana. **Método:** Se realizó una investigación transversal correlacional. Los universitarios diligenciaron la escala breve de Zung para ansiedad, el Índice de Bienestar General para síntomas depresivos y la escala breve de Francis para religiosidad. Se calcularon correlaciones de Pearson ( $r$ ) y se aceptaron diferencias significativas  $r$  superiores a 0,300 con probabilidad ( $p$ )<0,01. **Resultados:** Un total de 1.349 estudiantes de distintos programas académicos participó en la investigación. La media para la edad fue 20,6 años (DE=3,4) y el 50,7% eran hombres. Los coeficientes de alfa de Cronbach fueron 0,720, 0,763 y 0,966 para la escala breve de Zung para ansiedad, el Índice de Bienestar General para síntomas depresivos y la escala breve de Francis para religiosidad, respectivamente. Se encontró una asociación sin importancia estadística entre síntomas ansiosos ( $r=0,062$ ;  $p>0,01$ ) y síntomas depresivos ( $r=0,036$ ;  $p>0,01$ ) y la religiosidad. **Conclusiones:** El bienestar emocional de universitarios de una universidad colombiana cuantificado por síntomas ansiosos y depresivos es independiente de las puntuaciones en religiosidad. Este hallazgo corrobora la falta de asociación entre síntomas depresivos y religiosidad en adolescentes de Cartagena, Colombia. Se necesitan investigaciones en otras regiones del país. [Ceballos GA, Romero Charris K, Carrascal Gutiérrez SM, Oviedo Acevedo HC, Herazo E, Campo-Arias A. Asociación entre religiosidad y síntomas ansiosos y depresivos en estudiantes universitarios. MedUNAB 2013; 16(1):19-23]

**Palabras clave:** Religiosidad, Depresión, Ansiedad, Estudiantes, Estudios transversales.

### Abstract

**Background:** There is conflicting information about the association among religiosity and emotional symptoms. A study of Colombian adolescents observed lack of significant association between religiosity and depressive symptoms. There are no data on this topic in college students. **Objective:** To estimate the association among religiosity and anxiety and depressive symptoms in a Colombian university. **Method:** It was conducted a cross-sectional correlational research. The college students were required to fill short Zung scale for anxiety, the Well-Being Index for depressive symptoms, and short version of the Francis scale of attitude toward Christianity. Pearson correlations were calculated ( $r$ ); and  $r$  higher than 0.300 and ( $p$ )<0.01 were significant with a probability. **Results:** A total of 1,349 students from different academic programs participated in the research. The mean age was 20.6 years (SD=3.4) and 50.7% were men. Cronbach alpha coefficients were 0.720, 0.763 and 0.966 for short Zung scale for anxiety, Wellbeing Index for depressive symptoms and short version of the Francis scale of attitude toward Christianity, respectively. It was not found statistically significant association between anxiety symptoms ( $r=0.062$ ,  $p>0.01$ ) and depressive symptoms ( $r=0.036$ ,  $p>0.01$ ) and religiosity. **Conclusions:** The emotional wellbeing of a Colombian university college quantified by anxiety and depressive symptoms independent of scores on religiosity. This finding corroborates the lack of association between depressive symptoms and adolescent religiosity in Cartagena, Colombia. New researches are needed in other regions of the country. [Ceballos GA, Romero Charris K, Carrascal Gutiérrez SM, Oviedo Acevedo HC, Herazo E, Campo-Arias A. Association between religiosity and anxiety and depressive symptoms in college students. MedUNAB 2013; 16(1):19-23]

**Keywords:** Religiosity, Depression, Anxiety, Students, Cross-sectional studies.

\* Profesor, Universidad del Magdalena, Colombia.

\*\* Estudiante de Psicología, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia.

\*\*\*Instituto de Investigación del Comportamiento Humano (Human Behavioral Research Institute) Bogotá, Colombia.

