



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

TÍTULO

**“RELACIÓN ENTRE LA RELIGIÓN, ACTIVIDADES RELIGIOSAS Y LA
SALUD MENTAL EN HABITANTES ADULTOS DE LA SIERRA DEL
PERÚ.”**

*“Relationship between religion, religious activities and mental health in adults of
the highlands of Peru.”*

ALUMNO:

Erick Arturo Falcon Ladera

ASESOR:

Dr. Javier Saavedra Castillo

Lima, Perú

2021

JURADOS

Presidenta: Dra. Silvana Virginia Sarabia Arce.

Vocal: Dr. Johann Martín Vega Dienstmaier.

Secretario: Dr. Jorge Martín Arévalo Flores.

ASESOR:

Dr. Javier Saavedra Castillo.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a mi madre, María Elena Ladera Espinoza, quien es la persona que más me apoya en mi vida, me impulsa a ser mejor cada día y nunca rendirme. Siempre la he considerado mi mejor amiga.

A mi padre, Salustriano Nimer Falcon Enciso, un hombre de carácter fuerte que con su esfuerzo y sacrificio pudo levantar a su familia y me dio todas las herramientas y facilidades para terminar mi educación.

También se la dedico a los profesionales de la salud, quienes realizan actividad asistencial y/o de investigación y así contribuyen al progresivo bienestar general de la población aun en tiempos difíciles.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres, sin cuyo apoyo no habría podido lograr mis objetivos.

Al Dr. Javier Saavedra, el cual colaboró con el asesoramiento del estudio.

A mis amigos incondicionales Álvaro, Katherine, Gabriela y Edwin, siempre dispuestos a apoyarse mutuamente, los cuales han estado en los momentos más difíciles y felices de mi vida universitaria.

A mi mejor amigo Gian, quien desde el cielo me da su apoyo y vela por mi bienestar.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

DECLARACIÓN DEL AUTOR

El autor declara no presentar conflictos de interés en la concepción, desarrollo y publicación del presente estudio.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
MATERIAL Y MÉTODO	5
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
TABLAS	31

RESUMEN

Antecedentes: La religión podría estar relacionada con la salud mental humana debido a que es un componente de la calidad de vida e interviene en ciertos aspectos de los trastornos mentales. En 2016, la Asociación Mundial de Psiquiatría señaló que se requiere más estudios sobre la religión en psiquiatría que abarque diferentes áreas con antecedentes culturales y geográficos. **Objetivo:** Determinar si existe relación entre la religión, las actividades religiosas y la salud mental en los habitantes adultos de Cerro de Pasco y Huánuco (Perú). **Materiales y métodos:** Estudio observacional y transversal-analítico utilizando la base de datos de estudios epidemiológicos previos, realizados en el 2013 por el Instituto Nacional de Salud Mental *Honorio Delgado - Hideyo Noguchi* con una muestra probabilística compleja de 2 965 personas adultas. Instrumentos: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) modificada CIE-10; Cuestionario de Salud Mental; Índice de Calidad de Vida de Mezzich; Escala de Autoestima de Rosenberg; Escala de Resiliencia de Block; Escala de Satisfacción con la Vida de Diener y Ficha de datos sociodemográficos. **Resultados:** Quienes no profesan alguna religión presentaron relación estadísticamente significativa con un menor promedio de calidad de vida ($M=7,59$, $ES=0,17$, $p=0,034$), una mayor prevalencia anual del episodio depresivo ($OR=3,03$, $IC95\%=1,19-7,7$, $p=0,048$) y una mayor prevalencia de vida de ideación homicida ($OR=3,55$, $IC95\%=1,45-5,67$, $p=0,035$). **Conclusiones:** Existe relación entre las creencias religiosas, actividades religiosas y algunas variables de la salud mental positiva y salud mental negativa en los habitantes adultos de Cerro de Pasco y Huánuco del Perú.

PALABRAS CLAVE: Religión, Psiquiatría, Salud Mental.

ABSTRACT

Background: Religion could be related to human mental health because it's included as a component of quality of life and intervenes in certain aspects of mental disorders. In 2016, the World Psychiatric Association suggests the necessity of more studies about religion in psychiatry, covering different areas with cultural and geographic backgrounds. **Objective:** To determine if there is a relationship with religion, religious activities, and mental health in adult inhabitants of Cerro de Pasco and Huánuco in Peru. **Materials and methods:** Observational and cross-analytical study using the database of previous epidemiological studies prepared by the *Honorio Delgado - Hideyo Noguchi* Institute of Mental Health in 2013, with a complex probabilistic sample of 2 965 adults. Instruments: ICD-10 Mini-International Neuropsychiatric Interview modified; Mental Health Questionnaire (includes aggregate questions about religiosity and suicide indicators); Mezzich's Quality of Life Index; Rosenberg Self-Esteem Scale; Block Resilience Scale; Diener's Life Satisfaction Scale and a Sociodemographic data sheet. **Result:** Not professing any religion and not carrying out religious activities presented higher prevalence of mental disorders, lower averages of positive mental health variables, and higher prevalence of homicidal ideation. **Conclusion:** There is a relationship between religious beliefs, religious activities and some variables of positive mental health and negative mental health in inhabitants of Cerro de Pasco and Huánuco of Peru.

KEY WORDS: Religion, Psychiatry, Mental Health.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad no existe un consenso de la definición de la palabra *religión*, es definida de manera diferente por cada investigador. Profesionales de la salud propusieron considerar la religión como un conjunto de 3 áreas: 1) Una dimensión cognitiva relacionada con las creencias religiosas, 2) Una parte conductual que abarca la realización de actividades religiosas de naturaleza convencional o institucionalizada y 3) Un área afectiva en la que se establecen vínculos entre el hombre y la trascendencia al morir (1).

La religión en la población indígena se ha originado mediante el sincretismo religioso producido por la invasión española, a raíz del cual pasó de ser una religión politeísta a una religión cristiana (2). Este cambio no fue el mismo en todas las comunidades del Perú, debido a que en diferentes lugares ocurrieron cambios y transformaciones diversas que se produjeron por la reelaboración simbólica de los propios procesos internos, los que derivaron en las religiones indígenas de la actualidad (2). En los últimos censos realizados en el Perú, alrededor del 94% de los pobladores tiene religión siendo la religión más prevalente la Católica; con todo, cabe resaltar que -de acuerdo con los registros- los seguidores de otras religiones van aumentando en número cada año, como sucede con la religión Evangélica y otras, tales como la religión Cristiana, Adventista, Testigos de Jehová, Mormón, Budismo, Judaísmo, entre otras (2,3).

La Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, por sus siglas en inglés) en sus inicios no consideraba a la religión como un factor que estuviera relacionado con la salud mental o que pudiera acarrear consecuencias tanto perjudiciales como benéficas; sin embargo, en la actualidad plantea una visión más integradora en la que ciencia

y religión pueden ser aliadas contra la superstición y el sinsentido (4). El expresidente del área de *Religión, espiritualidad y psiquiatría* de la WPA, Peter Verhagen, recomendó en el año 2012 que profesionales de la salud realicen trabajos de investigación con el objetivo de conocer con más detalle la probable vinculación de la religión con la salud mental (4).

Esta postura persiste en el actual presidente, Alexander Moreira Almeida, cuya publicación en el año 2016 en la revista *World Psychiatry* refiere: “*Hay la necesidad de más investigación sobre la religión y la espiritualidad en psiquiatría, sobre todo en sus aplicaciones clínicas. Estos estudios deberían abarcar una amplia diversidad de antecedentes culturales y geográficos*” (5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la religión y la espiritualidad como una parte de la calidad de vida (6). Un metaanálisis ha demostrado que la religión sí está relacionada con la salud mental (7) y diversos estudios científicos relacionados con la probable vinculación de la religión-espiritualidad y la salud mental presentaron resultados interesantes. En diferentes estudios se evidenció que la religión influye en la prevalencia, el diagnóstico, el tratamiento (por ejemplo, la conducta de pedir ayuda) y la prevención de los trastornos mentales (8); así mismo, hay evidencia de que la religión puede causar daño y afectar la salud de manera negativa (9), produciendo, por ejemplo, un afrontamiento negativo religioso, depresión y ansiedad (10).

En América Latina se cuenta con pocos estudios enfocados al análisis de la relación entre la religión y la salud. La investigación en el Perú ha demostrado que, en situaciones negativas o estresantes, como en una enfermedad, la estrategia de afrontamiento más empleada por las personas fue acudir a la religión (11). Un

estudio demostró que la religión podría ser beneficiosa para la salud, como proporcionando confort a los adultos de avanzada edad para afrontar el proceso de envejecimiento (12). Otro estudio demostró que no existe relación entre la religión y la depresión (13).

Hay evidencia de que los peruanos, además de asistir con el profesional médico cuando tienen algún problema de salud, prefieren acudir a sistemas de atención folklóricos y grupos religiosos (14). Esto se puede justificar debido a la cosmovisión popular mágico-religiosa que tienen algunos pobladores de la sierra acerca de las enfermedades y otros aspectos de la vida (15). La investigación realizada en la población andina con respecto a la relación entre la religión, las actividades religiosas y la salud mental es importante debido a las connotaciones culturales que existen en la población peruana.