**Correspondencia:** Dr. Guillermo Augusto Ceballos, Universidad del Magdalena. E-mail: guillermoceballos@gmail.com

Artículo recibido: 20 de junio de 2013, Aceptado: 20 de julio de 2013

## Introducción

La religiosidad, entendida como la necesidad de buscar sentido a la vida, ha sido poco estudiada entre los académicos. La religiosidad constituye un núcleo importante en el ser humano para encontrar sentido a su vida, pero sugieren efectuar estudios que permitan vincular la religiosidad con otras variables psicológicas que muestren su posible valor terapéutico.<sup>1</sup>

La asociación entre religiosidad y el bienestar o problemas psicológicos es divergente; puede ser una experiencia tanto asociada a bienestar emocional<sup>2-4</sup>, como a malestar o dolor emocional.<sup>5-7</sup>

En Colombia, un par de investigaciones informan la asociación entre síntomas emocionales y religiosidad. El primero de estos estudios encontró una muestra de 633 estudiantes de secundaria entre 10 y 19 años que la presencia de la religiosidad se asoció significativamente con la presencia de síntomas depresivos con importancia clínica (OR=1,11; IC95% 1,01-1,22).<sup>8</sup> No obstante, en una investigación posterior se halló en un grupo de 1.730 estudiantes adolescentes, entre 13 y 17 años, una correlación baja entre religiosidad y síntomas depresivos ( $r=0,080$ ).<sup>9</sup> Es posible que las características de las muestras y la medición de las variables involucradas modifiquen la dirección y magnitud de la asociación.<sup>10</sup>

Hasta la fecha, la asociación entre síntomas emocionales no ha sido estudiada en estudiantes universitarios colombianos. En el presente estudio se usaron las mismas mediciones para síntomas depresivos con importancia clínica y religiosidad que en el estudio precedente en estudiantes de bachillerato que mostró una asociación negativa con una muestra excesivamente grande.<sup>9</sup> El uso de una muestra excesivamente grande con resultados negativos minimiza la posibilidad de un error tipo II; el resultado fuera cuestionable si la asociación fuera positiva por la excesiva probabilidad de un error tipo I, dado la sobredimensión de la muestra para una prueba paramétrica.<sup>11</sup> Adicionalmente, en la presente investigación se cuantificaron síntomas de ansiedad con importancia clínica dada la alta concurrencia con síntomas de ansiedad con importancia clínica que no se estudiaron en las investigaciones previas colombianas con estudiantes de secundaria.<sup>8,9</sup>

El objetivo del presente estudio fue estimar la asociación entre religiosidad y síntomas ansiosos y depresivos en universitarios de una institución colombiana.

## Método

En el presente análisis hace parte de un estudio que investigó comportamientos relacionados con la salud en estudiantes

de una universidad de Santa Marta, Colombia. El proyecto de investigación lo revisó y aprobó un comité de ética institucional, que consideró que el mismo no representaba riesgo para la integridad física o emocional de los participantes dado que no se abordaba temas excesivamente sensible, mediante un cuestionario autodilucidado anónimo, y no se llevaría a cabo ninguna intervención farmacológica o psicosocial.<sup>12</sup>

Se realizó una investigación transversal correlacional en la que se solicitó la participación de estudiantes de los distintos programas presenciales que ofrece la institución. Se llevó a cabo un muestreo probabilístico por conglomerado. Cada grupo de estudiantes de un semestre se tomaron como conglomerado. Los conglomerados se tomaron al azar.

Los participantes diligenciaron en el aula de clase el cuestionario de investigación después de conocer los objetivos de la investigación, el carácter anónimo de la misma y que la participación sería voluntaria. Se solicitó información demográfica básica y la escala breve de Zung para ansiedad,<sup>13</sup> el Índice de Bienestar General para síntomas depresivos<sup>14</sup> y la escala breve de Francis para religiosidad.<sup>15</sup>

La escala breve de Zung para ansiedad es un instrumento que se compone de cinco ítems que exploran la presencia de síntomas como nerviosismo, temor sin razón aparente, dolores musculares, sensación de debilidad y mareos durante los últimos treinta días. El cuestionario da cuatro opciones de respuesta desde 'nunca' hasta 'siempre' a lo que se asigna de uno a cuatro puntos, a mayor puntuación mayor ansiedad. Esta escala muestra excelente desempeño psicométrico en estudiantes universitarios colombianos.<sup>13</sup>

El Índice de Bienestar General cuantifica los síntomas depresivos como estado de ánimo triste, reducción del interés por las actividades relevante y nivel de energía durante las dos semanas más recientes. El índice ofrece cuatro opciones de respuesta desde 'nunca' hasta 'siempre' a los que se asignan de cero a tres puntos, a menor puntuación mayor bienestar o menor "depresión". Esta escala muestra excelente desempeño psicométrico en estudiantes adolescentes colombianos.<sup>16</sup>

La escala breve de Francis para religiosidad es un cuestionario de cinco ítems que exploran la actitud hacia Cristo, Dios y la oración. El instrumento brinda cinco opciones de respuesta desde 'muy en desacuerdo' hasta 'muy de acuerdo' a las que se da calificaciones de cero a cinco, a mayor puntuación global mayor religiosidad. Esta escala presenta alta consistencia interna en adolescentes colombianos.<sup>15</sup>

El punto de corte para la escala de religiosidad fue de 18 o más; para los síntomas depresivos de 5 o más y para los síntomas de ansiedad de 11 o más.

**Tabla 1.** Características demográficas de los estudiantes.

Variable	Frecuencia	%
Edad entre 18 y 20 años	777	57.6
Edad entre 21 y 30 años	572	42.4
Sexo femenino	665	49.3
Sexo masculino	684	50.7
Solteros	1.272	94.3
Casados o unión libre	77	5.7
Carrera relacionada con la salud	432	32.0
Otras carreras	917	68.0

En el análisis descriptivo se calcularon la media y desviación estándar (DE) para las puntuaciones en cada escala. Se estimaron en el análisis bivariado correlaciones de Pearson ( $r$ )<sup>17</sup> y se aceptaron diferencias significativas  $r$  superiores a 0,300 con probabilidad ( $p$ )<0,01.<sup>18</sup> La confiabilidad de las mediciones con las escalas se le estimó el coeficiente de Cronbach para cada una.<sup>19</sup> Todos los cálculos se realizaron en SPSS<sup>20</sup> 16.0

## Resultados

Participaron en la investigación un total de 1.349 estudiantes de distintos programas académicos de segundo a décimo semestre. La media para la edad del grupo participante fue 20,6 años (DE=3,4). Otros detalles de las características demográficas de los participantes se presentan en la tabla 1.

Las escalas mostraron excelente desempeño, con coeficientes de alfa de Cronbach de 0,720, 0,763 y 0,966 para la escala breve de Zung para ansiedad, el Índice de Bienestar General para síntomas depresivos y la escala breve de Francis para religiosidad, respectivamente.

Las puntuaciones para ansiedad se encontraron entre 5 y 20, con una media de 9,7 (DE=2,7); para depresión entre 0 y 15, con media de 9,0 (DE=2,7); y para religiosidad entre 0 y 20, con una media de 16,2 (DE=5,4).

Al estimar la  $r$  de Pearson entre las variables estudiadas se observó una asociación sin importancia estadística entre

síntomas ansiosos ( $r=0,062$ ;  $p>0,01$ ) y síntomas depresivos ( $r=0,036$ ;  $p>0,01$ ) y la religiosidad.

En la tabla 2 se muestran los participantes identificados con síntoma depresivos, niveles de ansiedad y sus porcentajes.

## Discusión

Los resultados de la presente investigación muestran una correlación de Pearson no estadística significativa entre síntomas de ansiedad y depresivos con importancia clínica y religiosidad en estudiante universitarios de una ciudad colombiana.