Algunas personas que viven en zonas rurales del Perú utilizan como recursos personales internos los servicios religiosos y el apoyo espiritual para la superación de sus enfermedades mentales, lo que podría fomentar un soporte social positivo de ayuda mutua en la comunidad (15).

Al observar que los estudios previos en nuestro país arrojan resultados muy variables, se hace necesario realizar más investigaciones que nos permitan aclarar la probable relación entre la religión y la salud mental. El presente estudio tiene como objetivo determinar si existe relación entre las creencias religiosas, las actividades religiosas y la salud mental en habitantes adultos de Cerro de Pasco y Huánuco en el Perú.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Determinar si existe relación entre la religión, actividades religiosas y la salud mental en habitantes adultos de Cerro de Pasco y Huánuco en Perú.

Objetivos secundarios:

- Determinar la relación entre la religión, actividades religiosas y variables sociodemográficas.
- Determinar la relación entre la religión, actividades religiosas y la salud mental positiva: calidad de vida, satisfacción, resiliencia y autoestima.
- Determinar la relación entre la religión, actividades religiosas y los principales trastornos psiquiátricos: trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno psicótico, adicción y consumo de sustancias.
- Determinar la relación entre la religión, actividades religiosas e indicadores suicidas e indicador homicida.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio:

El estudio es de tipo observacional y transversal-correlacional. Se utilizó la base de datos de estudios epidemiológicos hechos por el Instituto Nacional de Salud Mental *Honorio Delgado - Hideyo Noguchi* (INSM), abarcando las ciudades de Cerro de Pasco y Huánuco en el año 2013 (16, 17).

Estos estudios epidemiológicos tuvieron como objetivo principal brindar información estadística poblacional sobre los problemas mentales correspondientes en las referidas regiones y utilizaron 4 unidades de análisis independientes: adulto, adolescente, adulto mayor y mujer. Este estudio utilizará la base de datos de la unidad de análisis del adulto.

Diseño muestral:

Los detalles del diseño muestral del estudio original se encuentran publicados (16, 17).

A. Población:

La población abarca a aquellos que tienen 18 o más años y viven en hogares de la ciudad de Cerro de Pasco y Huánuco en el año 2013.

Criterios de inclusión:

Se usaron los siguientes criterios de inclusión:

- Personas adultas mayores de 18 años de ambos sexos.
- Residentes habituales por lo menos durante un mes en viviendas particulares.

Criterios de exclusión:

Se usó el siguiente criterio de exclusión:

- Personas con problemas que impidieran una comunicación fluida con el entrevistador.

B. Muestra:

La muestra de la base de datos fue ponderada para corresponder la distribución demográfica en las poblaciones del estudio. Se utilizó un muestreo de tipo trietápico, complejo y probabilístico. Al inicio se seleccionaron conglomerados de viviendas, como las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) que fueron obtenidas a través del Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI). En la segunda etapa se seleccionaron grupos conformados por 11 y 17 casas contiguas, las cuales constituyeron las Unidades Secundarias de Muestreo (USM). En la tercera etapa fueron seleccionadas las Unidades Finales de Muestreo (UFM), utilizándose la tabla de Kish modificada para la selección de las personas.

La muestra en total abarca a 2 965 adultos encuestados de 18 años a más (1 496 de Huánuco y 1 469 Cerro de Pasco).

C. Definición operacional de variables.

Variables sociodemográficas:

- Grupo etario: el grupo etario pertenece al participante de acuerdo con su edad. Variable de naturaleza cualitativa y politómica. Escala de medición de intervalo. Medido con un Cuestionario de Datos generales del Adulto.
- Sexo: masculino o femenino. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con un Cuestionario de Datos generales del Adulto.

- Estado civil: conviviente, divorciado, separado, viudo, casado o soltero. Variable de naturaleza cualitativa y politómica. Escala de medición de intervalo. Medido con un Cuestionario de Datos generales del Adulto.
- Estado laboral: se considera la situación laboral del participante durante la última semana. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con un Cuestionario de Datos generales del Adulto.
- Escolaridad: se toma en cuenta el último nivel educativo completado del participante. Variable de naturaleza cualitativa y politómica. Escala de medición de intervalo. Medido con un Cuestionario de Datos generales del Adulto.
- Situación socioeconómica: nivel económico del participante, incluyendo sus NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas). Variable de naturaleza cualitativa y politómica. Escala de medición de intervalo. Medido con un Cuestionario de Datos generales del Adulto.
- Tipo de religión: la clase de religión con la cual se identifica el encuestado. Puede ser evangélica, católica, otras o ninguna. Variable de naturaleza cualitativa y politómica. Escala de medición nominal. Medido con un Cuestionario de Salud Mental (18).
- Actividades religiosas: prácticas de carácter religioso que tiene o no el encuestado entre las cuales están: Asistir a la iglesia o templo; Participar activamente en algún grupo religioso; Leer y consultas escrituras religiosas o Biblia; Predicar o Enseñar a sus hijos o nietos; Predicar o enseñar la religión a otras personas. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con un Cuestionario de Salud Mental (18).

- Cambio de religión: aquí se toma en cuenta la información de que la persona en algún momento de su vida ha cambiado de religión. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con un Cuestionario de Salud Mental (18).
- Sentimiento de protección hacia Dios: grado en el cual la persona participante se siente protegida y/o cuidada por Dios en una escala de nada a poco, o bien de regular y bastante a mucho. Variable de naturaleza cualitativa y politómica. Escala de medición nominal. Medido con un Cuestionario de Salud Mental (18).

Variables de salud mental positiva: Variables de naturaleza cuantitativa y discreta. Escala de medición ordinal.

- Calidad de vida: estado en el cual la persona siente bienestar social, físico, espiritual, emocional. Medido con el índice de Calidad de Vida de Mezzich (19). El encuestado califica del 1 al 10 cada uno de los componentes de la calidad de vida (bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independientes, ocupacional, interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud y valoración global) representado el número 10 como excelente.
- Satisfacción en la vida: cubre esta el nivel propio de satisfacción general con la vida. Medido con la Escala de Satisfacción con la vida de Diener (20). El puntaje va de 5 a 20. A mayor puntaje, mayor satisfacción con la vida
- Resiliencia: se define como aquella cualidad de poder seguir viéndose capaz de afrontar en el futuro posibles sucesos negativos o condiciones difíciles. Medido

con la Escala de Resiliencia de Block (21). La puntuación va desde 14 hasta 56, y a mayor puntaje, mayor resiliencia.

- Autoestima: conciencia subjetiva que establece satisfacción y valoración propias. Medida con la Escala de Autoestima de Rosenberg (22). El puntaje se establece de 10 a 40. A mayor puntaje, mayor autoestima.

Variables de salud mental negativa:

- Trastornos afectivos: hace alusión solo al hipotético episodio depresivo y distimia. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con el MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional CIE-10 modificada (23).
- Trastornos de ansiedad: hace referencia a los trastornos de estrés postraumático, ansiedad generalizada, agorafobia, fobia social, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con el MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional CIE-10 modificada (23).
- Trastorno psicótico: ha considerado como positivo el síntoma psicótico siempre y cuando haya existido un convencimiento completo del síntoma y haya estado presente al menos un síntoma psicótico al mes. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con el MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional CIE-10 modificada (23).
- Trastornos adictivos: entre los hábitos nocivos dependientes de consumo de sustancias se encuentra el abuso y/o dependencia del alcohol. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con el MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional CIE-10 modificada (23).

- Consumo de cualquier sustancia no alcohólica: consumo de sustancia, legal o ilegal, no alcohólica. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con el MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional CIE-10 modificada (23).
- Indicadores suicidas: cubre aspectos diferentes del espectro suicida como el anhelo de morir; ideación suicida; pensamiento suicida e intento suicida. Variable de naturaleza cualitativa y politómica. Escala de medición nominal. Medido con un Cuestionario de Salud Mental (18).
- Ideación homicida: se refiere a si la persona entrevistada ha tenido la idea de matar a alguien. Variable de naturaleza cualitativa y dicotómica. Escala de medición nominal. Medido con un Cuestionario de Salud Mental (18).

D. Procedimientos y técnicas:

Se utilizaron los siguientes instrumentos de medición para las variables, cuyos datos psicométricos y procesos de validación se encuentran en detalle en referencias anteriores (16, 17).

Al finalizar la recolección de la información, se ejecutó el procesamiento de la base de datos en formato SAV.

- **Cuestionario de Datos Generales del Adulto:**

Cuestionario en el cual se indaga sobre datos generales de la vivienda de los participantes y características sociodemográficas, basadas en preguntas de las encuestas realizadas por el INEI (24).

- **Cuestionario de Salud Mental:**

Elaborado originalmente en Colombia. Fue modificado y adaptado a partir de su versión original (18).

Fue sometido a una revisión y ampliación de preguntas por el equipo de expertos del INSM-Honorio Delgado-Hideyo Noguchi para que fuera más fácil la evaluación del grado de salud mental en los habitantes de una comunidad peruana (25).

Incluye preguntas referentes a sentimientos de protección: ¿Cuán protegido se siente por Dios? Contiene preguntas referentes a indicadores suicidas: Prevalencia de desear la muerte: ¿Alguna vez en su vida ha deseado morir? Prevalencia de ideación suicida: ¿Alguna vez en su vida ha pensado en quitarse la vida? Prevalencia de planeación suicida: ¿Alguna vez ha planeado quitarse la vida? Prevalencia de intento de daño/suicidio: ¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o quitarse la vida? Incluye preguntas referentes a consideraciones heteroagresivas: ¿Ha tenido la idea de matar a alguien? Contiene preguntas referentes a tendencias religiosas: ¿Qué religión tiene?, ¿Asiste a una iglesia o un templo?, ¿Participa activamente en algún grupo religioso?, ¿Lee y consulta escrituras religiosas o la Biblia?, ¿Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos?, ¿Predica o enseña la religión a otras personas?, ¿Ha cambiado usted de religión? (18).

○ **Índice de calidad de vida de Mezzich:**

Creado por Mezzich y colaboradores, es una prueba conformada por 10 partes que evalúa los componentes de la calidad de vida (bienestar físico, bienestar psicológico, autocuidado y funcionamiento independientes, ocupacional, interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario, sentimientos de plenitud y valoración global). Este cuestionario fue modificado para su utilización en el Perú y fue validado en un trabajo realizado en Lima (19).

Los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach fueron de 0,867 y 0,807 en un estudio de validación y confiabilidad de los cuestionarios del INSM Honorio

Delgado-Hideyo Noguchi en investigación realizada en Lima y en la selva respectivamente (18).

- **MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional CIE-10 modificada:**

Fue creada por Sheehan, Lecrubier y sus colaboradores. Es un cuestionario construido y basado según los parámetros de investigación CIE-10, en el que se reúnen datos estandarizados de los distinguidos trastornos psiquiátricos (23).

Fue modificada por expertos del INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi para obtener prevalencias de vida y anuales, además de la prevalencia actual. Fue demostrada su confiabilidad por sus respectivos autores (26). En la Sierra el instrumento fue validado lingüísticamente a través de grupos focales y pruebas de campo. Los coeficientes obtenidos en pruebas de confiabilidad superaron el 0,685 Alfa de Cronbach en un estudio de validación y confiabilidad en Lima y la selva (18).

- **Escala de Diener de Satisfacción con la Vida:**

Fue creada por Diener y sus colaboradores (20). Fue adaptada por Ly a una escala de 5 ítems (27). En un estudio realizado en habitantes peruanos se halló un Alfa de Cronbach de 0,81, demostrando así su constancia interna (28).

- **Escala de resiliencia de Block:**

Fue creada por Block y sus colaboradores (21). Se tradujo y modificó en el INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Está compuesta de 14 ítems.

La puntuación va desde 14 hasta 56 y, a mayor puntaje, mayor resiliencia. En un estudio se halló un Alfa de Cronbach fue de 0,76, demostrando así su constancia interna (21).

- **Escala de autoestima de Rosenberg:**

Creada originalmente por Rosenberg (22). Posteriormente fue modificada por Pequeña que encontró un índice de confiabilidad de 0,52 Alfa de Cronbach (29). Consiste en una escala de 10 ítems que se resuelven de acuerdo con 4 opciones que van desde “*muy de acuerdo*” a “*muy en desacuerdo*”. A mayor puntaje, mayor autoestima.

E. Aspectos éticos del estudio:

El proyecto, antes de ejecutarse, fue aprobado por DUICT (Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología). Fue aprobado con exoneración por el Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). No se pone en riesgo a los participantes, ya que solo se usa la base de datos de estudios previos realizados del Instituto de Salud Mental *Cayetano Heredia - Hideyo Noguchi*, cuyo protocolo original ha sido aceptado por el comité de ética institucional y el comité de investigación de dicha institución.

La base de datos es anónima y se realiza por medio de codificación; por lo tanto, se asegura la confidencialidad a los participantes.

F. Plan de análisis:

En primera instancia se realizó un análisis de las características generales de la muestra: grupos etarios, sexo, estado civil, estado laboral, nivel de instrucción, situación socioeconómica y tendencias religiosas. Se emplearon análisis estadísticos descriptivos, como frecuencias y medidas de tendencia central, y se estimaron proporciones. Igualmente, se analizaron las variables de salud mental positiva y negativa. Luego se realizaron análisis bivariados para evaluar las relaciones entre las variables categóricas (cualitativas), utilizando la prueba χ^2 convertida al estadístico F (prueba de independencia para muestras complejas).

Para variables continuas se utilizó ANOVA, mediante el modelo lineal general. Se procedió a realizar el análisis multivariado mediante modelos de regresión logística con cada uno de los grupos de variables y controlados por las variables sociodemográficas. Los análisis descriptos fueron efectuados teniendo en cuenta el diseño muestral del estudio, utilizando el módulo de muestras complejas del programa estadístico SPSS versión 22. El nivel de significancia fue de 0,05 (Alfa= 0,05).

RESULTADOS

El 38,6 % de los adultos encuestados en Cerro de Pasco y Huánuco (16, 17) tienen entre 25 y 44 años. El 50,9% fueron mujeres y el 55,7% eran personas unidas (casadas o convivientes). Además, el 57,3 % declaró haber trabajado la semana anterior a la encuesta. Según el nivel educativo, 46,3% de los adultos tenían estudios superiores. El 70% de los adultos no eran pobres, es decir, que no poseían alguna NBI.

La Tabla 1 muestra las creencias religiosas de los adultos encuestados (16, 17). Se observó que 71,1% eran católicos, 20,2% eran evangélicos; el 5,3% afirmó no tener religión, mientras que el 3,4% declaró tener otra religión (testigos de Jehová, adventistas, mormones). El 94% de la muestra declaró que se sentía desde bastante hasta muy protegido por Dios.

La Tabla 2 contiene las prevalencias de los principales trastornos mentales de la muestra (16, 17). La prevalencia anual de cualquier trastorno mental fue de 12,2%, los trastornos depresivos conformaron el 5,3%; los trastornos de ansiedad, 3,7%; abuso o dependencia a cualquier sustancia, 3,5%; y episodio psicótico, 1,4%. La prevalencia actual de cualquier trastorno fue de 8,2%, los trastornos depresivos fueron 2,5% y los trastornos de ansiedad 2,3%. El 27,2% de los adultos encuestados afirmó haber tenido en su vida deseos de morir. El 3,1% tuvo en algún momento de su vida deseos de matar a alguien.

La Tabla 3 muestra los resultados del análisis bivariado de los factores sociodemográficos y aspectos religiosos. La religión resultó estar relacionada con todas las variables sociodemográficas. Con referencia a las otras tendencias

religiosas, se observó que la situación laboral solo presentó relación con el hecho de haber participado activamente en algún grupo religioso específico ($p=0,013$) predominando en su mayoría en las personas que no habían trabajado la semana anterior; mientras que el nivel socioeconómico no presentó una relación significativa con otras tendencias religiosas aparte del tipo de religión.

La tabla 4 presenta los resultados del análisis bivariado de los factores sociodemográficos y otras variables religiosas: Cambió de religión y grado de sentimiento de protección por Dios. En general, el haber cambiado de religión presentó relaciones significativas con las variables sociodemográficas, salvo en las variables de sexo ($p=0,100$) y nivel socioeconómico ($p=0,067$). Por otro lado, el grado de sentirse protegido por Dios también presentó relaciones significativas con las variables sociodemográficas, excepto en las variables de nivel de instrucción ($p=0,406$) y el nivel socioeconómico ($p=0,279$).

La Tabla 5 presenta los hallazgos multivariados en los factores religiosos según variables de salud mental positiva controlados con factores sociodemográficos. En general, todas las variables de salud mental positiva tuvieron relaciones significativas con varias de las actividades religiosas, en especial con aquellas que implican mayor compromiso religioso, como la predicación de la religión a otras personas ($p<0,001$). Con respecto al tipo de religión, esta solo se relaciona significativamente a la variable de calidad de vida. No se encontraron diferencias significativas entre las distintas religiones, pero sí una menor calidad de vida en aquellas personas que no profesan religión alguna. No se encontró relación significativa entre el haber cambio de religión y las variables de salud mental positiva: Calidad de vida, autoestima, satisfacción con la vida y resiliencia.

La Tabla 6 muestra el análisis multivariado entre los aspectos religiosos y las prevalencias de cualquier trastorno mental controlado con factores sociodemográficos. En general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de trastornos mentales y la mayoría de las variables religiosas, salvo que las personas que se sienten nada a poco protegidas por Dios tienen una chance 2 veces mayor de padecer algún trastorno mental en el último año, con respecto a las que se sienten “bastante a muy” protegidas por Dios (OR=2,75, IC95%=1,23-6,18, p=0,047). En este mismo sentido, se encontró que las personas que no leen escrituras religiosas tienen mayor chance de haber estado padeciendo algún trastorno mental (OR=1,56, IC95%=1,06-2,27, p=0,023) en comparación con las personas que sí lo hacen. Cabe mencionar que se evidenció que las personas que no profesan alguna religión presentaron 2 veces mayor probabilidad de prevalencia anual de trastornos depresivos (OR=2,99, IC95%=1,18-7,56, p=0,042) frente a las personas que profesan la religión católica.