Las investigaciones muestran resultados divergentes en la asociación entre síntomas psicológicos y religiosidad en distintas poblaciones, adolescentes y adultos en diferentes etapas del ciclo vital.<sup>3-9, 21-26</sup> Ya se mencionó que las disparidades en la relación entre estas variables pueden relacionarse con diferencias en el diseño de los estudios y las mediciones de los constructos.<sup>10, 11</sup> Aunque, la religión como sistema cultural guarda una relación con el sentido de vida y las forma de hacer frente a los estresores y a las emociones negativas o desagradables del día a día.<sup>1, 27</sup> Adicionalmente, debe tenerse presente que el impacto de la religiosidad como estrategia favorable para afrontar síntomas de ansiedad y depresivos guarda relación con otros aspectos relevantes de la cultura matizan ese eventual efecto,<sup>28-30</sup> como pudo observarse en el presente estudio no existió relación entre la religiosidad y los síntomas depresivos y de ansiedad para la población estudiada.

**Tabla 2.** Participantes con alta religiosidad, síntomas depresivos y niveles de ansiedad.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alta religiosidad	755	56.0 %
Síntomas depresión	129	9.6%
Niveles de ansiedad	459	34.0%

Una investigación sobre religiosidad *mostró* que las personas sin religión se muestran más liberales, mientras los cristianos o quienes profesan alguna religión son más conservadores y practicantes. No obstante, sus actitudes son moderadas con respecto a los contenidos verbales.<sup>31</sup> Sin embargo, para las variables acá estudiadas no se corrobora esta relación, lo cual también puede deberse a que la asociación entre religiosidad y el bienestar o problemas psicológicos es divergente; puede ser una experiencia tanto asociada a bienestar emocional,<sup>2-4</sup> como a malestar o dolor emocional.<sup>5-7</sup>

Esta investigación es un aporte relevante en el conocimiento de la relación entre síntomas emocionales y religiosidad en el contexto colombiano. Sin embargo, los hallazgos no pueden generalizarse a estudiantes universitarios de otras ciudades colombianas.<sup>10</sup>

Así mismo, otra importancia del presente trabajo investigativo consistió en estudiar la religiosidad con otras variables psicológicas, para intentar mostrar su valor terapéutico, el cual ha sido muy poco estudiado.<sup>1</sup>

Adicionalmente, en la presente investigación se cuantificaron síntomas de ansiedad con importancia clínica dada la alta concurrencia con síntomas de ansiedad con importancia clínica que no se estudiaron en las investigaciones previas colombianas con estudiantes de secundaria.<sup>8,9</sup>

Se concluye que el bienestar emocional, cuantificado por síntomas ansiosos y depresivos, es independiente de las puntuaciones para religiosidad en estudiantes universitarios de una universidad colombiana. Se necesitan investigaciones en otras universidades del país.