La Tabla 7 muestra el análisis multivariado entre los aspectos religiosos y las prevalencias de trastornos de ansiedad controlados con factores sociodemográficos. Se hallaron diferencias significativas entre las personas adultas que leen escrituras religiosas y las que no lo hacen en referencia a la prevalencia anual en ellas de trastornos de ansiedad (OR=1,78, IC95%=1,19-2,68, p=0,005); de la misma manera, las personas que se sentían “nada a poco” protegidas por Dios tenían 3,89 veces mayor chance de tener algún trastorno de ansiedad (OR=3,98, IC95%=1,34-11,1, p=0,044) con respecto a las que se sienten “bastante a muy” protegidas por Dios.

La Tabla 8 muestra el análisis multivariado entre los aspectos religiosos y las prevalencias de episodio depresivo controlado con factores sociodemográficos. Se evidenció una posibilidad 3 veces mayor de que se presente una prevalencia anual de episodio depresivo en las personas que no profesan religión alguna (OR=3,03, IC95%=1,19-7,7, p=0,048). De la misma forma, las personas que se sienten nada o poco protegidas por Dios tuvieron una probabilidad 5 veces mayor de haber presentado algún episodio depresivo actual (OR=5,23, IC95%=1,48-18,4, p<0,001) con respecto a las que se sienten “bastante a muy” protegidas por Dios.

La Tabla 9 muestra el análisis multivariado entre los aspectos religiosos y las prevalencias de abuso y/o dependencia del alcohol, así como del consumo de cualquier sustancia no alcohólica controlada con factores sociodemográficos. Los resultados indican que las personas que pertenecen a una religión evangélica tuvieron una probabilidad 4 veces menor de abuso y/o dependencia del alcohol en comparación con quienes profesan la religión católica (OR=0,25, IC95%=0,01-0,91, p<0,001). En este mismo sentido en los encuestados evangélicos, se encontró una chance 2 veces menor hacia la prevalencia anual (OR=0,37, IC95%=0,24-0,57, p<0,001) y la prevalencia durante el último mes (OR=0,36, IC95%=0,21-0,57, p<0,001) del consumo de cualquier sustancia no alcohólica. Por otra parte, hubo relación entre participar activamente en algún grupo religioso y la prevalencia de consumo de cualquier sustancia no alcohólica tanto en forma anual (OR=2,06, IC95, IC95%=1,47-2,89, p<0,001) como durante el último mes (OR=2,22, IC95%=1,49-3,31, p<0,001). Asimismo, se encontró una tendencia doblemente mayor de haber presentado problemas de abuso o dependencia de cualquier sustancia entre las personas que no leen escrituras religiosas (OR=2,37, IC95%=1,17-4,81, p=0,017)

y también en el grupo de personas que no predicán ni enseñan la religión a sus hijos (OR=2,19, IC95%p=0,045) frente a las personas que si realizan dichas actividades. Las personas que no cambiaron de religión mostraron mayor tendencia a la presencia de consumo de cualquier sustancia no alcohólica tanto anual (OR=1,93, IC95%=1,28-2,92, p=0,002) como durante el último mes (OR=1,7, IC95%=1,03-2,8, p=0,039) frente a las personas que si cambiaron de religión.

La Tabla 10 contiene el análisis multivariado de los indicadores suicidas e ideación homicida con las tendencias religiosas, así como del control de dichos indicadores mediante factores sociodemográficos. En general, las personas que se sentían “nada a poco” protegidas por Dios presentaron 10 veces más posibilidades de alguna planeación suicida en su vida (OR=10,35, IC95%= 3,56-29,8, p<0,001) y 6 veces más probabilidad de intento suicida (OR=6,92, IC 95%=2,71-17,6, p<0,001) en comparación entre con aquellas que se sentían “bastante a muy” protegidas. Por otro lado, las personas que no han cambiado de religión presentaron menores chances de planeación suicida (OR=0,72, IC95%=0,55-0,93, p=0,014) y deseos de morir (OR=0,51, IC95%=0,28-0,93, p=0,027) frente a las personas que si cambiaron de creencia religiosa. También los resultados arrojaron que los encuestados que no profesan religión presentaron 3 veces mayor chance de llegar a tener alguna ideación homicida en su vida con respecto a quienes profesan la religión católica (OR=3,55, IC95%=1,45-8,67 p=0,035). Además, las personas, que no asisten a un templo religioso, tuvieron una chance 2 veces mayor de ideación homicida (OR=2,15, IC95%=1,06-4,34, p=0,034) frente a los que sí asisten a la iglesia.

DISCUSIÓN

El estudio contribuye a la literatura científica al haber demostrado relación entre tendencias religiosas (tipo de religión, actividades religiosas, cambio de religión y sentimiento de protección por Dios) y la salud mental en habitantes adultos de la sierra del Perú. A nuestro entender no hay antecedentes de estudios de este tipo en la región.

Las personas que profesan alguna religión y realizan actividades religiosas se relacionaron a mejor calidad de vida que las personas que no son creyentes. Estos resultados concordaron con los hallazgos del estudio internacional realizado por la OMS (6) en el cual analizó como la espiritualidad, religión y creencias personales están relacionadas con la calidad de vida.

No se evidenció estadísticamente relación entre la autoestima y profesar alguna religión, pero sí en la realización de algunas prácticas religiosas como consultar escrituras religiosas, predicar la religión a familiares u otras personas. En armonía con los resultados, en un estudio de Chile, realizado en estudiantes universitarios de primer año, también no se halló relación ($p=0,404$) entre la autoestima y profesar alguna religión (30). Cabe mencionar que, el aspecto religioso está presente en una de las 7 áreas de la escala de contingencias de la autoestima (ECA), instrumento utilizado para determinar si ciertos dominios influyen en la autoestima y en el estudio de García-Soriano y colaboradores (31), en el cual analizaron el instrumento ECA y la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra española entre personas de 16 a 70 años, se evidenció que la parte religiosa es la que menos influye en la autoestima; no obstante, los autores concluyeron que la religión tiene más relevancia a medida que aumenta la edad (31) por lo que quizá en una muestra

distinta (en grupo etario) se podría encontrar alguna relación entre las creencias religiosas y la autoestima.

Se halló relación significativa entre la satisfacción con la vida y resiliencia con actividades religiosas y la percepción de sentirse protegido por Dios, mas no al tomar en cuenta la variable de los distintos tipos de religión. Esto contrasta con el resultado de Pérez y colaboradores, quienes sí encontraron diferencias significativas ($p < 0,005$) al relacionar la satisfacción en la vida con la profesión de ciertas religiones (30).

Prácticas de índole religiosa se encuentran directamente relacionadas a factores que favorecen la salud mental positiva. Esto podría deberse al mayor empleo y promoción de emociones y características positivas en las personas religiosas como el amor, la fe, la compasión, la gratitud, el perdón, la esperanza, el optimismo, la generosidad y la resiliencia (8). En la comunidad religiosa se forman redes de apoyo social que mejoran la calidad de vida formando un soporte mutuo comunitario y reduciendo el estrés ante adversidades y generando un mayor control en el modo de vivir; así como, por ejemplo, con el consumo de alcohol (32).

Los adultos que se sentían menos protegidos por Dios en comparación a los que se sienten muy protegidos presentaron mayor prevalencia de trastornos mentales, planeación suicida e intento suicida. Esto podría explicarse con el hecho de que sentirse protegido tiene conexión con el nivel de estrés y se ha documentado que la actividad de refugiarse en la religión es utilizada en los adultos mayores para la disminución del estrés (33). Por otro lado, en el estudio de Daniel Muñoz se ha evidenciado que ministros religiosos peruanos manifiestan en su mayoría niveles

moderados a altos de inteligencia emocional, definiendo esta como la capacidad de controlar bien las emociones y sentimientos y saber manejarlas en diferentes circunstancias, incluyendo en las negativas o de estrés y menciona que la espiritualidad corresponde a un factor catalizador y determinante en el manejo del estrés (34). Ciertos modelos demuestran que el estrés lleva a alteraciones neurobiológicas que juegan roles importantes en ciertas condiciones psiquiátricas, como desórdenes depresivos y trastornos de ansiedad (35).

Se encontró relación con el no tener religión y no enseñar la religión a hijos o nietos con mayor prevalencia anual de abuso o dependencia de cualquier sustancia. Además, se halló relación en la prevalencia de consumo de cualquier sustancia no alcohólica con la variable de no participar activamente en algún grupo religioso. Como se conoce, las personas utilizan las drogas en búsqueda de bienestar y placer; sin embargo, algunos autores consideran que la espiritualidad las podría reemplazar porque brinda una satisfacción saludable (36). En línea con nuestro hallazgo, Geppert y colaboradores realizaron una revisión sistemática de más de mil artículos en búsqueda de hallazgos empíricos de la posible influencia de la religión y las prácticas religiosas en personas con problemas de adicción. Concluyeron que habían encontrado una relación inversa entre esas variables (37).

En referencia a la prevalencia anual de trastornos depresivos y la prevalencia anual del episodio depresivo se evidenció la existencia de una relación con la variable de no profesar alguna religión. Esta relación ha sido controversial en los diversos estudios, como se ve en una revisión bibliográfica de 443 publicaciones, que examinaron la relación entre religión /espiritualidad y depresión antes del año 2012: no se halló relación en el 22% de los casos y, en el resto, se hallaron resultados que

demonstrarían cómo estas variables pueden influir positiva o negativamente (8). Por otro lado, en el análisis de la prevalencia anual de trastornos de ansiedad se ha evidenciado relaciones estadísticas con algunas variables religiosas. La bibliografía indica que comportamientos religiosos pueden correlacionarse de manera positiva o negativa con el grado de ansiedad del individuo (8).

El haber cambiado de religión solo presentó relaciones con las variables de prevalencia de deseos de morir, planeación suicida y la presencia de consumo de cualquier sustancia no alcohólica. No se encontraron estudios previos semejantes que analicen esta variable con la salud mental. Cabe mencionar que el cambio de religión o “Movilidad Religiosa” se genera según distintos motivos, los cuales varían de acuerdo con cada persona. Entre los comunes están el haber padecido sufrimiento y/o dolor, la falta de una orientación firme en la forma de vivir, la búsqueda de reinterpretar la realidad, de alcanzar la plenitud, etc. (38). Estos motivos podrían explicar los resultados del análisis debido a que las personas cambian de religión para tener mayor control sobre su consumo de sustancias y el hecho que las personas que no hayan cambiado de creencia religiosa tengan mayor prevalencia de consumo; asimismo, el que hubieran sido personas abatidas en sus vidas justificaría la presencia de mayor prevalencia de indicadores suicidas.

En los indicadores suicidas no se evidenciaron relaciones con el tipo de religión y actividades religiosas. Este hallazgo concuerda con un estudio estadounidense en donde no se encontró relación significativa entre la afiliación religiosa y la incidencia de intento e ideación suicida (39).

Se halló relación significativa entre el no profesar alguna religión y no asistir a una iglesia o un templo con el querer hacerse daño o matar a alguien. En un estudio realizado en Cuba con victimarios de asesinato y homicidio se halló que el 57,74% de la muestra no profesaba religión alguna, pero ninguno de ellos reveló que el motivo del crimen fuera religioso (40). Esto incita a realizar investigación acerca del factor religioso vinculado en poseer conductas agresivas y cometer delitos contra la vida.

El presente estudio debe considerar las siguientes limitaciones. 1) Al tratarse de un estudio transversal no podemos asumir relaciones tipo causalidad entre las variables estudiadas. 2) Debemos considerar que no se ha explorado la variable espiritualidad, debido a que no puede ser hallada con los estudios (16, 17) utilizados para la presente investigación. 3) Aunque los resultados del estudio podrían ser extrapolables a regiones similares, no se puede extrapolar a todo el país por las diferencias culturales que pueden existir entre diversas comunidades. 4) Debemos tomar en cuenta que la muestra de algunos trastornos mentales fue muy pequeña (<1%) impidiendo realizar el análisis que pudiera restar potencia a la relación. 5) Debemos recordar que el estudio utilizó información de adultos (16, 17); no obstante, no han sido considerados específicamente personas institucionalizadas por diversos motivos, entre ellos militares, religiosos u otros.

CONCLUSIONES

Se demostró la existencia de relación entre el tipo de religión y actividades religiosas con algunos aspectos de la salud mental positiva y negativa en los habitantes adultos de Cerro de Pasco y Huánuco del Perú. El no profesar alguna religión y no realizar actividades religiosas se asociaron a mayores prevalencias de trastornos mentales, menores promedios en variables de salud mental positiva y mayor prevalencia con ideación homicida.

El hecho de haber cambiado de religión no demostró guardar relación con variables de salud mental, pero sí con las prevalencias de consumo de cualquier sustancia no alcohólicas y algunos indicadores suicidas.

La religión sí está relacionada con algunos aspectos de la salud mental por lo que debiera tomarse en cuenta como uno de los factores a considerar entre los determinantes de la salud mental en regiones de la sierra.

Los resultados del presente estudio deberían servir de pilar para futuras investigaciones, con el objetivo de que, de manera individualizada y específica, se pueda determinar mejor el tipo de relación existente entre la religión, las actividades religiosas y la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argyle M, Beit-Hallahmi B. *The psychology of religious behavior, belief, and experience*. 1st ed. London: Routledge; 1997.
2. Marzal M. *Religiones andinas*. Madrid: Editorial Trotta, S.A. 2005.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017*. Lima-Perú; 2018 1(1):58.
4. Verhagen PJ. *Psiquiatría y religión: La Asociación Mundial de Psiquiatría más allá de los límites*. Actas Esp Psiquiatr. 2012;40(Supl 2):60-65.
5. Moreira Almeida A, Sharma A, van Rensburg BJ, Verhagen PJ, Cook CC. *WPA position statement on spirituality and religion in psychiatry*. World Psychiatry. 2016; 15(1):87-88.
6. WHOQoL SRPB Group. *A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life*. Soc Sci Med. 2006; 62(6):1486-1497.
7. Hackney C, Sanders G. *Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies*. J Sci Study Relig. 2003;42(1):43-55.
8. Rosmarin D, Koenig R. *Handbook of Spirituality*. 2nd ed. San Diego, USA: Academic Press; 2020.
9. Flannelly KJ, Ellison CG, Strock AL. *Methodologic issues in research on religion and health*. South Med J. 2004; 97(12):1231-1242.
10. Exline JJ, Yali AM, Lobel M. *When God disappoints: Difficulty forgiving God and its role in negative emotion*. J Health Psychol. 1999; 4(3):365-379.

11. Felipe Y, González E. *Estrategias de afrontamiento en el cuidador familiar del adulto mayor con demencia*. Hospital Naval. [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2014.
12. Oliveira AL, Menezes TM. *The meaning of religion/religiosity for the elderly*. Rev Bras Enferm. 2018; 71:770-776.
13. Dammert Coronado P. *Prevalencia de síntomas depresivos entre los habitantes de una comunidad urbano-rural en San Martín*. [Tesis de Bachiller en Medicina]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2002.
14. García EB. *Síndromes Folklóricos en Cuatro Ciudades de la Sierra del Perú*. Anales de Salud Mental. 2010; 26: 39-48.
15. Saavedra JE, Uchofen-Herrera V. *Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú*. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33:785-793.
16. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Cerro de Pasco 2013*. Informe General. Anales de Salud Mental. 2016; 32(1):1-298.
17. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Huánuco 2013*. Informe General. Anales de Salud Mental. 2016; 32(2):1-314.
18. Instituto Nacional de Salud Mental. *Confiabilidad y validez de los cuestionarios de salud mental de Lima y de la Selva Peruana*. Anales de Salud Mental. 2009; 25 (S1): 1-259.

19. Mezzich JE, Ruipérez MA, Pérez C, Yoon G, Liu J, Mahmud S. *The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation*. J Nerv Ment Dis. 2000; 188(5):301-305.
20. Pavot W, Diener E. *Review of the Satisfaction with Life Scale*. Psychol Assess. 1993; 2: 164-172.
21. Block J, Kremen AM. *IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness*. J Pers Soc Psychol. 1996; 70(2):349.
22. Rosenberg, M. *Conceiving the Self*. New York: Basic Books; 1979.
23. Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Amorim P, Bonora LI, Lépine JP, Sheehan D, Janavs J, Baker R, Sheehan KH, Knapp E, Sheehan M. *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión en español 5.0.0. 2001.
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Manual de la Encuestadora de la Encuesta Nacional de Hogares 2000 IV trimestre; 2000*.
25. Perales A, Sogi C, Sánchez E, Salas R. *Salud mental de una población urbano-marginal de Lima*. Monografías de Investigación (Vol. 2). Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi; 1995.
26. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. J Clin Psychiatry. 1998; 59(20): 22-33.
27. Ly G. *Atribuciones causales de la satisfacción con la vida en un grupo de adultos de Lima* [Tesis de Licenciatura en Psicología]. Lima: Pontificia Universidad Católica Del Perú; 2004.

28. Martínez Uribe P. *Perspectiva temporal futura y satisfacción con la vida a lo largo del ciclo vital*. [Tesis doctoral en Psicología]. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2004.
29. Pequeña Constantino J. *Relación entre la autoestima y el locus de control en estudiantes del primer semestre de la UNMSM*. [Tesis de Grado Académico de magíster en Psicología con mención en Psicología Educativa]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 1999.
30. Pérez C, Bonnefoy C, Cabrera A, Peine S, Muñoz C, Baquedano M, Jiménez J. *Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile)*. *Av Pisco Clin Latinot*. 2011;29(1): 148-160.
31. García Soriano G, Belloch A, Castañeiras, C. *Áreas en las que basamos nuestra autoestima y su influencia sobre el bienestar emocional: Validación de la escala de contingencias de la autoestima para su uso en castellano*. *Rev Argent Clín Psicol*. 2010;19(1): 5–13.
32. Weber S, Pargament K. *The role of religion and spirituality in mental health*. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(5):358-363.
33. Zamora Z, Pedraza E. *Estrés en personas mayores y estudiantes universitarios: un estudio comparativo*. *Psicol Iberoa*. 2010;18(1):56-68.
34. Muñoz Mora D. *Inteligencia emocional y estrés laboral, en ministros religiosos de una organización religiosa en el sur del Perú, 2018*, Universidad Peruana Unión. 2019.
35. Trucco M. *Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales*. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2002;40(2):8-19.

36. Huguelet P, Koenig H. *Religion and Spirituality in Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
37. Geppert C, Bogenschutz MP, Miller WR. *Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions*. Drug Alcohol Rev. 2007; 26(4):389–395.
38. Garma C. *Conversión y movilidad religiosa, propuesta para su análisis*. Cult Repr Sociales. 2018;12(24): 97-130.
39. Kuo W, Gallo J, Tien A. *Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland*. Psychol Med. 2001;31(7):1181-1191.
40. Pérez M, Valiente R, Acosta G. *Afiliación religiosa y delitos contra la vida*. Rev Hosp Psiquiatr La Habana. 2015;12(2).