## Conflictos de interés

Los autores declaramos libremente no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Avellar de Aquino T, Pereira A, de Sousa C, de Asís H, Ferreira I, dos Santos P, et al. Atitude religiosa e sentido de vida: Um estudo correlacional. *Psicol Cienc Prof.* 2009; 29: 228-43.
2. Espíndula JA, Valle ERM, Bello AA. Religión y espiritualidad: una perspectiva de profesionales de la salud. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010; 18: 8.
3. Taha N, Florenzano R, Sieverson C, Aspillaga C, Alliende L. La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2011; 49: 347-60.
4. Behar R. Espiritualidad y ascetismos en la anorexia nervosa. *Rev Chil Neuropsiquiat.* 2012; 50: 117-29.
5. Florenzano R, Valdés M, Cáceres E, Santander S, Armijo I, Bergman V, et al. Religiousness, risk behaviors and mental health among adolescents from Santiago, Chile. *Rev Chile Salud Publica.* 2008; 12: 83-92.
6. Stewart SM, Betson CL, Lam TH, Chung SF, Ho HH, Chung TC. The correlates of depressed mood in adolescents in Hong Kong. *J Adolesc Health.* 1999; 25: 27-34.
7. Pérez JE, Little TD, Henrich CC. Spirituality and depressive symptoms in a school-based sample of adolescents: A longitudinal examination of mediated and moderated effects. *J Adolesc Health.* 2009; 44: 380-6.
8. Campo-Arias A, Díaz C, Cogollo Z. Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006; 35: 167-83.
9. Cogollo Z, Gómez-Bustamente EM, Herazo H, Oviedo HC, Campo-Arias A. Association between religiosity and depressive symptoms among adolescent students. *Duazary.* 2013; 10 (in press).
10. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *Lancet.* 2002; 359: 57-61.
11. Borges A, San Luis C, Sánchez JA, Cañadas I. El juicio con la hipótesis nula: Muchos testigos y una sentencia virtuosa. *Psicothema.* 2001; 11: 173-8.
12. Resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud; 1993.
13. De la Ossa S, Martínez Y, Herazo E, Campo A. Estudio de la consistencia interna y de la estructura factorial de tres versiones de la escala de Zung para ansiedad. *Colomb Med.* 2009; 40: 71-7.
14. World Health Organization. Regional Office for Europe. Well-being measures in primary health care: The DepCare Project. Consensus meeting, Stockholm; 1998.
15. Campo-Arias A, Oviedo HC, Cogollo Z. Internal consistency of a five-Item Form of the Francis Scale of Attitude Toward Christianity among adolescent students. *J Soc Psychol.* 2009; 149: 258-64.
16. Cogollo-Milanés Z, De La Hoz-Restrepo F. Consumo de cigarrillo y riesgo de dependencia de la nicotina de estudiantes de secundaria. *Rev Salud Publica.* 2010; 12: 434-45.
17. Pearson K. Determination of the coefficient of correlation. *Science.* 1909; 30: 23-5.
18. Norman GR, Streiner DL. *Bioestadística* Madrid: Mosby/Doyma libros; 1996.
19. Cronbach J. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika.* 1951; 16: 297-334.
20. SPSS for windows 16.0. Chicago: SPSS. Inc.; 2006.
21. Schapman AM, Inderbitzen-Nolan HM. The role of religious behavior in adolescent depressive and anxious symptomatology. *J Adolesc.* 2002; 25: 631-43.
22. Cotton S, Larkin E, Hoopes A, Cromer BA, Rosenthal SL. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *J Adolesc Health.* 2005; 36: 529.e7-529.e14.
23. Abdel-Khalek MA. Religiosity, subjective well-being, and depression in Saudi children and adolescents. *Ment Health Relig Cult.* 2009; 12: 803-15.

24. Pilgrim NA, Blum RW. Adolescent mental and physical health in the English-speaking Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 32: 62-69.
25. Yonker JE, Schnalbelrauch CA, DeHaan LG. The relationship between spirituality and religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review. *J Adolesc*. 2012; 35: 299-314.
26. Silton NR, Flannelly KJ, Galek K, Ellison CG. Beliefs about God and mental health among American adults. *J Relig Health*. 2013 (Ahead of print).
27. Geertz C. La interpretación de las culturas. Undécima Reimpresión. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 87-117.
28. Emmons RA, Paloutzian RF. The psychology of religion. *Ann Rev Psychol*. 2003 54; 377-402.
29. Dein S, Cook CC, Koenig H. Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis*. 2012; 200: 852-5.
30. Dein S. Religion and mental health: the contribution of anthropology. *World Psychiatry*. 2013; 12: 34-5.
31. Moral-Dela Rubia J. Religión, significados y sexualidad. *Revista colombiana de psicología*. 2010; 19(1): 45-59. *Rev Colomb Psicol* 2010; 19(1): 45-59