TABLAS

Tabla 1. Características religiosas de los adultos encuestados en Cerro de Pasco y Huánuco en el año 2013 (17,18).

Aspectos religiosos	Estimación	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	Muestra (n)
		Inferior	Superior		
Tipo de religión					
Católica	71,1	68,5	73,5	1,8	2112
Evangélica	20,2	18,2	22,5	5,4	621
Otros	3,4	2,7	4,4	12,5	106
Ninguna	5,3	4,2	6,6	11,6	126
Asiste a la iglesia o templo					
No	33,5	31,0	36,0	3,8	955
Sí	66,5	64,0	69,0	1,9	1999
Participa activamente en algún grupo religioso específico					
No	77,0	74,7	79,2	1,5	2241
Sí	23,0	20,8	25,3	5,0	712
Lee y consulta sus escrituras religiosas o Biblia					
No	38,4	35,6	41,2	3,7	1051
Sí	61,6	58,8	64,4	2,3	1749
Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos					
No	51,4	48,1	54,7	3,3	1309
Sí	48,6	45,3	51,9	3,5	1250
Predica o enseña la religión a otras personas					
No	67,1	64,5	69,6	1,9	1926
Sí	32,9	30,4	35,5	3,9	1019
Ha cambiado de religión					
No	83,4	81,4	85,2	1,1	2447
Sí	16,6	14,8	18,6	5,7	518
Qué tan protegido se siente por Dios					
Nada a poco	2,9	2,1	4,1	17,1	58
Regular	3,1	2,3	4,2	15,1	63
Bastante a mucho	94,0	92,6	95,1	0,7	2837

Tabla 2. Prevalencias de los principales trastornos mentales de los adultos encuestados en Cerro de Pasco y Huánuco en el año 2013 (17,18).

Variables de salud mental (Si)	Estimación (%)	Coefficiente de variación	Muestra (n)
Prevalencia anual de cualquier trastorno	12,2	6,2	390
Prevalencia actual de cualquier trastorno	8,2	8,0	241
Episodio psicótico anual	1,4	26,9	30
Episodio psicótico actual	1,0	25	26
Prevalencia anual de trastornos de ansiedad	3,7	11,7	138
Prevalencia actual de trastornos de ansiedad	2,3	14,9	77
Prevalencia anual de trastornos depresivos	5,3	9	195
Prevalencia actual de trastornos depresivos	2,5	13	92
Prevalencia anual de abuso o dependencia a cualquier sustancia	3,5	13,7	73
Episodio depresivo anual	5,2	9,2	191
Episodio depresivo actual	2,4	13	88
Prevalencia actual de distimia	0,3	41	11
Trastorno de ansiedad generalizada anual	1,6	18	56
Trastorno de ansiedad generalizada actual	1,1	23	38
Fobia social anual	1,2	21,2	52
Fobia social actual	0,5	22	28
Trastorno de estrés postraumático anual	1	20,5	39
Trastorno de estrés postraumático actual	0,3	32	13
Agorafobia anual	0,6	31	18
Agorafobia actual	0,5	37	13
Abuso/dependencia de alcohol anual	3,4	14,1	69
Prevalencia anual de consumo de cualquier sustancia no alcohólica	21,9	6	569
Prevalencia en el último mes de consumo de cualquier sustancia no alcohólica	13,4	7	351
Deseos de morir vida	27,2	4,1	874
Ideación suicida vida	7,6	8,2	259
Planeación suicida vida	2,7	14,3	98
Intento suicida vida	2,7	15,3	82
Ideación homicida vida	3,1	15,6	72

Tabla 3. Factores sociodemográficos según aspectos religiosos (Muestra: 2965)

Factores sociodemográficos	n (%)	Tipo de religión				p	A	p	B	p	C	p	D	p	E	p
		Católica %	Evangélica %	Otros %	Ninguna %		Sí %		Sí %		Sí %		Sí %		Sí %	
Grupo de edad																
18 a 24 años	562(25,1)	66,4	20,1	3,5	10,1		51,8		16,7		53,6		27,4		24,8	
25 a 44 años	1370(38,6)	74,0	17,7	3,4	4,9	*	61,4	*	18,6	*	61,6	*	50,3	*	31,0	*
45 a 64 años	742(26,4)	71,6	21,9	3,8	2,7		81,9		30,3		67,4		57,6		41,5	
65 años o más	291(9,9)	70,1	26,0	2,4	1,5		83,0		36,4		68,9		47,8		38,3	
Sexo																
Hombre	1061(49,1)	72,5	17,6	2,3	7,5	*	58,1	*	17,4	*	56,3	*	40,1	*	27,2	*
Mujer	1904(50,9)	69,7	22,7	4,5	3,2		74,7		28,4		67,0		55,7		38,5	
Estado civil																
Nunca único	692(30,3)	68,8	17,0	3,6	10,7		52,5		16,6		54,0		23,7		25,0	
Alguna vez unido	573(14,0)	70,1	23,4	3,5	3,0	*	72,1	*	30,9	*	64,3	*	56,4	*	41,6	*
Unido	1698(55,7)	72,5	21,2	3,3	2,9		72,8		24,5		65,4		53,1		35,1	
Situación laboral (Trabajo la semana anterior)																
No	1326(42,7)	66,3	23,7	4,0	6,0	**	65,7	-	26,2	**	61,5	-	48,8		32,6	-
Sí	1634(57,3)	74,7	17,7	3,0	4,6		67,2		20,5		61,8		48,4		33,2	
Nivel de instrucción																
Sin nivel-Inicial	153(3,4)	49,4	42,5	4,4	3,6		81,0		29,6		52,3		41,0		41,1	
Primaria	495(17,3)	60,7	33,7	1,8	3,8	*	78,7	*	36,5	*	69,6	**	53,1	**	40,2	**
Secundaria	1000(33,0)	71,7	20,7	3,1	4,6		61,5		19,6		58,1		44,4		28,2	
Superior	1317(46,3)	76,1	13,2	4,2	6,5		64,5		19,8		61,7		50,5		33,6	
Nivel socioeconómico																
Pobre extremo (dos o más NBI)	175(7,0)	64,0	29,6	1,8	4,6		65,4		26,0		67,8		49,7		31,2	
Pobre (una NBI)	668(23,2)	67,2	22,8	1,8	8,2	*	61,3	-	23,0	-	64,3	-	46,4	-	31,3	-
No Pobre (ninguna NBI)	2122(69,9)	73,0	18,4	4,1	4,4		68,4		22,6		60,2		49,2		33,6	

**p ≤ 0,001 **p < 0,05*

A: Asiste a la iglesia o templo.

B: Participa activamente en algún grupo religioso específico.

C: Lee y consulta sus escrituras religiosas o Biblia.

D: Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos.

E: Predica o enseña la religión a otras personas.

Tabla 4. Factores sociodemográficos según otros aspectos religiosos (Muestra: 2965).

Factores sociodemográficos	n (%)	Ha cambiado de religión	p	Que tan protegido se siente por Dios			p
		Sí %		Nada o poco %	Regular %	Bastante a mucho %	
Grupo de edad							
18 a 24 años	562(25,1)	12,7	0,009	5,3	6,8	87,9	<0,001
25 a 44 años	1370(38,6)	15,8		2,5	2,1	95,5	
45 a 64 años	742(26,4)	19,1		1,3	2,0	96,8	
65 años o más	291(9,9)	23,1		2,9	1,0	96,1	
Sexo							
Hombre	1061(49,1)	15,1	0,100	4,4	4,5	91,1	<0,001
Mujer	1904(50,9)	18,1		1,5	1,8	96,7	
Estado civil							
Nunca único	692(30,3)	12,6	0,008	5,4	6,7	87,9	<0,001
Alguna vez unido	573(14,0)	21,3		2,2	1,7	96,0	
Unido	1698(55,7)	17,7		1,7	1,5	96,8	
Situación laboral (Trabajo la semana anterior)							
No	1326(42,7)	19,5	0,005	3,2	3,8	93,0	0,406
Sí	1634(57,3)	14,4		2,7	2,6	94,7	
Nivel de instrucción							
Sin nivel-Inicial	153(3,4)	37,5	<0,001	4,0	0,0	96,0	0,003
Primaria	495(17,3)	28,1		1,9	1,1	97,0	
Secundaria	1000(33,0)	14,5		1,4	2,9	95,7	
Superior	1317(46,3)	12,3		4,3	4,2	91,4	
Nivel socioeconómico							
Pobre extremo (dos o más NBI)	175(7,0)	22,8	0,067	2,9	4,8	92,3	0,279
Pobre (una NBI)	668(23,2)	19,1		1,3	3,6	95,1	
No Pobre (ninguna NBI)	2122(69,9)	15,2		3,4	2,8	93,8	

Tabla 5. Aspectos religiosos según variables de salud mental positiva.

Aspectos religiosos	Promedio de calidad de vida total		p*	p**	Escala de autoestima de Rosenberg (Puntaje total)		p*	p**	Escala de Satisfacción con la vida de Diener (Puntaje total)		p*	p**	Escala de resiliencia de Block (Puntaje total)		p*	p**
	Media	ES			Media	ES			Media	ES			Media	ES		
Tipo de religión																
Católica	7,93	0,03			29,92	0,12			17,77	0,10			47,33	0,25		
Evangélica	7,91	0,07	0,051	0,034	29,80	0,15	0,43	0,321	17,79	0,17	0,051	0,062	46,70	0,41	0,45	0,971
Otros	8,11	0,10			30,10	0,30	3		18,48	0,27			47,16	0,83	6	
Ninguna	7,59	0,17			29,34	0,42			17,27	0,44			47,65	0,85		
Asiste a la iglesia o templo																
No	7,74	0,05	<0,00	<0,00	29,81	0,16	0,58	0,092	17,42	0,15	0,001	0,002	46,92	0,29	0,19	0,009
Sí	7,99	0,03	1	1	29,90	0,11	1		17,96	0,11			47,37	0,27	5	
Participa activamente en algún grupo religioso específico																
No	7,87	0,03	0,028	0,001	29,90	0,11	0,44	0,468	17,63	0,11	<0,00	<0,00	47,16	0,23	0,54	0,050
Sí	8,03	0,06			29,78	0,13	6		18,25	0,14	1	1	47,40	0,40	2	
Lee y consulta sus escrituras religiosas o Biblia																
No	7,82	0,05	0,001	<0,00	29,79	0,15	0,16	0,025	17,52	0,15	0,001	<0,00	47,22	0,31	0,32	0,073
Sí	8,00	0,03		1	30,04	0,12	4		18,02	0,10		1	47,55	0,25	7	
Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos																
No	7,77	0,04	<0,00	<0,00	29,58	0,14	0,02	<0,00	17,63	0,16	0,184	0,133	46,45	0,32	0,00	<0,00
Sí	8,01	0,04	1	1	29,97	0,13	1	1	17,85	0,10			47,48	0,27	4	1
Predica o enseña la religión a otras personas																
No	7,85	0,03	<0,00	<0,00	29,76	0,12	0,02	0,002	17,60	0,12	<0,00	<0,00	46,86	0,26	0,00	<0,00
Sí	8,04	0,04	1	1	30,13	0,14	3		18,15	0,12	1	1	47,95	0,29	1	1
Ha cambiado usted de religión																
No	7,91	0,03	0,750	0,779	29,92	0,11	0,05	0,466	17,75	0,10	0,393	0,230	47,37	0,23	0,03	0,262
Sí	7,89	0,09			29,61	0,15	8		17,90	0,19			46,45	0,44	4	
Cuánto se siente protegido por Dios																
nada a poco	7,64	0,24			29,83	0,73			16,45	0,53			47,29	1,02		
regular	7,56	0,19	0,091	0,032	29,66	0,54	0,92	0,666	17,46	0,36	0,026	0,019	47,66	0,94	0,88	0,902
bastante a mucho	7,93	0,03			29,88	0,10	1		17,83	0,10			47,20	0,23	8	

*Modelo lineal general para muestras complejas

**Modelo lineal general ajustado por grupo de edad, sexo, estado civil, estado laboral, nivel socioeconómico

Tabla 6. Aspectos religiosos según variables de salud mental negativa (Prevalencias de cualquier trastorno mental).

Aspectos religiosos	Prevalencia anual de cualquier trastorno mental		p	Prevalencia actual de cualquier trastorno mental		p
	Sí %	OR*(IC95%)		Sí %	OR*(IC95%)	
Tipo de religión						
Católica	12,21	1(Ref)	0,100	8,05	1(Ref)	0,055
Evangélica	9,99	0,78(0,54-1,12)		6,85	0,82(0,52-1,32)	
Otros	12,45	1,01(0,46-2,18)		5,03	0,65(0,16-2,67)	
Ninguna	20,95	1,96(0,99-3,88)		17,88	2,53(1,2-5,34)	
Asiste a la iglesia o templo						
No	13,82	1,27(0,91-1,78)	0,156	10,24	1,48(0,99-2,2)	0,054
Sí	11,51	1(Ref)		7,27	1(Ref)	
Participa activamente en algún grupo religioso específico						
No	12,61	1,17(0,85-1,61)	0,330	8,43	1,12(0,75-1,67)	0,585
Sí	11,22	1(Ref)		7,69	1(Ref)	
Lee y consulta sus escrituras religiosas o Biblia						
No	14,02	1,33(0,98-1,79)	0,064	8,43	1,56(1,06-2,27)	0,023
Sí	11,35	1(Ref)		7,69	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos						
No	12,83	1,03(0,76-1,41)	0,835	10,19	1,09(0,74-1,6)	0,677
Sí	12,28	1(Ref)		7,11	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a otras personas						
No	11,73	0,89(0,65-1,22)	0,473	8,98	0,83(0,56-1,23)	0,355
Sí	13,21	1(Ref)		8,15	1(Ref)	
Ha cambiado de religión						
No	12,38	1,09(0,76-1,56)	0,656	7,72	1,06(0,67-1,67)	0,798
Sí	11,51	1(Ref)		9,2	1(Ref)	
Cuánto se siente protegido por Dios						
Nada a poco	24,37	2,75(1,23-6,18)	0,047	15,19	2,41(0,67-1,67)	0,182
Regular	10,4	0,90(0,32-2,51)		6,89	0,89(0,24-3,21)	
Bastante a mucho	11,87	1(Ref)		8	1(Ref)	

*Ajustado por las variables: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico. Las categorías de referencia son: "católica", "sí" en preguntas sí/no, "bastante a mucho".

Tabla 7. Aspectos religiosos según variables de salud mental negativa (Prevalencias de trastornos de ansiedad).

Aspectos religiosos	Prevalencia anual de trastornos de ansiedad**		p	Prevalencia actual de trastornos de ansiedad**		p
	Sí%	OR*(IC95%)		Sí%	OR*(IC95%)	
Tipo de religión						
Católica	3,66	1(Ref)		2,05	1(Ref)	
Evangélica	3,6	0,97(0,57-1,6)	0,978	2,38	0,45(0,12-3,5)	0,732
Otros	5,26	1,27(0,34-4,7)		4,62	2,04(0,1-12,6)	
Ninguna	3,7	1,1(0,39-3,1)		3,47	3,56(0,31-12,7)	
Asiste a la iglesia o templo						
No	4,4	1,48(0,92-2,4)	0,107	2,83	0,59(0,22-1,63)	0,311
Sí	3,37	1(Ref)		2,02	1(Ref)	
Participa activamente en algún grupo religioso específico						
No	3,65	0,95(0,61-1,5)	0,839	2,18	0,87(0,54-1,4)	0,552
Sí	3,95	1(Ref)		2,65	1(Ref)	
Lee y consulta sus escrituras religiosas o Biblia						
No	4,91	1,78(1,19-2,68)	0,005	2,92	1,43(0,88-2,34)	0,149
Sí	3,11	1(Ref)		1,92	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos						
No	3,79	0,96(0,58-1,59)	0,872	2,53	1,12(0,56-2,25)	0,801
Sí	4,17	1(Ref)		2,83	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a otras personas						
No	3,53	0,93(0,58-1,48)	0,752	1,98	1,55(0,69-3,5)	0,287
Sí	4,06	1(Ref)		2,95	1(Ref)	
Ha cambiado de religión						
No	3,78	1,13(0,58-2,19)	0,723	2,29	1,01(0,33-3,11)	0,987
Sí	3,29	1(Ref)		2,25	1(Ref)	
Cuánto se siente protegido por Dios						
Nada a poco	9,26	3,89(1,34-11,2)	0,044	6,22	2,46(0,43-14,0)	0,148
Regular	3,5	1,19(0,26-5,37)		5,24	3,87(0,87-17,1)	
Bastante a mucho	3,52	1(Ref)		2,05	1(Ref)	

*Ajustado por las variables: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico. Las categorías de referencia son: "católica", "sí" en preguntas sí/no, "bastante a mucho".

**Trastornos de ansiedad: incluye agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y fobia social.

Tabla 8. Aspectos religiosos según variables de salud mental negativa (Prevalencias del episodio depresivo).

Aspectos religiosos	Prevalencia anual del episodio depresivo		p	Prevalencia actual del episodio depresivo		p
	Sí %	OR*(IC95%)		Sí %	OR*(IC95%)	
Tipo de religión						
Católica	5,01	1(Ref)	0,048	2,32	1(Ref)	0,061
Evangélica	4,26	0,72(0,43-1,21)		2,57	0,9(0,43-1,9)	
Otros	7,19	1,29(0,55-2,99)		0,41	0,15(0,02-1,18)	
Ninguna	10,31	3,03(1,19-7,7)		3,97	2,63(0,9-7,63)	
Asiste a la iglesia o templo						
No	4,8	1,06(0,68-1,67)	0,797	2,43	1,38(0,79-2,43)	0,209
Sí	5,46	1(Ref)		2,38	1(Ref)	
Participa activamente en algún grupo religioso específico						
No	5,24	1,24(0,8-1,67)	0,344	2,34	1,19(0,64-2,21)	0,632
Sí	5,23	1(Ref)		2,61	1(Ref)	
Lee y consulta sus escrituras religiosas o Biblia						
No	4,18	0,83(0,56-1,23)	0,347	2,27	1,22(0,7-2,12)	0,534
Sí	5,68	1(Ref)		2,26	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos						
No	4,18	0,88(0,59-1,31)	0,523	2,32	1,1(0,62-1,95)	0,648
Sí	5,68	1(Ref)		2,75	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a otras personas						
No	4,76	0,86(0,59-1,24)	0,415	2,08	0,8(0,48-1,35)	0,439
Sí	6,26	1(Ref)		3,08	1(Ref)	
Ha cambiado de religión						
No	5,2	1,1(0,69-1,77)	0,687	2,35	1,13(0,57-2,27)	0,595
Sí	5,31	1(Ref)		2,59	1(Ref)	
Cuánto se siente protegido por Dios						
Nada a poco	8,45	2,64(0,86-8,1)	0,219	6,79	5,27(1,5-18,49)	<0,001
Regular	5,24	1,46(0,29-7,44)		0	0(0-0)	
Bastante a mucho	5,12	1(Ref)		2,34	1(Ref)	

*Ajustado por las variables: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico. Las categorías de referencia son: "católica", "sí" en preguntas sí/no, "bastante a mucho".

Tabla 9. Aspectos religiosos según variables de salud mental negativa (Alcoholismo y consumo de sustancias).

Aspectos religiosos	Abuso/dependencia de alcohol anual		p	Prevalencia anual de consumo de cualquier sustancia** no alcohólica		p	Prevalencia en el último mes de consumo de cualquier sustancia** no alcohólica.		p
	Sí %	OR*(IC95%)		Sí %	OR*(IC95%)		Si%	OR*(IC95%)	
Tipo de religión									
Católica	3,75	1(Ref)		24,76	1(Ref)		15,21	1(Ref)	
Evangélica	0,76	0,25(0,07-0,91)	<0,001	10,11	0,37(0,24-0,57)	<0,001	5,67	0,36(0,21-0,62)	0,001
Otros	0	0(0,0)		10,79	0,42(0,19-0,94)		8,33	0,59(0,22-1,56)	
Ninguna	10,41	2,06(0,86-4,93)		36,25	1,46(0,87-2,47)		21,13	1,31(0,77-2,21)	
Asiste a la iglesia o templo									
No	5,53	1,7(0,89-3,23)	0,106	25,25	1,04(0,8-1,35)	0,760	16,2	1,2(0,89-1,63)	0,237
Sí	2,29	1(Ref)		20,19	1(Ref)		11,81	1(Ref)	
Participa activamente en algún grupo religioso específico									
No	4,05	2,47(0,89-6,86)	0,082	24,89	2,06(1,47-2,89)	<0,001	15,27	2,22(1,49-3,31)	<0,001
Sí	1,13	1(Ref)		11,81	1(Ref)		6,59	1(Ref)	
Lee y consulta sus escrituras religiosas o Biblia									
No	5,7	2,37(1,17-4,81)	0,017	23,13	0,96(0,73-1,26)	0,768	13,9	0,98(0,71-1,36)	0,919
Sí	2,12	1(Ref)		20,86	1(Ref)		12,27	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos									
No	4,79	2,19(1,02-4,71)	0,045	21,38	0,96(0,71-1,29)	0,784	13,67	1,08(0,78-1,5)	0,636
Sí	1,34	1(Ref)		19,26	1(Ref)		11,44	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a otras personas									
No	3,94	1,48(0,65-3,35)	0,344	23,51	1,16(0,9-1,49)	0,265	13,93	1,04(0,76-1,42)	0,816
Sí	2,02	1(Ref)		18,68	1(Ref)		12,07	1(Ref)	
Ha cambiado de religión									
No	3,61	1,46(0,56-3,77)	0,436	23,72	1,93(1,28-2,92)	0,002	14,33	1,7(1,03-2,8)	0,039
Sí	2,12	1(Ref)		12,96	1(Ref)		8,5	1(Ref)	
Cuánto se siente protegido por Dios									
Nada a poco	8,61	2(0,56-7,18)	0,561	33,9	1,43(0,65-3,17)	0,527	18,6	1,18(0,49-2,84)	0,349
Regular	5,38	1,22(0,25-5,94)		29,59	1,26(0,66-2,44)		22,14	1,68(0,82-3,41)	
Bastante a mucho	3,09	1(Ref)		21,25	1(Ref)		12,88	1(Ref)	

*Ajustado por las variables: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico. Las categorías de referencia son: "católica", "sí" en preguntas sí/no, "bastante a mucho".

**Consumo de sustancias legales e ilegales.

Tabla 10. Aspectos religiosos según variables de salud mental negativa (Indicadores suicidas y homicidas de vida).

Aspectos religiosos	Deseos de morir			Ideación suicida			Planeación suicida			Intento Suicida			Ideación homicida		
	Sí%	OR*(IC95%)	p	Sí%	OR*(IC95%)	p	Sí%	OR*(IC95%)	p	Sí%	OR*(IC95%)	p	Sí%	OR*(IC95%)	p
Tipo de religión															
Católica	26	1(Ref)		7,53	1(Ref)		2,59	1(Ref)		2,55	1(Ref)		2,67	1(Ref)	
Evangélica	29,02	1,11(0,86-1,43)	0,301	7,3	0,98(0,57-1,69)	0,957	2,34	0,88(0,45-1,73)	0,533	2,2	0,85(0,35-2,05)	0,227	3,17	1,36(0,48-3,85)	0,035
Otros	34,84	1,29(0,78-1,43)		8,71	1,46(0,38-5,69)		6,47	2,29(0,64-8,21)		8,02	2,83(0,89-9)		1,11	0,49(0,08-3,11)	
Ninguna	31,52	1,51(0,9-2,54)		8,74	0,01(0,39-2,62)		2,62	1,43(0,43-4,76)		3,53	1,65(0,57-4,82)		10,68	3,55(1,45-8,67)	
Asiste a la iglesia o templo															
No	27,99	1,19(0,93-152)	0,157	7,53	1,03(0,54-1,98)	0,917	2,5	1,01(0,59-11,7)	0,968	3,36	1,42(0,74-2,74)	0,294	5,4	2,15(1,06-4,34)	0,034
Sí	26,89	1(Ref)		7,62	1(Ref)		2,78	1(Ref)		2,41	1(Ref)		2,02	1(Ref)	
Participa activamente en algún grupo religioso específico															
No	26,46	0,91(0,72-1,16)	0,446	7,65	1,01(0,78-1,31)	0,914	2,56	0,85(0,46-1,58)	0,615	2,8	1,06(0,57-1,96)	0,857	3,34	1(0,34-2,98)	0,996
Sí	29,84	1(Ref)		7,52	1(Ref)		3,1	1(Ref)		2,48	1(Ref)		2,54	1(Ref)	
Lee y consulta sus escrituras religiosas o Biblia															
No	25,72	0,97(0,77-1,22)	0,806	7,31	1,15(0,67-1,97)	0,608	2,66	1,13(0,59-2,16)	0,710	3,09	1,29(0,69-2,43)	0,421	3,22	0,96(0,46-1,98)	0,909
Sí	28,02	1(Ref)		7,95	1(Ref)		2,66	1(Ref)		2,54	1(Ref)		2,91	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a sus hijos o nietos															
No	25,78	0,81(0,65-1,02)	0,074	7,41	1,49(0,63-3,53)	0,367	2,23	0,79(0,5-1,27)	0,329	2,14	0,59(0,31-1,13)	0,112	4,29	1,12(0,53-2,37)	0,764
Sí	30,74	1(Ref)		8,68	1(Ref)		3,5	1(Ref)		3,65	1(Ref)		2,72	1(Ref)	
Predica o enseña la religión a otras personas															
No	25,91	0,86(0,68-1,09)	0,216	7,35	1,27(0,74-2,19)	0,383	2,64	1,08(0,66-1,77)	0,757	2,85	1,2(0,66-2,18)	0,551	3,32	0,99(0,51-1,92)	0,973
Sí	30,28	1(Ref)		8,18	1(Ref)		2,79	1(Ref)		2,51	1(Ref)		2,78	1(Ref)	
Ha cambiado de religión															
No	26,11	0,72(0,55-0,93)	0,014	7,22	0,51(0,2-1,27)	0,148	2,34	0,51(0,28-0,93)	0,027	2,51	0,62(0,29-1,32)	0,216	3,45	1,96(0,74-5,16)	0,174
Sí	32,7	1(Ref)		9,42	1(Ref)		4,34	1(Ref)		3,73	1(Ref)		1,59	1(Ref)	
Cuánto se siente protegido por Dios															
Nada a poco	30,44	1,58(0,77-3,26)		14,77	2,17(0,61-7,76)		11,54	10,35(3,59-29,8)		10,06	6,92(2,71-17,6)		5,27	1,62(0,48-5,44)	
Regular	26,13	1,12(0,54-2,33)	0,442	8,28	0,57(0,13-2,59)	0,368	2,42	1,5(0,39-5,77)	<0,001	0,86	0,39(0,05-3,23)	<0,001	5,83	1,56(0,36-6,82)	0,632
Bastante a mucho	27,14	1(Ref)		7,36	1(Ref)		2,42	1(Ref)		2,56	1(Ref)		2,99	1(Ref)	

*Ajustado por las variables: edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel socioeconómico. Las categorías de referencia son: "católica", "sí" en preguntas sí/no, "bastante a mucho",